

The background of the cover is a vibrant orange with a dense, vertical, wavy line pattern. In the upper left, a woman with dark hair is depicted in a blue silhouette, sitting inside a black metal cage. Below her, a woman with blonde hair, wearing a red top and blue jeans, stands with her arms raised in a gesture of protest or distress. In the foreground, a large, detailed illustration of a woman with dark, curly hair and blue eyes is shown. She has a pink cigarette in her mouth, and white smoke is rising from it. The overall style is graphic and expressive.

Mujeres, calle y prohibición:

Cuidado y violencia
a los dos lados
del Otún

*Isabel Pereira Arana
María Ximena Dávila Contreras
Mariana Escobar Roldán
David Filomena Velandia
María Angélica Jiménez Izquierdo
Hugo Armando Castro Cortés*

DOCUMENTOS 68

Temeride
www.temeride.org

Dejusticia

ISABEL PEREIRA ARANA

Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad (Dejusticia)

MARÍA XIMENA DÁVILA CONTRERAS

Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad (Dejusticia)

MARIANA ESCOBAR ROLDÁN

Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad (Dejusticia)

DAVID FILOMENA VELANDIA

Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad (Dejusticia)

ANGÉLICA JIMÉNEZ IZQUIERDO

Corporación Teméríde

HUGO CASTRO CORTÉS

Corporación Teméríde

Mujeres, calle y prohibición: cuidado y violencia a los dos lados del Otún

Isabel Pereira Arana

María Ximena Dávila Contreras

Mariana Escobar Roldán

David Filomena Velandia

Angélica Jiménez Izquierdo

Hugo Castro Cortés

DERECHOS HUMANOS
IGUALDAD SOCIOECONÓMICA

Temeride
www.temeride.org

Dejusticia

Pereira Arana, Isabel.

Mujeres, calle y prohibición. Cuidado y violencia a los dos lados del Otún / Isabel Pereira Arana, María Ximena Dávila, Mariana Escobar Roldán, David Filomena Velandia, María Angélica Jiménez Izquierdo, Hugo Castro Cortés. -- Bogotá: Editorial Dejusticia, 2021.

XXVIII; 217 páginas; gráficas; mapa; 24 cm. -- (Documentos; 68)

ISBN 978-958-5597-82-2

1. Drogas 2. Género 3. Salud 4. Mujeres 5. Pereira. I. Tít. II. Serie.

Documentos Dejusticia 68

MUJERES, CALLE Y PROHIBICIÓN:

cuidado y violencia a los dos lados del Otún

ISBN: 978-958-5597-83-9 Versión digital

ISBN: 978-958-5597-82-2 Versión impresa

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia

Calle 35 N° 24-31, Bogotá, D.C.

Teléfono: (57 1) 608 3605

info@dejusticia.org

<https://www.dejusticia.org>



Este texto puede ser descargado gratuitamente en <https://www.dejusticia.org>

Licencia Creative Commons 4.0 Internacional

Atribución - No Comercial - Compartir Igual

Corrección de estilo: Ángela Alfonso Botero

Preprensa: Precolombi EU, David Reyes

Diseño de ilustraciones y cubierta: Elizabeth Builes

Impresión: Xpress Estudio Gráfico y Digital SAS

Bogotá D.C., julio de 2021

Contenido

**POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA
EN COLOMBIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE
DERECHOS HUMANOS..... xiii**
Vivian Newman Pont
Diana E. Guzmán Rodríguez

GLOSARIO xxix

AGRADECIMIENTOS DE LOS AUTORES xxxi

MAPA DE LECTURA 1

INTRODUCCIÓN 7
 ¿Por qué hablar de la intersección
 entre drogas, mujeres y pobreza? 8
 Espacio y cuerpo..... 12
 Desde dónde hablamos..... 15
 La relación entre mujeres y drogas vista
 desde el lente de la desigualdad 20
 Metodología 25
 Estructura del documento..... 27

PARTE I. EL ESCENARIO Y SUS PROTAGONISTAS 31

1. A LOS DOS LADOS DEL RÍO OTÚN 33

**2. LLEGA LA HEROÍNA, Y TAMBIÉN LA RESPUESTA
COMUNITARIA 39**

**3. SUBVIRTIENDO ROLES Y DESAFIANDO NORMAS:
MUJERES Y USO DE DROGAS..... 45**
 Mujeres y reducción de daños..... 46
 Mujeres que retan los roles 48

4. REDES DE APOYO: SALVAVIDAS EN MEDIO DE LA SOLEDAD..... 51
 Amigas y pares 52
 Contexto familiar 53
 Parejas 54

PARTE II. POBREZA, ENTORNO Y TRAYECTORIAS DE CONSUMO 57

5. CRECER Y VIVIR EN MEDIO DE LA POBREZA 61
 Educación 62
 Capacidad monetaria y trabajo..... 65
 Condiciones de vivienda pasadas y actuales 67

6. EL ROMPECABEZAS DEL RIESGO: TRAYECTORIAS DEL CONSUMO Y FACTORES DE VULNERABILIDAD 73
 Adversidad, factores de vulnerabilidad y sindemia 78
 Familia, calle y drogas: entornos del inicio del consumo 81
 El hogar: huida y medicación 84
 Redes de influencia..... 88

PARTE III. ITINERANCIAS E INCERTIDUMBRES: MUJERES, USO DE DROGAS Y VULNERABILIDADES..... 95

7. MATERNIDADES 97
 Ellas como madres..... 99
 Oportunidades perdidas..... 103

8. LO QUE DICE EL CUERPO: VIVENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS 107
 Agencia reproductiva 107
 Violencias institucionales..... 110
 Autocuidados gestionados..... 112

9. TRABAJO SEXUAL COMO ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA 117

Violencias en espacios íntimos y públicos.....	119
Experiencias y salud	121
10. LAS MARCAS DE VIOLENCIA.....	125
Los ciclos.....	125
Espacios de vida y violencia	129
11. BIENESTAR: ESE ALIVIO QUE NO SE MATERIALIZA PARA LAS MUJERES USUARIAS.....	133
Los dolores de la mente.....	134
Los dolores del cuerpo	138
12. ¿SALIR DE LAS DROGAS? IMPOSIBILIDAD Y VIOLENCIA	141
El camino que destina al fracaso.....	146
La violencia de la «rehabilitación»	155
PARTE IV. UNA AGENDA PÚBLICA PARA LAS MUJERES QUE USAN DROGAS	163
Al lado del Otún, mujeres transgresoras	164
Imaginación para una política de drogas feminista ..	167
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS	191
ANEXO 1. FORMATO DE ENTREVISTA	191
1. Datos de identificación.....	191
2. Contexto familiar y personal	192
3. Derechos sexuales y reproductivos.....	194
4. Aspectos socioeconómicos.....	196
5. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	198
6. Salud	203
ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN ENTREGADA EN ENTREVISTA	207
ANEXO 3. INSTRUCTIVO CON CATEGORÍAS PARA LA CODIFICACIÓN EN NVIVO	209

*« [...] descubrí las torturas del deseo no saciado
y comprobé que las derrotas de la voluntad recaen
únicamente sobre la propia estima. Algunos años
más tarde, sin embargo, cuando a raíz de un amor
que terminó en abandono volví a experimentar
la frustración del deseo, estas constataciones se
enriquecieron con el convencimiento de que sucumbir
a las adicciones y a las debilidades de la voluntad no
es necesariamente villano, ni mucho menos innoble».*

—Piedad Bonnett

El prestigio de la belleza.



POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN COLOMBIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

COLECCIÓN DEJUSTICIA 2021

Vivian Newman Pont¹

Diana E. Guzmán Rodríguez²

“La gente se cansó de morir de hambre”, “porque en estos barrios la gente almuerza, pero no cena”, por eso, hoy salen a protestar como un ejercicio de dignidad y solidaridad... Así describen Efraín y Julián las movilizaciones de Puerto Resistencia, ese espacio entre barrios en Cali en el que convergen personas diversas, especialmente jóvenes, en una lucha colectiva contra las injusticias que perciben. María Camila, otra de las manifestantes, habla además de la falta de oportunidades, de educación de calidad y de empleo como factores fundamentales para entender las movilizaciones (Caracol Radio, 2021). Estos son algunos de los elementos comunes a las protestas que se tomaron Colombia desde el 28 de abril de 2021 y que a junio de 2021, cuando esta colección entró a imprenta, se convirtieron en un escenario de represión policial, que creó una crisis caracterizada por violaciones graves de los derechos

1 Directora de Dejusticia.

2 Subdirectora de Dejusticia y Profesora Asociada de la Universidad Nacional de Colombia.

humanos, decenas de muertos, más de cien desaparecidos y miles de heridos (Defensoría del Pueblo, 2021). Los reclamos de quienes protestan son múltiples, pero la pobreza y la desigualdad socioeconómica son protagonistas ineludibles del descontento social de la gente en las calles.

La pobreza y la desigualdad no son fenómenos nuevos en el país. Por el contrario, son problemas estructurales. En los últimos 30 años, Colombia ha sido uno de los países más desiguales de América Latina y el mundo (Cepal, 2019, p. 22). Esto se ve reflejado, entre otros, en que el ingreso per capita promedio en el decil más pobre de la población es de 54 mil pesos (15 dólares aprox.) y en el decil más rico es de 2.6 millones de pesos (694 dólares aprox). Esta desigualdad, como desarrollaremos más adelante, tiene consecuencias negativas en múltiples niveles. Por ejemplo, genera mayor polarización y afecta tanto la cohesión social como las tasas de crecimiento (Ostry y Berg, 2011). Esta enorme desigualdad resulta aún más problemática en un contexto como el colombiano, en el que los índices de pobreza son muy elevados. A 2019, el 35,7 % de la población se encontraba por debajo de la línea de pobreza, de los cuales 9,6 % estaban en la extrema pobreza (DANE, 2021), es decir, que no podían, entre otros, consumir las calorías necesarias para tener buenas condiciones de salud.

La crisis generada por el coronavirus en 2020-21 ha expuesto e incluso profundizado estos dos fenómenos. A pesar de los programas sociales desarrollados por el gobierno para enfrentar la emergencia sanitaria del covid-19, en 2020 la pobreza monetaria aumentó 6,8 puntos porcentuales en relación con el año anterior, llegando al 42,5% de los colombianos (DANE, 2021). Además, un 30 % está en riesgo de caer en la pobreza. Hoy, 21,02 millones de personas viven en condiciones de pobreza y de ellas 7,47 en extrema pobreza. Además, Colombia aumentó su coeficiente de Gini para el total nacional de 0,526 en 2019 a 0,544 en el 2020 (DANE, 2021).

Las razones que han llevado a la profundización de la pobreza y la desigualdad durante la pandemia son múltiples. Medidas de confinamiento y otras restricciones a la movilidad hicieron que los hogares que dependían de la economía informal (que representaban más del 60 % de los trabajadores) enfrentaran profundas restricciones para salir a trabajar, y que la clase vulnerable, es decir, aquella en riesgo de caer en pobreza monetaria, perdiera el empleo (DANE, 2021). En contraste,

mientras miles de negocios cierran y se empobrecen, sin ahorros ni acceso a crédito o a capital humano, el proceso de acumulación de riqueza en las manos de una pequeña élite económica parece haberse fortalecido (World Economic Forum, 2020). Más allá de estas razones coyunturales, de fondo subyace la incapacidad que ha tenido nuestro Estado para redistribuir la riqueza. Esto se debe, entre otros factores, a la ausencia de suficientes redes de protección social del Estado central (v. gr. pensiones y prestaciones por desempleo) en una economía de altísima informalidad laboral, bajos niveles de gasto social, en especial en las regiones apartadas, y un gran fracaso en la recolección y la distribución de impuestos (Busso y Messina, 2020). De hecho, las políticas del Estado no han permitido lograr caídas en la desigualdad, pues se han basado principalmente en impuestos indirectos, que son regresivos, y menos en un gasto social que permita redistribuir la riqueza (Monitor Fiscal, 2017).

¿Pueden los derechos humanos ayudar a enfrentar la pobreza y la desigualdad socioeconómica y mitigar sus efectos? Esta colección de textos, diversos tanto en sus temáticas como en sus metodologías, se articula en torno a la idea de que los derechos humanos tienen un potencial importante para pensar la transformación de una realidad social profundamente marcada por la pobreza y la desigualdad. Además de ofrecer una poderosa narrativa que contribuye a que distintos grupos sociales se articulen en torno al cambio y la justicia social, los derechos humanos brindan una perspectiva analítica que permite profundizar diversas dimensiones de estos fenómenos que suelen ser ignoradas en los análisis economicistas que dominan las políticas públicas en estos temas. Además, esperamos que estas reflexiones contribuyan a la transformación y la ampliación de las herramientas de derechos humanos para enfrentar la pobreza y la desigualdad de manera integral y efectiva.

En este prólogo explicamos algunos de los presupuestos conceptuales que orientan los distintos estudios de esta colección. Así, luego de introducir brevemente cómo entendemos la pobreza y la desigualdad socioeconómica en la primera parte, en la segunda sección nos concentramos en la pregunta sobre por qué resulta importante para una sociedad enfrentar estos dos fenómenos. En la tercera parte explicamos por qué abordarlos desde los derechos humanos. Finalmente, la cuarta sección presenta los estudios que conforman la colección.

1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de pobreza y desigualdad socioeconómica?

La pobreza y la desigualdad socioeconómica son fenómenos complejos y profundamente relacionados, aunque conceptualmente diferenciables. La aproximación tradicional a la pobreza la entiende y mide a partir del nivel de ingresos. Sin embargo, aunque la dimensión monetaria de la pobreza es necesaria para entender el fenómeno, resulta insuficiente, pues, “diferentes personas pueden tener muy diferentes oportunidades de convertir el ingreso y otros bienes primarios en característica de la buena vida y en el tipo de libertad valorada en la vida humana” (Sen, 2010). En los últimos años se ha introducido la noción de pobreza multidimensional, la cual permite dar cuenta de las múltiples desventajas que enfrentan quienes viven en la pobreza (Red de Pobreza Multidimensional, 2021) y que impiden que puedan satisfacer sus necesidades humanas básicas.

La desigualdad, por su parte, es un concepto fundamentalmente relacional, pues parte de la comparación de los niveles de acceso a la satisfacción de necesidades, así como a bienes y servicios, entre dos o más personas o grupos de personas. En Colombia, siguiendo la tendencia internacional, la desigualdad socioeconómica ha sido analizada a través de la desigualdad en el ingreso, la concentración de la riqueza y activos como la tierra, y se ha medido a través del coeficiente de Gini (DANE, 2019; Ibáñez y Muñoz, 2011; Bonet y Meisel, 2009). Estos estudios, aunque claves para entender la extensión y las dinámicas de la desigualdad socioeconómica, suelen desconocer otras de sus dimensiones.

Esta colección entiende pobreza y desigualdad socioeconómica como fenómenos multidimensionales. Siguiendo al nobel de economía Amartya Sen, sostenemos que los estudios tanto de la pobreza (Sen, 2010) como de la desigualdad socioeconómica deben ir más allá de la carencia de y de las disparidades en el ingreso, pues concentrarse solo en su dimensión monetaria omite las diferencias estructurales que puede haber por las características propias de cada individuo. Por ejemplo, no tiene sentido luchar por que dos personas tengan el mismo ingreso si una de ellas tiene una enfermedad que le representa un gasto superior.

Así, entendemos pobreza como la “privación de capacidades básicas”, no solo como privación relativa de ingresos (Sen, 2000), y asumimos la desigualdad socioeconómica como las disparidades entre

individuos (o grupos) en lo que respecta a las oportunidades de vida, la cobertura de las necesidades básicas, los mínimos recursos para acceder a bienes y servicios deseables y las capacidades y poder (Sen, 1997). Este concepto de desigualdad socioeconómica incluye disparidades de ingreso, consumo, riqueza, educación, salud, poder económico, entre otros (Sen, 1997). Se trata, entonces, de dos conceptos multidimensionales y diferenciables que parten de la ausencia de oportunidades o de acceso a unos mínimos de “capacidades” necesarios para el desarrollo de cada persona.

Con el fin de profundizar nuestros análisis sobre la desigualdad socioeconómica, incluimos una perspectiva adicional, que es la diferencia entre la desigualdad vertical y la horizontal. Mientras que la vertical se refiere a la desigualdad entre individuos u hogares (Steward *et al.*, 2009), como la distribución de riqueza o ingresos, la horizontal consiste en disparidades severas entre grupos culturalmente diferenciados (Stewart, 2005). Aunque la mayoría de los estudios en esta colección analizan pobreza y desigualdades verticales, en algunos casos exploran también la horizontal. Algunas de nuestras investigaciones incluyen, además, una perspectiva interseccional. Así, estos estudios exploran las profundas y complejas interrelaciones que existen entre la desigualdad económica y otras desigualdades sociales y culturales como las de género, etnia y raza, por ejemplo.

2 ¿Por qué nos concentramos en pobreza y desigualdad socioeconómica?

La pobreza es identificada como un problema central de la agenda de la mayoría de los países alrededor del mundo. De hecho, el primero de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) es erradicar la pobreza extrema y el hambre (PNUD, 2021). Esto no es menor, pues los ODM fueron acordados por los 192 miembros de Naciones Unidas y algunas organizaciones internacionales, lo cual refleja la existencia de cierto consenso global en torno a la importancia de reducir la pobreza. Este consenso ha sido posible en virtud del reconocimiento de los efectos devastadores que esta tiene tanto para las personas que la padecen de manera directa, como para las sociedades y economías nacionales. La pobreza está asociada a una experiencia de profundo sufrimiento humano (Farmer, 1996) y a la imposibilidad de gozar de las libertades

que permitan la realización de las personas (Sen, 2000). La pobreza, entonces, imposibilita la vida digna y el desarrollo de las capacidades humanas, lo cual justifica por qué es fundamental entenderla, enfrentarla y eliminarla.

En contraste con el consenso en torno a la erradicación de la pobreza, al menos la extrema, la desigualdad socioeconómica suele ser asumida en debates públicos como el resultado de decisiones individuales o de capacidades diferenciadas. Sin embargo, esta colección parte de la idea de que la desigualdad socioeconómica debe ser también enfrentada y reducida, pues se trata de un fenómeno con impactos negativos en la economía, las sociedades e incluso en el sistema político. De hecho, la desigualdad económica es, junto con el cambio climático, uno de los grandes problemas sociales de nuestra época (Wilkinson y Pickett, 2010).

Primero, la desigualdad socioeconómica tiene un efecto negativo en el crecimiento económico. La relación entre desigualdad y crecimiento ha sido tema ampliamente analizado en la economía del desarrollo, con conclusiones divergentes. Mientras que la perspectiva clásica sostenía que la desigualdad era positiva para el crecimiento (Kaldor, 1955) y la neoclásica la consideraba irrelevante para producir o inhibir el crecimiento (Kuznets, 1955), la perspectiva moderna resalta el efecto adverso de la desigualdad sobre el proceso de desarrollo (Barro, 1999). Múltiples estudios que hacen parte de esta perspectiva moderna han desafiado los postulados de Kuznets que influenciaron de manera significativa el debate económico desde mediados del siglo xx. La curva de Kuznets sugería que la relación entre desigualdad y desarrollo podría ser descrita con una U inversa, pues a medida que los países se desarrollan se profundiza la desigualdad, pero una vez el desarrollo avanza la desigualdad se nivela. Acemoglu y Robinson (2002), por ejemplo, sostienen que esta curva no permite describir procesos de desarrollo más allá de Europa (como en el desastre autocrático de América Latina y el milagro asiático) y que, por el contrario, lo que realmente determina la relación entre desigualdad y desarrollo son factores políticos. Aunque los estudios que hacen parte de esta perspectiva moderna no coinciden con cuál es el mecanismo que explica el efecto negativo de la desigualdad en el crecimiento, sí han producido evidencia empírica que enfatiza dicho efecto negativo.³

3 Al respecto, Stiglitz identifica tres mecanismos: primero, las personas que se encuentran en la parte baja de la distribución de ingresos no

Segundo, la desigualdad socioeconómica tiene profundos efectos en el bienestar común e individual. Por ejemplo, genera menos movilidad social (Krueger, 2012), lo cual puede crear frustración y problemas sociales posteriores. Además, de acuerdo con el análisis de Wilkinson y Pickett (2010), la desigualdad socioeconómica genera resultados que hacen a los países socialmente disfuncionales. Por ejemplo, las sociedades más desiguales tienen peores índices de salud y mayores tasas de deserción escolar. Asimismo, la desigualdad socioeconómica debilita el capital humano, fomenta la desconfianza social, menoscaba la solidaridad entre los ciudadanos, aumenta los niveles de violencia y genera mayor encarcelamiento. Al comparar los niveles de bienestar entre los países más ricos (y entre los cincuenta estados de Estados Unidos), los autores encuentran que los países más desiguales tienen peores indicadores de bienestar social, por lo cual, el gran problema contemporáneo de nuestras sociedades (y economías) no sería asegurar el crecimiento económico, sino reducir las brechas materiales entre las personas. Contrario a la creencia de que una mayor igualdad beneficiaría solamente a las personas más pobres dentro de una sociedad, este estudio asegura que beneficiaría a toda la sociedad, por ejemplo, a través de menores índices de violencia y mayor confianza social.

Finalmente, la desigualdad socioeconómica puede afectar el Estado de derecho y la estabilidad del régimen político. Análisis conceptuales han sugerido, por ejemplo, que la desigualdad es un obstáculo para la consolidación del Estado de derecho y que, incluso, puede erosionar su integridad. Esto debido a que la desigualdad tiende a crear la invisibilidad del sufrimiento de amplios sectores de la sociedad, mientras promueve la inmunidad de quienes son privilegiados frente a la ley, lo cual rompe los lazos sociales y afecta el cumplimiento de las normas (Vilhena, 2015). Otros autores resaltan que, en la medida en que el aumento de la

pueden explotar todo su potencial producto de la falta de acceso a oportunidades, lo que no permite maximizar el desarrollo de su capital humano, lo cual afecta el crecimiento económico futuro. Segundo, los Estados muy desiguales suelen invertir menos en bienes públicos que estimulan la productividad, tales como educación, infraestructura, transporte público o tecnología. Tercero, la desigualdad, junto a una política monetaria relajada y una regulación débil, se convierten en burbujas en mercados las cuales resultan en recesiones (Stiglitz, 2016). Una revisión de los distintos mecanismos identificados en la literatura se puede encontrar en Galdor (2009).

desigualdad afecta negativamente el crecimiento económico (creando otros problemas económicos), genera riesgos para la democracia. Estos riesgos estarían relacionados tanto con el descontento social como con la desconfianza en un sistema democrático que no refleja el interés general, sino el interés de una élite económica con suficiente poder para manipular la ley a su favor (Stiglitz, 2012).

3. Desigualdad socioeconómica, pobreza y derechos humanos

Si la desigualdad socioeconómica tiene efectos tan problemáticos como los descritos, ¿cómo enfrentarla y reducirla? Hasta ahora, las aproximaciones de política pública prevalecientes en Colombia y otros países han tendido a asumir la desigualdad como un asunto macroeconómico cuyas implicaciones sociales y políticas tienden a ser minimizadas. Así, las conexiones entre desigualdad y derechos humanos se pierden del debate público y de los abordajes de política pública.

A pesar del escepticismo de algunos autores frente a las potencialidades del discurso y los mecanismos de derechos humanos para enfrentar la desigualdad económica (Moyn, 2018; Hopgood, 2014), los vínculos teóricos y empíricos entre los derechos humanos y la desigualdad son innegables. Aunque la desigualdad socioeconómica no implica una violación directa de los derechos humanos, sí reduce los niveles de satisfacción de los derechos (Uprimny y Chaparro, 2019). Por ejemplo, países desarrollados pero desiguales como Portugal, Estados Unidos o el Reino Unido tienen peores resultados en la garantía de derechos que países desarrollados como Japón, Suecia o Noruega (Wilkinson y Pickett, 2010). Esto se manifiesta en mayores problemas en salud y deficiencias educativas que constituyen afectaciones a derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Igualmente, en la medida en que crea mayores niveles de violencia, reducción de la expectativa de vida y mayores tasas de encarcelamiento, genera violaciones de derechos civiles y políticos como la vida, la libertad y la dignidad humana.

La concentración de ingresos y riqueza afecta las posibilidades de que los Estados cuenten con sistemas de tributación robustos que permitan desarrollar las condiciones institucionales para la garantía de los derechos humanos. Los ricos pueden manipular los sistemas legales a su favor y afectar la necesaria progresividad tributaria (Piketty, 2014),

fundamental para la garantía de derechos, lo cual refleja problemas tanto de justicia distributiva como de justicia procedimental. Una extrema concentración de recursos es tan mala para la garantía de los DESC, como una extrema concentración de poder es dañina para el ejercicio de los derechos civiles y políticos, y peor aún si la concentración de recursos y de poder se refuerzan mutuamente (Uprimny y Chaparro, 2019). Además, como señala Philip Alston (2015), hay límites al grado de desigualdad que puede ser reconciliado con las nociones de dignidad, igualdad y compromiso con los derechos humanos para todas las personas, por lo cual la desigualdad, además de ser un asunto económico, es un tema central de tales derechos. De acuerdo con esta perspectiva, además de dar voz a quienes padecen de manera directa la desigualdad y servir de herramienta de exigibilidad a los movimientos sociales comprometidos con la lucha contra esta y por la justicia social, los derechos humanos pueden desarrollar herramientas para repensar los problemas de desigualdad del país.

En el caso de la pobreza, las conexiones con los derechos humanos son aún más evidentes. Desde el punto de vista conceptual, la pobreza ha sido reconocida como causa y consecuencia de violaciones de los derechos humanos, así como una condición que conduce a nuevas violaciones (OACNUDH, 2012). La pobreza vulnera el derecho a la vida digna y, a la vez, se convierte en un obstáculo para la realización efectiva de otros derechos, con lo cual profundiza la injusticia social. De allí la importancia de pensarla desde los derechos humanos y en clave de identificar mecanismos destinados a erradicarla y, por esa vía, avanzar en la garantía efectiva de derechos.

4. El contenido de la colección

Esta colección está compuesta por una serie de estudios que abordan tres preguntas fundamentales: ¿cómo experimentan diversas comunidades la pobreza y la desigualdad socioeconómica en Colombia?, ¿cuáles son los efectos de la pobreza y la desigualdad socioeconómica en el goce efectivo de derechos por parte de dichas comunidades? y ¿qué pueden hacer los derechos humanos para enfrentar y reducir la desigualdad socioeconómica?

Aunque estas son las preguntas orientadoras generales de los estudios, cada texto aborda preguntas específicas que concretan nuestra

aproximación conceptual. Algunas de estas aproximaciones son de carácter empírico y localizado. Por ejemplo, ¿cómo se ven reflejadas las diferencias de ingreso en la calidad del aire que respiran los habitantes de Bogotá?, ¿cómo la desigualdad alimentaria afecta los derechos de los niños y las niñas de La Guajira?, o ¿existe desigualdad hídrica en sí misma o solo en contextos específicos de escasez? Otras preguntas son normativas. Por ejemplo, ¿debería haber un derecho fundamental de acceso a internet o a un servicio público esencial, incluso si son las dos caras de una misma moneda?, o ¿cómo y por qué implementar una renta básica feminista?

A partir del análisis de dichas preguntas, esta colección pretende ofrecer un marco de derechos humanos para atender el llamado urgente de la pobreza y la desigualdad socioeconómica en Colombia. A la vez, nuestra aproximación reconoce que se requieren transformaciones en los mecanismos y las prácticas de los derechos humanos para lograr políticas públicas que resulten apropiadas para enfrentar estos fenómenos. Al respecto, algunos estudios enfatizan la importancia del principio de no discriminación y la obligación de cumplir con el estándar del máximo de los recursos disponibles, siguiendo la propuesta de Saíz y Oré Aguilar (2016), mientras que otros formulan propuestas de política que incorporen indicadores de derechos humanos para que el seguimiento de las políticas permita poner la garantía efectiva de derechos en el centro del debate.

Usando metodologías principalmente cualitativas, estos estudios aportan nueva evidencia empírica al debate sobre la pobreza y la desigualdad socioeconómica en el país. Esto nos permite explorar y caracterizar otras dimensiones como la desigualdad en el acceso a servicios como la educación, y la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación. Además, los estudios de esta colección hacen una apuesta por entender y profundizar la relación entre derechos humanos y desigualdad, ampliando y profundizando la literatura nacional en la materia.

Agradecimientos de las editoras

Desde finales del año 2019 empezamos a discutir en Dejusticia la importancia de trabajar un eje transversal temático asociado a la desigualdad socioeconómica en Colombia. Desde entonces, toda la comunidad de Dejusticia ha respondido con entusiasmo y dedicación, así como con

aportes cruciales bajo diversas modalidades para poder concretar la idea de esta colección de Derechos Humanos por la Igualdad Socioeconómica que hoy presentamos.

Fueron fundamentales los aportes de muchos de nuestros aliados y aliadas en las investigaciones de campo, los comentarios de todo el equipo de investigación de Dejusticia en los diferentes seminarios y cursos de discusión de los textos que componen la serie, así como el engranaje del equipo institucional. En especial, queremos agradecer a Diana León, Valentina Roza y Alejandro Rodríguez, quienes nos brindaron su asesoría económica en diferentes momentos de avance de estas ideas; a Claudia Luque y al equipo editorial, encargados de la edición detallada de la colección y a *The Ford Foundation*, a *The Foundation to Promote Open Society* y al *Tang Prize*, con cuyo apoyo y fortalecimiento hemos logrado materializar la serie que hoy presentamos.

Referencias

- Acemoglu, D. y Robinson, J. A. (2002). The political economy of the Kuznets curve. *Review of Development Economics*, 6(2), 183-203. <https://doi.org/10.1111/1467-9361.00149>
- Alston, P. (2015). Extreme inequality as the antithesis of human rights. OpenGlobalRights debate: “Economic Inequality: can human rights make a difference?”. <https://www.opendemocracy.net/openglobalrights/philip-alston/extreme-inequality-as-antithesis-of-human-rights>
- Barro, R. (1999). Inequality, growth and investment. Working Paper 7038. National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w7038/w7038.pdf
- Bonet, J. y Meisel, A. (2009). Regional economic disparities in Colombia. *Investigaciones Regionales*, 14, 61-80.
- Busso, M. y Messina, J. (Eds.) (2020). La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada. Monografía del Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-crisis-de-la-desigualdad-America-Latina-y-el-Caribe-en-la-encrucijada.pdf>
- Caracol Radio (2021). La vida en ‘Puerto Resistencia’: la primera línea y más. https://caracol.com.co/programa/2021/05/13/hoy_por_hoy/1620934065_538710.html

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2019). *Panorama social de América Latina*. Cepal. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/ps>
- Corak, M. (2013). Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility. *Journal of Economic Perspectives*, 27(3), 79-102. <https://doi.org/10.1257/jep.27.3.79>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2019). Pobreza monetaria y multidimensional. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/pres_pobreza_2018.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2021) Pobreza monetaria y multidimensional. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2020/Presentacion-pobreza-monetaria_2020.pdf
- Defensoría del Pueblo (2021.) Defensoría del Pueblo entrega a la CIDH balance sobre la situación de derechos humanos en el marco de la protesta. <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/10172/Defensor%C3%ADa-del-Pueblo-entrega-a-la-CIDH-balance-sobre-la-situaci3n-de-derechos-humanos-en-el-marco-de-la-protesta-CIDH-Defensor%C3%ADa.htm>
- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: A view from below. *Daedalus*, 125(1), 261-283. <http://www.jstor.org/stable/20027362>
- Galor, O. (2009). *Inequality and Economic Development: An Overview*. Brown University. <https://econpapers.repec.org/paper/broeconwp/2009-3.htm>
- Hopgood, S. (2014). Challenges to the global human rights regime: Are human rights still an effective language for social change? (march 20). *Sur-International Journal on Human Rights*, 11 (20). <https://ssrn.com/abstract=2550279>
- Ibáñez, A. M. y Muñoz, J. C. (2011). *La persistencia de la concentración de la tierra en Colombia: ¿Qué pasó entre 2000 y 2010?* Uniandes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/8812>
- Jenkins, S. y Philippe, V. K. (2009). The measurement of economic inequality. En *The Oxford Handbook of Economic Inequality* (pp. 40-70). Oxford University Press.
- Kaldor, N. (1955). Alternative theories of distribution. *The Review of Economic Studies*, 23(2), 83-100.

- Krueger, A. (2012). The Rise and Consequences of Inequality in the United States. Alan B. Krueger, Council of Economic Advisors. https://pages.wustl.edu/files/pages/imce/fazz/ad_10_1_krueger.pdf
- Kuznets, S. (1955). Economic growth and income inequality. *The American Economic Review*, 45(1), 1-28.
- Millett, G. A., Jones, A. T., Benkeser, D., Baral, S., Mercer, L., Beyrer, C... Sullivan, P. S. (2020). Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities. *Annals of Epidemiology*, 47, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.05.003>
- Monitor Fiscal (2017). *Tackling inequality*. Fondo Monetario Internacional.
- Moyn, S. (2018). *Not Enough: Human Rights in an Unequal World*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) (2012). Principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, aprobados por el Consejo de Derechos Humanos por consenso el 27 de septiembre de 2012, en la Resolución 21/11. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_sp.pdf
- Ostry, J. y Berg, A. (2011). *Inequality and Unsustainable Growth: Two Sides of the Same Coin?* Fondo Monetario Internacional
- Piketty, T. (2014). *Capital in The Twenty-First Century*. The Belknap Press of Harvard University Press. Translated by Arthur Goldhammer
- Piketty, T. (2020). *Capital and Ideology* (Translated by Arthur Goldhammer). Harvard University Press.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2021). Objetivos de Desarrollo del Milenio. https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
- Red de Pobreza Multidimensional (2021). ¿Qué es pobreza multidimensional? <https://mppn.org/es/pobreza-multidimensional/que-es-el-ipm/>
- Rodríguez Garavito, C. (Ed.) (2016). *Law and Society in Latin America: A New Map*. Routledge.
- Saíz, I. y Ore Aguilar, G. (2016). Tackling inequality as injustice: Four challenges for the human rights agenda. OpenGlobalRights debate: “Economic Inequality: can human rights make a difference?”

- Salverda, W., Nolan, B. y Smeeding, T. M. (Eds.) (2009). *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. Oxford University Press.
- Sen, A. (1997). From income inequality to economic inequality. *Southern Economic Journal*, 64(2), 383. <https://doi.org/10.2307/1060857>
- Sen, A. (2000). *Development as Freedom*. Anchor books.
- Sen, A. (2004). *Inequality Reexamined*. Oxford University Press.
- Sen, A. (2010). *The Idea of Justice*. Penguin Books Ltd.
- Sen, A. y Foster, J. E. (1997). *On Economic Inequality*. Clarendon Press y Oxford University Press.
- Stewart, F. (2005). Horizontal inequalities: A neglected dimension of development. En UNU-WIDER, A. B. Atkinson, K. Basu, J. N. Bhagwati, D. C. ... J. G. Williamson, *Wider Perspectives on Global Development* (pp. 101-135). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230501850_5
- Steward, F., Brown, G. y Cobham, A. (2009). *The Implications of Horizontal and Vertical Inequalities for Tax and Expenditure Policies*. Crise: Center for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b7ae5274a31e0000ba0/wp65.pdf>
- Stiglitz, J. E. (2012). *The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers our Future*. W.W. Norton & Co.
- Stiglitz, J. E. (2016). Inequality and economic growth. <https://doi.org/10.7916/D8-GJPW-1V31>
- Uniandes (2020a). Covid-19: sus efectos de pobreza y desigualdad en Colombia. <https://uniandes.edu.co/es/noticias/desarrollo-regional/covid19-sus-efectos-de-pobreza-y-desigualdad-en-colombia>
- Uniandes (2020b). Efectos en pobreza y desigualdad del Covid-19 en Colombia: un retroceso de dos décadas. *Nota macroeconómica 20*. <https://repositorio.uniandes.edu.co/flexpaper/handle/1992/41160/nota-macroeconomica-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=1>
- Uprimny, R. y Hernández, S. C. (2019). Inequality, human rights, and social rights: Tensions and complementarities. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development* 10(3), 376-394. doi:10.1353/hum.2019.0028.

- Vilhena, O. (2015). Inequality and the subversion of the rule of law. En *Law and Society in Latin America. A New Map* (pp. 23-42). Routledge.
- Wilkinson, R. G. y Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. Bloomsbury Press.
- World Economic Forum (2020). *COVID-19 is Increasing Multiple Kinds of Inequality. Here's What we Can do About it*. World Economic Forum.

GLOSARIO

Amure: Nombre dado al síndrome de abstinencia. Se manifiesta por los síntomas físicos y mentales que aparecen después de suspender o reducir el consumo de una droga, cuando la persona se siente «amurada».

Bareta: Marihuana.

Bazuco: Pasta base de coca.

Chute: Inyección de heroína.

Desgaletaítas: Sin arreglarse, desordenado con el vestuario. Dejado, desordenado o despreocupado en el vestir.

Enganche/enganchar: Involucrar, iniciar o desarrollar adicción a una droga.

Gale: Solución, Sacol, pegante amarillo. Utilizado como sustancia psicoactiva de tipo inhalable.

Gestión/gestionar: Habilidad y desempeño de funciones varias para la compra o venta de drogas de uso personal.

«H»: Heroína

Huelida: De «oler». Aspirar e inhalar el humo de bazuco que se fuma en pipa o cigarrillo o de la heroína que se quema en un papel aluminio o lata.

ITS: Infección de transmisión sexual.

Jíbaro/jibarear: *dealer*, pequeño traficante.

Liga: Limosna, compensación en dinero a cambio de un favor.

Metadona: Medicamento opioide sintético usado para el alivio del dolor, y como medicamento de mantenimiento en el tratamiento de la dependencia de la heroína y de otros opioides.

Mulas: Personas que ingieren bolsas con drogas ilícitas para su transporte y tráfico.

Naloxona: Medicamento antagonista opiode. Se usa para revertir los efectos que ponen en riesgo la vida frente a una sospecha de sobredosis de opiáceos.

Olla/ollas a cielo abierto: Lugares de expendio y uso de drogas.

Parches: 1. Lugares de encuentro y reunión de grupo. 2. Encuentros para relaciones sexuales a cambio de dinero.

Pirobo: Persona despreciable.

Pirobito: Hombre joven homosexual que ofrecen sexo a cambio de dinero.

Ratos: Encuentros para tener relaciones sexuales a cambio de dinero.

Rebusque/rebuscadores: Cualquier actividad de trabajo informal que proporciona un ingreso.

Sala: Habitación principal de una casa para encuentros y reuniones.

Sulfurar: Enojar.

SPA: Sustancias psicoactivas.

Taquiao: Cigarrillo que se llena con drogas, de preferencia marihuana, en combinación con bazuco o heroína.

Tomba/tombos: La Policía/Los agentes de Policía.

Volao: Bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

AGRADECIMIENTOS DE LOS AUTORES

En diciembre de 2018, el encuentro de dos de las autoras de este texto, al cierre de un taller, en el centro de Pereira, fue la chispa inicial para lo que hoy es este texto. En ese momento, las dos llegaban de distintas orillas, con preocupaciones sobre la discriminación hacia las mujeres en centros de tratamiento, su instrumentalización como simples incubadoras y el desecho posterior de sus vidas, cuando ya han parido a sus hijos e hijas.

La violencia institucional sobre el derecho a la salud, el punto ciego del feminismo sobre las mujeres que usan drogas y la importancia de las redes comunitarias para tejer respuestas más compasivas e integrales eran puntos comunes que inquietaban a las autoras en esa conversación. Durante los meses siguientes, también fueron motivo de preocupación para las dos organizaciones que respaldaron esta investigación, Dejusticia y Corporación Teméride. Esta última, además, conocía bien la necesidad de documentar esta realidad apremiante y emocionante, aunque el resto del país la ignorara.

Entre ese momento y la publicación de este libro, se sumaron muchas más a la intención de hablar sobre drogas, mujeres, pobreza y posibilidades. También hubo nuevas visitas a Pereira y Dosquebradas, intercambios de experiencias y una pandemia global, que cambió los planes, pero no la intención de nombrar, con urgencia y respeto, las experiencias de las protagonistas de este libro.

Este libro no es más que un reflejo del poder colectivo y, por ello, el agradecimiento mayor es con las mujeres que fueron generosas con su relato y que han confiado en los propósitos que motivan la investigación.

Agradecemos también a las personas en el equipo de Dejusticia que aportaron a este experimento. En su momento, César Valderrama y Valentina Rozo apoyaron la construcción de los instrumentos de

entrevista y las primeras propuestas conceptuales para el texto. Luego, varios colegas de la organización comentaron y alimentaron el primer borrador del texto con sugerencias y recomendaciones. Damos gracias, en especial, a Vivian Newman, Rodrigo Uprimny, Diana Guzmán, Luis Felipe Cruz, Mauricio Albarracín, Natalia Torres, Ana María Malagón, Nina Chaparro, Carlos Olaya, Lucía Ramírez, Johnattan García y Ana Jimena Bautista. De igual manera, agradecemos a Geras Contreras, de Equis: Justicia para las Mujeres, por sus comentarios y preguntas.

Es importante agradecer también a Luisa Tejada, quien fue la pasante para el equipo de Política de Drogas de Dejusticia en un extraño semestre de virtualidad. Luisa apoyó al equipo de autoras, con entusiasmo y curiosidad genuina por el tema, en la recolección de información primaria, en la elaboración de fichas bibliográficas, en la sistematización de respuestas a los derechos de petición, en la revisión de textos y en varias labores más.

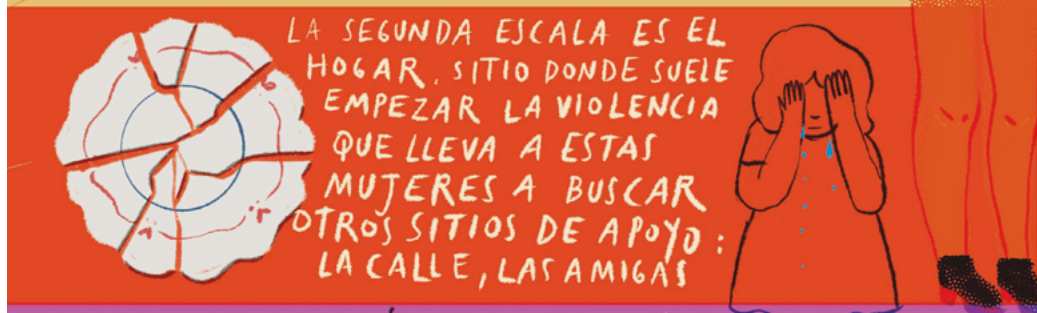
En el largo proceso de este libro, hemos contado con el apoyo institucional necesario para su proceso editorial y administrativo. Agradecemos a Carolina Reyes, Claudia Luque, Lucía Albarracín, William Morales y a todas las personas del equipo institucional de Dejusticia que hacen posible el funcionamiento de los procesos de investigación —con sus viajes y travesías— y de difusión.

En Pereira y Dosquebradas es necesario reconocer a doña Elsa, quien facilitó un espacio para sentarnos a conversar y nos recibió siempre con gran disposición. También, hay un agradecimiento especial para Laura Liceth y Claudia Johana, quienes tomaron un rol de liderazgo en cada visita, animaban a sus compañeras a contar su historia y quieren ser parte de los procesos políticos e institucionales que pueden producir los cambios que las mujeres necesitan.

La chispa que animó y dio luz a este libro es la misma que hoy ilumina el compromiso por alcanzar unas políticas de drogas desde y para las mujeres. El agradecimiento a las mujeres por contar su historia será mejor honrado al continuar el trabajo por esa causa.



EL CUERPO ES
LA PRIMERA
ESCALA ESPACIAL
PARA LAS MUJERES
DE ESTE LIBRO
ES LO PRIMERO
QUE LAS MARCA
PUES SON LEIDOS COMO PELIGROSOS



LA SEGUNDA ESCALA ES EL
HOGAR, SITIO DONDE SUELE
EMPEZAR LA VIOLENCIA
QUE LLEVA A ESTAS
MUJERES A BUSCAR
OTROS SITIOS DE APOYO:
LA CALLE, LAS AMIGAS



LA ESCALA GEOGRÁFICA POR SU
CARACTER POLÍTICO.
LAS CIUDADES

REPRODUCEN LAS INEQUIDADES
QUE VIVEN LAS MUJERES
USUARIAS DE DROGAS.

MAPA DE LECTURA

Quien lea este libro se encontrará con un retrato de la vida de las mujeres que usan drogas en Pereira y en Dosquebradas. Hay mucho por conocer: el inicio en el consumo, su relación con la pobreza, lo que significa crecer en medio de contextos hostiles, la experiencia de ser mujer usuaria de drogas y ser madre, y las violencias institucionales y cotidianas que se entrelazan en la vida de cada una, entre otras muchas cosas.

Quien lea este libro habrá llegado aquí por intereses diversos. Porque es una mujer que se ve retratada en esta experiencia y quiere conocer cómo se cuenta. Porque es una persona que trabaja desde la academia o desde la sociedad civil y quiere saber qué está mal y qué podría mejorar. Porque fue una de las mujeres que compartió su relato y quisiera saber cómo se convirtió en libro.

Por los múltiples ejes que se exploran en estas páginas, y las motivaciones diversas que esperamos traer a las lectoras, ofrecemos un breve mapa de lectura para mostrar los caminos que puede tomar quien decida conocer la historia de estas mujeres.

Si le interesa conocer sobre *el problema general de las mujeres que usan drogas, y algunas guías de política pública*, recomendamos leer:

- Introducción (página 7)
- Parte II. Pobreza, entorno y trayectorias de consumo (página 55)
- Parte IV. Una agenda pública para las mujeres que usan drogas (página 161)

Si le interesa conocer sobre *las historias de vida de las mujeres que usan drogas y sobre sus vivencias*, recomendamos leer:

- Capítulo 3. Subvirtiendo roles y desafiando roles: mujeres y uso de drogas (página 43)
- Capítulo 4. Redes de apoyo: salvavidas en medio de la soledad (página 49)
- Parte II. Pobreza, entorno y trayectorias de consumo (página 55)
- Capítulo 7. Maternidades (página 95)
- Capítulo 8. Lo que dice el cuerpo: vivencias sexuales y reproductivas (página 105)
- Capítulo 10. Las marcas de violencia (página 123)

Si le interesa conocer sobre *la necesidad de estudiar las experiencias particulares de las mujeres que usan drogas*, recomendamos leer:

- Introducción (página 7)
- Parte I. El escenario y sus protagonistas (página 29)

Si le interesa conocer sobre *la relación entre pobreza, desigualdad y consumo*, recomendamos leer:

- Introducción (página 7)
- Parte II. Pobreza, entorno y trayectorias de consumo (página 55)
- Capítulo 9. Trabajo sexual como estrategia de supervivencia (página 115)
- Capítulo 10. Las marcas de violencia (página 123)
- Capítulo 12. ¿Salir de las drogas? Imposibilidad y violencia (página 139)

Si le interesa conocer sobre *cómo las mujeres que usan drogas viven sus procesos de embarazo y de maternidad*, recomendamos leer:

- Capítulo 7. Maternidades (página 95)
- Capítulo 8. Lo que dice el cuerpo: vivencias sexuales y reproductivas (página 105)

Si le interesa conocer sobre *los ciclos de violencia que sufren las mujeres que usan drogas*, recomendamos leer:

- Parte II. Pobreza, entorno y trayectorias de consumo (página 55)

- Capítulo 8. Lo que dice el cuerpo: vivencias sexuales y reproductivas ([página 105](#))
- Capítulo 9. Trabajo sexual como estrategia de supervivencia ([página 115](#))

Si le interesa conocer sobre las *necesidades en materia de salud de las mujeres que usan drogas*, recomendamos leer:

- Capítulo 8. Lo que dice el cuerpo: vivencias sexuales y reproductivas ([página 105](#))
- Capítulo 9. Trabajo sexual como estrategia de supervivencia ([página 115](#))
- Capítulo 11. Bienestar: ese alivio que no se materializa para las mujeres usuarias ([página 131](#))
- Capítulo 12. ¿Salir de las drogas? Imposibilidad y violencia ([página 139](#))
- Parte iv. Una agenda pública para las mujeres que usan drogas ([página 161](#))

Si le interesa conocer sobre los *contextos familiares de las mujeres que usan drogas*, recomendamos leer:

- Capítulo 4. Redes de apoyo: salvavidas en medio de la soledad ([página 49](#))
- Capítulo 6. El rompecabezas del riesgo: trayectorias de consumo y factores de vulnerabilidad ([página 71](#))
- Capítulo 7. Maternidades ([página 95](#))
- Capítulo 10. Las marcas de violencia ([página 123](#))

Si le interesa conocer sobre *el lugar del estudio*, recomendamos leer:

- Introducción ([página 7](#))
- Capítulo 1. A los dos lados el río Otún ([página 31](#))
- Capítulo 2. Llega la heroína y también la respuesta comunitaria ([página 37](#))
- Capítulo 3. Subvirtiendo roles y desafiando normas ([página 43](#))

Guía completa de capítulos

Introducción: en este capítulo se puede encontrar información sobre (página 7):

- i) la necesidad de hablar sobre la relación entre uso de drogas, mujeres y pobreza;
- ii) la posición política y ética del libro;
- iii) los debates teóricos en los que se enmarca el libro;
- iv) datos generales sobre mujeres y uso de drogas;
- v) la importancia de los espacios —las calles, los hogares, la ciudad— al determinar las experiencias de las mujeres que usan drogas;
- vi) la metodología de la investigación.

Parte I: la primera parte del libro está compuesta por cuatro capítulos que describen los lugares y las protagonistas de la investigación. En esta parte, se puede encontrar información sobre (página 29):

- i) Las ciudades de Pereira y Dosquebradas, sus dinámicas de ilegalidad y las características de su área metropolitana, y también la descripción de los lugares donde se llevó a cabo el trabajo de campo (capítulo 1) (página 31)
- ii) La llegada de la heroína y de otras drogas ilícitas a los sectores de Pereira y de Dosquebradas, así como la presencia de acompañamiento comunitario por parte de organizaciones de base (capítulo 2) (página 37)
- iii) La necesidad de hablar públicamente de las vivencias de las mujeres que usan drogas desde sus voces (capítulo 3) (página 43)
- iv) Las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres que usan drogas en Pereira y Dosquebradas (capítulo 4) (página 49)

Parte II: la segunda parte del libro ilustra cuáles han sido las trayectorias de consumo de las mujeres entrevistadas. Es decir, qué condiciones determinaron su uso de drogas y qué caminos han seguido desde ese entonces. Esta parte está compuesta por 2 capítulos que hablan sobre (página 55):

- i) La situación socioeconómica de las mujeres entrevistadas (capítulo 5) (página 59)
- ii) Los factores que han aumentado la vulnerabilidad social de las mujeres entrevistadas (ambientes familiares, violencias, redes de influencia) (capítulo 6) (página 71)

Parte III: la tercera parte del libro está dedicada a narrar cómo la vida de las mujeres que usan drogas está marcada por una serie de experiencias, violencias y discriminaciones particulares por parte de familiares, transeúntes, agentes del Estado, prestadores de salud y oficiales de Policía, entre otros. En esta parte, compuesta por 6 capítulos, se puede encontrar la siguiente información (página 93):

- i) Las experiencias de maternidad de las mujeres entrevistadas (capítulo 7) (página 95)
- ii) La forma en la que las mujeres que usan drogas viven su vida sexual y reproductiva, así como los obstáculos que encuentran en los prestadores de salud para acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, partos dignos o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (capítulo 8) (página 105)
- iii) Las vivencias de quienes ejercen trabajo sexual como medio de supervivencia económica (capítulo 9) (página 115)
- iv) Las múltiples violencias a las que están expuestas en sus hogares, en las calles y por parte de los hombres y la Policía (capítulo 10) (página 123)
- v) La situación general de salud, física y mental, de las mujeres entrevistadas (capítulo 11) (página 131)
- vi) Las barreras que encuentran las mujeres que usan drogas para acceder a tratamientos dignos que reconozcan sus verdaderas necesidades (capítulo 12) (página 139)

Conclusiones y recomendaciones: en la última parte del texto (parte iv), lectores y lectoras pueden encontrar reflexiones y propuestas para hacer de la política de drogas una cuestión que tenga el cuidado de las mujeres en el centro (página 161).

INTRODUCCIÓN

En 1992, el autor estadounidense, Denis Johnson, publicó su ya clásico libro de ficción *Hijo de Jesús*, en el que reúne las historias de varios jóvenes que viven en medio de la violencia parental, el uso experimental y terapéutico de drogas y la violencia de los barrios. Aunque son varias historias separadas, todas tienen una unidad: no se entiende la siguiente sin leer la anterior, como si las vidas de los jóvenes protagonistas estuvieran conectadas por algo más grande que ellos. Como el título lo indica, las páginas del libro cuentan historias de hombres. Hombres que han sido defraudados por el destino y han caído en círculos de desesperanza y cuando la luz se asoma, siempre es parcial.

Aunque se trata de historias ficticias, el libro de Johnson fue crucial para despertar un creciente interés por investigar el uso de drogas en contextos de precariedad, pero, sobre todo, por concentrarse en las voces y en las experiencias de los verdaderos protagonistas. Los lugares que describe Johnson, ubicados en rincones aislados —algunos imaginarios, otros reales— de Estados Unidos, se parecen profundamente a los lugares que se visitan en las siguientes páginas. Los protagonistas, sin embargo, cambian.

Este es un libro sobre lo que significa usar drogas y habitar el mundo como mujer.

¿Por qué hablar de la intersección entre drogas, mujeres y pobreza?

Al hablar de mujeres y drogas¹ en contextos de vulnerabilidad, nombremos algunos de los estigmas más arraigados en nuestra sociedad. El uso de drogas por parte de mujeres, o en general el involucramiento de mujeres en la industria de drogas ilícitas, es profundamente transgresor: va en contra de las formas de socialización de lo femenino (Connell, 1987; Buxton *et al.*, 2020). Las drogas ilícitas cargan un fuerte estigma, pues su uso se asocia a desviaciones morales y a fallas de la voluntad. Gran parte de los prejuicios que hay sobre las sustancias declaradas ilícitas no están fundamentados en la evidencia, sino en el miedo (Comisión Global de Política de Drogas, 2018). En estas dos realidades, resulta que las mujeres son más estigmatizadas y castigadas al involucrarse en el uso de drogas ilícitas o, como señalan Buxton *et al.*, la política actual de drogas «sirve para reforzar sistemas y estructuras de poder y exclusión basada en el género» (2020, p. 1).

Para quienes escribimos este texto, todavía hay un gran silencio sobre la realidad de las mujeres que usan drogas en Colombia. Motivadas por el conocimiento de base de la Corporación Teméride y por el trabajo de Dejusticia en temas de género, política de drogas y comunicaciones, buscábamos develar los itinerarios de las mujeres que usan drogas en Pereira y en Dosquebradas, así como los efectos de la interacción entre la discriminación de género, el estigma del uso de drogas y la vulnerabilidad económica. En pocas palabras, queríamos entender qué efectos tienen las políticas de drogas sobre la experiencia femenina en entornos de precariedad material.

Poco, o casi nada, se ha documentado en el país sobre las mujeres y el uso de drogas ilícitas (Díaz & Grisales, 2019, p. 8). En un escenario en el que apenas hace pocos años hay un interés creciente por los impactos de la política de drogas en las vidas y cuerpos de las mujeres, este se ha centrado en sus roles en el tráfico (expendios a menor escala, tráfico de pequeñas cantidades), en las consecuencias del encarcelamiento y la

1 Cuando hablamos de drogas, hablamos de las sustancias declaradas ilícitas por las convenciones internacionales de drogas y por el Estatuto Nacional de Estupefacientes.

pobreza (Uprimny *et al.*, 2016; WOLA *et al.*, s. f.; Caicedo, 2017) o en su papel en el ámbito de la producción de plantas ilícitas (Bautista *et al.*, 2018; Caicedo & Gil, 2019).

En la escena internacional, se ha dinamizado la discusión global sobre los efectos de la prohibición con una mirada de género y, de hecho, hay una conversación muy activa sobre la realidad de las mujeres usuarias². Sin embargo, esta no ha aterrizado en América Latina, menos en Colombia, en lo que respecta a la dimensión de uso de drogas. En parte, se debe a que las cifras de consumo, en nuestra región, no son tan altas y las mujeres son apenas una fracción minoritaria de esta población. De ese modo, el análisis latinoamericano ha versado sobre lo que sí se ve como una problemática de escala monumental: el encarcelamiento de las mujeres por delitos de drogas y las distintas aristas del diseño de una política criminal que castiga, de manera desproporcionada, a las mujeres pobres.

Además, los mundos de las drogas ilícitas, y también de las políticas de control de drogas, son espacios masculinizados. Los principales actores que participan en el narcotráfico son hombres y, a su vez, los hombres son quienes constituyen la mayoría de las fuerzas policiales y de seguridad que libran la «lucha contra el narcotráfico». Los hombres también son la gran mayoría de quienes usan drogas y, así mismo, participan en mayor proporción en las instituciones de tratamiento y rehabilitación. Esta es una de las razones por las cuales sabemos poco de las mujeres que usan drogas: porque, para muchos, no son las protagonistas. Sin embargo, el vacío en la investigación y en la teorización sobre los agravios particulares de las mujeres ignora que, cuando las mujeres «aparecen» en la escena de las drogas, se enfrentan a la misoginia institucional y también a la de actores irregulares o ilegales (Buxton *et al.*, 2020, p. 2).

Al hablar de las experiencias de las mujeres en el uso de drogas, partimos del hecho de que hay muchas formas de ser mujer y de habitar un cuerpo de mujer (Connell & Pearse, 2015). En este libro,

2 Al respecto, se puede ver, por ejemplo, que en redes académicas hay publicaciones dedicadas, específicamente, al asunto de género y uso de drogas, por ejemplo, Campbell & Herzberg (2017) o los capítulos del libro de Buxton, Margo y Burger (2020).

encontraremos historias de mujeres jóvenes, adultas, embarazadas, unas con trayectorias de uso de drogas más largas que otras; mujeres con hijos, con red de apoyo, mujeres solitarias, mujeres habitantes de calle, mujeres trans trabajadoras sexuales, vendedoras ambulantes. Adoptar el género como categoría de análisis (Scott, 1986) implica acoger esta diversidad y observar que las mujeres tienen una experiencia distinta a la de los hombres, pero también una experiencia distinta entre sí. El género, como lo dice Macaulay (2020), es un principio ordenador que opera de diversas maneras: a nivel personal, mediante la identidad propia, a nivel de las prácticas materiales, en donde se representa y se construye, y a nivel discursivo, donde se reproduce.

Analizar, desde el género, también implica entender que los significados atribuibles a la mujer y a las drogas, por lo general, asocian a la mujer con el ejercicio de la sobriedad, con las expectativas de ser madres, con el papel de cuidadora y, también, con la idea de que las mujeres tienen personalidades más adversas al riesgo (pp. 24-25). Socialmente, contravenir estas nociones de lo femenino, a través del uso de drogas, se interpreta como una falla moral y como una traición a las normas de socialización tradicionales. Las nociones de las costumbres sobre lo femenino se vuelven otra herramienta de vigilancia y de control de la política de drogas (Buxton *et al.*, 2020, p. 4). Desdibujarse de la feminidad —al usar drogas, al hacer transacciones de sexo por dinero o sustancias— es considerado, por la política de drogas, no solo un fracaso ético, sino una traición a la idea de la mujer buena que dicta la sociedad.

Hay muchos puntos de opresión que atraviesan el diálogo sobre mujeres, drogas y pobreza (Windsor *et al.*, 2010). Las mujeres de las que hablamos en este libro no solo tienen que enfrentar las fuentes de discriminación, que provienen de ser leídas como cuerpos femeninos que usan drogas, sino también lo que viene con la pobreza: falta de oportunidades de educación y de empleo, inestabilidad de ingreso, precarización de su trabajo, baja movilidad social y explotación. Son la personificación de tres tipos de discriminación —género, drogas y clase— que se entrelazan y resultan en trayectorias de vida marcadas por las desigualdades (Viveros, 2016).

Las guerras contra las drogas ocurren en muchos espacios: en las fronteras, en los campos, en los cultivos y en barrios excluidos de

ciudades como Pereira y Dosquebradas. Sus víctimas son personas cuyas vidas no están determinadas, exclusivamente, por las sustancias. Por el contrario, los factores que más influyen en sus experiencias anteceden el uso de sustancias: pobreza, marginalidad, orientación sexual, identidad de género y violencia en la infancia. Los daños ocasionados por la guerra contra las drogas son, entonces, experimentados de manera desproporcionada por personas como las que habitan estos espacios, puesto que el castigo se ubica sobre quienes son más susceptibles de ser catalogadas como socialmente indeseables, como moralmente defectuosas (Macaully, 2020, p. 23).

La intersección entre uso de drogas, discriminación de género y entornos de vulnerabilidad no es un mero detalle anecdótico o una formulación teórica sin consecuencias. A pesar de ser un campo poco estudiado, cada vez hay más evidencia de la interacción negativa entre estos factores. Estudios llevados a cabo en diferentes países estiman que las mujeres que usan drogas experimentan niveles de violencia doméstica y de pareja entre 5 y 24 veces más altos que la población femenina en general (Stoicescu *et al.*, 2020, p. 49). Además, en situaciones con factores agravantes, como la vulnerabilidad socioeconómica y el trabajo sexual, los casos pueden ser peores. Este es el tipo de realidades que este libro documenta.

En Colombia, hay poco material escrito sobre este tema. Sin embargo, las organizaciones que, día a día, se encuentran con estas mujeres y conocen sus vidas y caminos sabían de los retos particulares de ser mujer usuaria de drogas. Llevaban ese conocimiento con ellos, casi en el cuerpo. El interés, entonces, estaba en mostrar lo que las organizaciones de reducción de daños han visto por años en las calles: la ausencia de un enfoque de cuidado en el tratamiento, la violencia de la Policía y de los prestadores de salud, la separación de los hijos de sus madres, los traumas de la infancia y de la adultez, y la búsqueda constante de dignificar la vida.

El conocimiento de las calles, por parte de Teméride, y el camino recorrido por Dejusticia nos motivó a unirnos y a poner en el papel los impactos de la prohibición sobre los cuerpos que, para muchos, son desechables, excluibles (Wright, 2004). Consideramos que existe una gran deuda —desde el activismo, la academia y la política pública— de

mostrar las experiencias de las mujeres que usan drogas. En este libro intentamos llenar ese vacío a partir de saberes colectivos y compartidos y, ante todo, a partir de los relatos de quienes lo viven.

Espacio y cuerpo

Queda claro que este es un libro sobre mujeres, sobre uso de drogas y sobre las dificultades propias de esa relación, cuando se conjugan con la pobreza y la violencia. Sin embargo, también es un libro sobre cómo esas relaciones existen —y dependen— de ciertas disposiciones espaciales. En las historias que contamos, los lugares tienen un papel fundamental al servir de repositorios de la vida cotidiana de las mujeres: la vida existe y se reproduce gracias a las normas espaciales que gobiernan los lugares.

Los sitios, entonces, no son únicamente contenedores neutrales de la realidad. No son solo pedazos de material que se unen entre sí para crear una imagen. Son mucho más que eso. Son circuitos de significado que producen paisajes urbanos, económicos y culturales (Wright, 2010). Como es evidente a lo largo de estas páginas, las historias de vida de las mujeres están profundamente cruzadas por experiencias espaciales, por esos circuitos de significado. Desde temprana edad, muchas han tenido experiencias asociadas a espacios de peligro —espacios que incluso pueden ser sus propios hogares—, pero también a espacios de contención, de experimentación, a espacios donde pueden encontrarse con otros y otras.

Los espacios más relevantes, para este libro, son dos, en particular, el barrio de Guadualito, en Dosquebradas, y el Parque de La Libertad, en Pereira, donde esta investigación se llevó a cabo. Guadualito es un barrio pequeño, en una ciudad pequeña. Es un barrio que se levanta en las montañas, al costado occidental de la Avenida Simón Bolívar, esa que une a Pereira y Dosquebradas, como lo hacen el río y el viaducto. El Parque de La Libertad y sus alrededores son el lugar en el que muchas de las mujeres de este libro se reúnen para usar drogas y donde la mayoría ejerce trabajo sexual. Estos dos lugares, de muchas formas, a través de la circulación, la estancia y las relaciones que allí se producen, dibujan los contornos de las historias y las trayectorias personales de las mujeres.

Así como los demás espacios donde su vida se ha desarrollado, las calles de Guadualito y del Parque de La Libertad son ambivalentes,

llenas de conflictos y de contradicciones. Son, por un lado, los lugares de la violencia, del dolor y de la amenaza. En las calles, las mujeres sufren la discriminación que viene de tener cierto cuerpo y de ser leídas bajo ciertos prejuicios sociales. Sin embargo, estos también son los espacios donde ellas pueden conjugarse con el horizonte, donde son visibles e invisibles al mismo tiempo, donde se refugian de los males, donde consiguen, muchas de ellas, su red de apoyo, sus amigas, su «parche».

Al aceptar estas ambivalencias espaciales, también aceptamos las otras muchas que se cruzan en las vidas de estas mujeres: su relación con las drogas, con el trabajo sexual, con los hombres y con sus familias. Solo al entender que la relación entre el espacio que transitan y el cuerpo que habitan es de mutua constitución es posible ver, sin prejuicios ni reproches, la complejidad que atraviesa su cotidianidad. En otras palabras, es preciso comprender que sus cuerpos determinan la lectura del espacio y, a su vez, el espacio determina la forma en que sus cuerpos son vistos y la forma en que sus cuerpos existen para otros. El Parque de La Libertad y Guadualito tienen las marcas de la existencia de estas mujeres —y de otros cuerpos— en sus calles.

Hay varias escalas en las que se hace evidente la importancia del espacio y su relación constitutiva con el cuerpo (Smith, 1993). Dependiendo de cada escala geográfica, podemos ver los límites y las fronteras entre las que se negocia y se manifiesta el control de las identidades. La primera escala espacial que nos importa es el cuerpo. El cuerpo es el primer lugar que se habita y, en el caso de las mujeres de este libro, el primer lugar que las marca. El cuerpo es lo más inmediato, es la locación de lo individual, es el lugar donde definimos nuestros primeros límites con el mundo (McDowell, 1999). Las mujeres que usan drogas tienen una relación particular con el cuerpo, pues los suyos son leídos en el espacio público como peligrosos, enfermos, dañinos. Las visiones y los actos de discriminación que recaen sobre ellas proyectan sus cuerpos al espacio público como desviados de la norma (McDowell, 1999), como cuerpos que importan menos que otros (Butler, 2004) y, por lo tanto, que deben tener menos acceso al espacio, a la salud y al bienestar. El cuerpo es un mapa que se construye mediante la experiencia. El mapa corporal de las mujeres que usan drogas —y, específicamente, de las que hacen parte de esta investigación— está tocado por cicatrices físicas, mentales y emocionales, así como por el hecho de leerse como

feminizados, pero, a la vez, por retar las normas de lo femenino: ser cuerpos trans, cuerpos con huellas, cuerpos marcados.

La segunda escala que nos importa es la escala del hogar. Es lo que le sigue al cuerpo, es el espacio donde se aprende que este no vive solo, sino que es dependiente de otros (McDowell, 1999). El hogar tiene distintas connotaciones para las mujeres que protagonizan estas páginas. Es, por lo general, el sitio donde empieza la violencia. Muchas de las mujeres de este libro migraron del primer hogar en busca de otros. En muchos casos, estos hogares alternativos terminaron por diseminarse en el espacio: en la calle, en las amigas, en los lugares de concentración. El hogar de estas mujeres, en un sentido físico, también es inestable. Muchas han logrado conservar o construir uno. Sin embargo, otras transitan en la itinerancia al no tener un lugar fijo para dormir y vivir. El hogar, como refugio, es el lugar de la incertidumbre con cierta frecuencia.

Finalmente, la tercera escala geográfica relevante para estas discusiones es la ciudad. Esta es el contenedor de todo lo anterior: del cuerpo, del hogar y de la comunidad. La ciudad, como objeto de estudio, nos importa por su carácter político (Sanders, 2016). Las divisiones espaciales que se crean en la ciudad son, con frecuencia, las que mantienen y reproducen las inequidades que viven las mujeres que usan drogas y que crecen en contextos de pobreza. Como lo han reconocido las geógrafas feministas (McDowell, 1999; Wright, 2010), la ciudad se orienta por relacionales sociales y sexuales que organizan el espacio y la vida. Por lo tanto, el orden espacial de la ciudad determina las posiciones sociales de los individuos y el valor de los cuerpos, y adjudica lugares a ciertos grupos en desventaja. En ese sentido, la ciudad es el lugar donde se define la división entre lo permitido y lo no permitido, lo público y lo privado, lo profano y lo sacro (Hubbart & Sanders, 2003). Las calles que transitan a diario las mujeres de este libro forman parte de un ensamblaje social que permite la reproducción —y, en algunos casos, también la contestación— de las desigualdades. Son lugares espacialmente aislados de los servicios públicos de calidad, de las oportunidades laborales y de las acciones del Estado enfocadas en el bienestar ciudadano. Son mujeres cuya propia ciudadanía se pone en entredicho a diario.

Poner el lente en la relación entre espacio, cuerpo y experiencias, también nos hace reflexionar sobre la discusión entre agencia y

opresión. Puesto que la desigualdad estructural y el patriarcado tienen sus correlatos espaciales, las vidas de estas mujeres están determinadas, en gran medida, por órdenes geográficos que las excluyen y las aíslan. Sin embargo, aunque incipientes, hay resquicios de acción donde las mujeres *hacen* su espacio, conforman una comunidad y resisten a diario. El autocuidado es uno de los ejercicios más notables de resistencia de estas mujeres frente a una configuración del mundo que les dice que usar drogas y estar en los márgenes de la ciudad no merecería cuidados; muchas resisten volviendo sobre sí, sobre el cuerpo, para cuidar y resistir.

Desde dónde hablamos

Colombia es un país con un consumo relativamente bajo de drogas ilícitas en comparación con los vecinos regionales, si se tiene en cuenta la producción y la disponibilidad nacional de sustancias como cocaína, bazuco, heroína y marihuana. La Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) de 2019 mostró que la prevalencia de uso de alguna sustancia ilegal, en las personas de 12 a 65 años, era del 9,7 % para el total nacional. La prevalencia más alta está en los departamentos de Putumayo (25,6 %) y Risaralda (20,6 %).

En cuanto al sexo, hay una brecha de 8,5 puntos porcentuales entre los hombres (14,0 %) y las mujeres (5,6 %) en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida (DANE, 2020). Como se puede observar, la prevalencia del uso entre mujeres es, en efecto, mucho más baja que la de los hombres. Esto, en parte, se usa para justificar el punto ciego de los gobiernos, el sistema de salud y la sociedad, en su conjunto, sobre el tema. La región metropolitana de Pereira y de Dosquebradas tiene la particularidad de albergar a una alta población usuaria de heroína, situación que comparte solo con seis ciudades más del país³.

Para el caso de Armenia y de Pereira, ciudades del Eje Cafetero donde hay un consumo instalado de heroína, hay datos un poco más precisos acerca de su uso y de las consecuencias de salud asociadas (VIH y hepatitis B y C). En el Estudio Nacional de Heroína de 2015, se estimaba que, en 2014, había una población de 2.442 personas que usaban heroína por vía inyectada en Pereira; 92,4 % eran hombres y

3 Las otras ciudades con consumo de heroína son Armenia, Bogotá, Cali, Cúcuta, Medellín y Santander de Quilichao.

7,6 %, mujeres (Ministerio de Justicia y del Derecho & Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, pp. 59-60). El 79 % de esta población, en Pereira, había presenciado una sobredosis y el 32 % había sufrido una sobredosis alguna vez. La investigación es bastante comprehensiva e incluye información sobre estrato, nivel de escolaridad, trayectorias de consumo y sustancias usadas. Sin embargo, al ser un estudio de población general usuaria de heroína, no ahonda en datos específicos sobre las mujeres.

Quienes hacen parte de esta investigación se encuentran en un escenario local particular y muchas comparten, como rasgo común, el ejercicio del trabajo sexual y el trajín de la vida en la calle. La habitabilidad en calle marca una muestra sugestiva y específica para adentrarse en otras conexiones con el uso de sustancias y la salud de las mujeres, pues esta aparece como el resultado del desarraigo y del despojo, y de una sumatoria de rupturas quizá necesarias y liberadoras con el orden establecido que implican la construcción de nuevas identidades, escenarios alternativos de participación y, como últimas consecuencias, un lugar recreado para la sobrevivencia.

La población de mujeres que usan drogas es minoritaria en comparación con los hombres: a nivel global, se estima que la proporción de mujeres que usan drogas por vía inyectada es el 20 % del total de la población que lleva a cabo esta práctica. Para el caso de Latinoamérica, la cifra es del 13 % (Degenhardt *et al.*, 2017). A su vez, la población general de personas que usan drogas por vía inyectada tiene prevalencias mucho más altas que la población general de contraer infecciones y enfermedades asociadas a inyecciones riesgosas. Para el caso del VIH, la prevalencia global en población usuaria por vía inyectada es del 17,8 %; para hepatitis C, del 52,3 %, y para hepatitis B, del 9,1 %. En América Latina, estas cifras son, respectivamente, 35,7 %, 61,9 % y 2,8 %. Esto da cuenta de un estimado de 1.128.000 personas en esta región que viven con hepatitis B, por poner un ejemplo (Degenhardt *et al.*, 2017).

¿Por qué ha habido tan poca atención al tema de las mujeres en la política de drogas? Este campo es tradicionalmente observado desde la justicia, la seguridad y la política criminal, que son ámbitos de acción históricamente menos receptivos a las perspectivas críticas y feministas. La participación de las mujeres en la producción o en el consumo, aunque se considera en el panorama de la política de drogas, no se contempla

como un tema a priorizar en materia de salud pública. Ahora bien, el consumo de drogas de mujeres, según Macaully, se construye, socialmente y desde la política pública, como una amenaza al tejido moral de la sociedad, como una afrenta a los valores (Macaully, 2020, p. 26).

Las inquietudes que motivaron esta investigación —y que suscitaron muchas de las intuiciones anteriores a su desarrollo— estaban fundamentadas en el trabajo comunitario que la Corporación Teméride ha hecho en calle por varios años, así como en su labor de acompañamiento en la ruta de salud para las mujeres a través de estrategias de reducción de daños⁴. Se sospechaba, y después se ratificaba, una suerte de misoginia sistemática a todo nivel: en los entornos de la calle, en la prestación de servicios de salud, en las dinámicas de consumo con la pareja, en las posibilidades de empleo, en la experiencia de la agencia reproductiva y la maternidad y, por supuesto, en la violencia de familiares, clientes, parejas o transeúntes.

Estos vacíos de conocimiento no son exclusivos de Colombia. Hasta hace pocos años empezaron a aparecer tanto literatura especializada (Shirley-Beavan *et al.*, 2020; Stoicescu *et al.*, 2020), como experiencias innovadoras sobre la reducción de daños desde una perspectiva de género y, particularmente, a partir de experiencias de lo femenino y el uso de drogas. Ejemplos de ello son Metzineres, en Barcelona, un centro de acogida y de reducción de daños solo para mujeres (Roig-Forteza, 2019), y Sister Space, la primera sala de consumo supervisado y de

4 La reducción de daños es un enfoque de atención que cobró vigencia desde los años ochenta en el Reino Unido, a raíz de la crisis por consumo de heroína en ese país. Dado su origen, muchas estrategias e intervenciones, en tanto respuestas, están moldeadas al uso de esta sustancia por vía inyectada (Pereira, 2020). Según la organización Harm Reduction International: «... la reducción de daños se refiere a las políticas, los programas y las prácticas que tengan como objetivo primordial minimizar las consecuencias de salud, sociales y legales adversas asociadas al uso de SPA, y a las políticas y las leyes de drogas. Se fundamenta en la justicia y en los derechos humanos, se concentra en cambios positivos, se trabaja con la gente sin prejuicios, coerción, discriminación o exigencias de dejar de usar las drogas como prerrequisitos para recibir ayuda» (HRI, s. f.) (traducción propia). En Colombia, este enfoque se ha implementado, principalmente, en las ciudades con consumo de heroína instalado. Para más información, ver Pereira y Ramírez (2020).

prevención de sobredosis exclusiva para mujeres (Crackdown Podcast, 2019), en Vancouver.

A través de iniciativas gestionadas y promovidas por mujeres, se empieza a hacer visible el sesgo masculino que tenía la reducción de daños, incluso en los países que están a la vanguardia en este enfoque de atención. Las violencias específicas que atravesaban llevaban años, sino más, ocurriendo, pero estaban silenciadas por la misoginia, la priorización de los hombres como los destinados a ser «salvados», y la falta de espacios seguros para hablar y tejer redes de cuidado entre mujeres.

A nivel latinoamericano, hay un vacío similar sobre este tema y estas historias son una deuda pendiente, una deuda del movimiento feminista y del movimiento pro reforma a las políticas de drogas. En 2020, la organización Equis: Justicia para las Mujeres, en México, lanzó una publicación que recoge las experiencias de mujeres que usan drogas en centros de tratamiento tanto legales, como ilegales, y en cárceles. Sus motivaciones, similares a las de este texto, son visibilizar la violencia de género sistemática en las trayectorias de vida de muchas mujeres en los entornos de consumo o como consecuencia de las políticas de drogas (Giacomello, 2020).

Los entornos de violencia propios de la vida cotidiana de las mujeres (Fricker, 2007; Bourgois *et al.*, 2006) se exacerban en los centros de «tratamiento» en donde a menudo encuentran todo menos cuidado y alivio (Giacomello, 2020, p. 12). En dicho texto —y en el presente documento—, el lector encontrará los relatos que revelan que los patrones de violencia sistemática, que vienen del entorno del hogar, no son reconocidos, abordados o sanados, ni en la familia, ni a través de otros sistemas de cuidado.

Los ciclos continúan y, después, las mujeres vuelven a encontrar la violencia en la calle, en los hospitales, en los centros de tratamiento, con los «clientes» y con la Policía. Los relatos que se plasman acá revelarán, en cierta medida, la interacción entre violencia, trauma y autodestrucción en entornos con escasas —pero existentes— redes y formas de cuidado y soporte.

Los relatos que constituyen esta investigación representan experiencias de un segmento poblacional muy poco intervenido por los estudios y por encuestas nacionales de consumo de drogas. Colombia tiene casi 30 años de práctica en la realización de estos y todos se constituyen

como la evidencia principal⁵ para la formulación de política pública, y de planes, programas y proyectos para reducir el uso de sustancias psicoactivas y su impacto. En este largo tiempo, las encuestas están limitadas al no acercarse a contextos y a poblaciones en alta marginalidad y exclusión. Los estudios se han focalizado en áreas urbanas de las principales ciudades capitales de departamentos y distritos, y han abordado a la población general, en edades comprendidas entre los 12 y los 65 años. Nada de esto da información sobre la experiencia de las mujeres que usan drogas.

La relación entre mujeres y drogas también revela dificultades que, si bien están presentes en el uso general de drogas, en este caso se suman a los factores relacionados con los procesos de socialización basados en el género (Connell, 1987; 2005), con las violencias propias que sufren y con las afectaciones por el uso de sustancias lícitas e ilícitas en la gestación y en la maternidad. De ello quizá se desprende que, a nivel de investigación en salud y en política pública, la mujer exista solo por que ambos eventos determinan su rol y su función social. La mujer y su incursión en el uso de sustancias psicoactivas, desde esta perspectiva, es relevante solo en cuanto ella pueda convertirse en madre, y la preocupación pública se concentra en cómo «salvar» a ese bebé de una madre que la sociedad considera no apta.

La imagen que transmite una mujer que usa drogas es, entonces, inevitablemente polémica y se relaciona con las expectativas sociales de lo que debería ser una «buena mujer». En este momento, cabe incluir un primer testimonio de María Adriana, quien inició el consumo tras el fallecimiento de su esposo, con quien había compartido 25 años de matrimonio: «Es diferente para la mujer consumir, porque la mujer debe de saberse estimar y valorarse porque Dios hizo a la mujer para que se ame no para que se destruya, eso pienso y la gente lo ve así». A través de su relato, María Adriana muestra la persistencia de las

5 En el estudio del año 1996, la muestra fue de 18.770 personas; en 2008, de 29.164; en 2013, de 32.600; y en 2019, de 49.756 personas. La prevalencia de vida en el consumo de alguna sustancia ilícita, para 1996, fue de 6,5%; para 2008, de 9,1%; en 2013 asciende a 13,8%; y 2019 desciende a 9,7%. El primer estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia se realizó en 1992 y un segundo estudio en 1996.

expectativas culturales y sociales que pesan sobre ella como mujer, así ella misma haya subvertido los roles de género al involucrarse en el uso de sustancias ilícitas.

Las mujeres que compartieron su relato, para esta investigación, tomaron la iniciativa de adentrarse en el uso de sustancias psicoactivas por distintas vías, pero en entornos comunes de precariedad socioeconómica, de escasas oportunidades de movilidad social, y atravesadas por la discriminación de género que persiste en la sociedad colombiana. El sentido que otorga la mujer al uso de drogas, en ocasiones, se muestra como acción liberadora y alternativa al displacer de una cotidianidad basada en la angustia y en el sufrimiento.

En este entramado, y reconociendo el vacío de conocimiento señalado arriba, la presente investigación no solo era pertinente, sino urgente. De un desconocimiento de las realidades de las mujeres en estos entornos se derivan políticas públicas mal orientadas, incluso dañinas. En contraste, mejores diagnósticos, basados en su realidad y en sus vivencias, pueden fomentar respuestas institucionales más idóneas. De esta manera, este esfuerzo colectivo tiene dos motivaciones: por un lado, retratar una realidad compleja y oculta y, por otro, brindar algunas pistas en clave de política pública para tomadores de decisiones, profesionales de la salud, pares comunitarios, activistas feministas y de la reforma a la política de drogas, para el sector seguridad y para otros posibles actores que interactúan en la cotidianidad con esta población.

La relación entre mujeres y drogas vista desde el lente de la desigualdad⁶

El proceso de exploración conjunta de las organizaciones involucradas en este texto tuvo un objetivo inicial: construir una guía de derechos sexuales y reproductivos que fuera de utilidad para las mujeres y para los funcionarios y funcionarias de salud que las atienden. Esta guía se publicó en octubre de 2020, con el título *Las tragedias de la prohibición: guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que usan drogas* (Dávila, 2020).

6 Este libro hace parte de la colección sobre *Derechos Humanos por la Igualdad Socioeconómica*.

Como complemento a esta cartilla, y sabiendo que los testimonios tendrían una riqueza, dureza y relevancia innegables, las autoras decidimos, también, construir un libro que indagara por la relación entre condiciones de pobreza y desigualdad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarias de drogas de Pereira y Dosquebradas. Como ya lo hemos mencionado, el trabajo se centró en el barrio Guadualito, en Dosquebradas, y en la Plaza de La Libertad, en Pereira, por lo que, dadas las características de estos espacios (explicadas a profundidad más adelante) y de las mujeres que los transitan, el trabajo estaría atravesado por las condiciones de pobreza en las que ellas crecen y viven, así como por los retos de la salud sexual y reproductiva, particularmente por el ejercicio del trabajo sexual.

Pensamos que la pregunta de investigación, y el marco teórico que la soportaría, debía ceñirse al tema de la desigualdad socioeconómica. Sin embargo, dada la dificultad que tuvimos para reflexionar sobre esto a partir de los testimonios de las mujeres, en ocasiones sin un hilo conductor, decidimos, más bien, ampliar la perspectiva e incluir, en nuestro análisis, las condiciones materiales de vida y cómo estas afectan el goce de los derechos de las mujeres.

Así, llegamos a la idea de que el consumo problemático de drogas y las condiciones socioeconómicas desfavorables, medidas a través del acceso a educación, del ingreso y del acceso y las características de la vivienda, están relacionados. Pensar en el uno es imposible sin contemplar los otros.

Cuando hablamos de condiciones socioeconómicas desfavorables, privaciones socioeconómicas o pobreza, nos referimos a todos los factores relacionados con tener un ingreso que no permite satisfacer las necesidades básicas. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha establecido que las personas que sobreviven con menos de 1,90 dólares al día se encuentran en el umbral de la pobreza (PNUD, 2015). En una definición más profunda, y no únicamente relacionada con el ingreso, la CEPAL definió la pobreza como: «la negación de libertades, capacidades, derechos y oportunidades para tener una vida larga, creativa y sana, adquirir conocimientos, tener libertad, dignidad y respeto por sí mismas» (CEPAL, 1990). Algunos autores, como Lang *et al.* (2009), la han descrito como: «las condiciones mínimas (económicas, sociales y culturales) para que las personas puedan llevar un estilo de vida aceptable en la sociedad».

La metáfora más clara para entender la relación entre uso problemático de drogas y privaciones económicas es el ciclo vicioso (WDR, 2020). Dada su naturaleza, es imposible determinar qué fenómeno causa el otro. En muchos casos, condiciones socioeconómicas desfavorables, como el desempleo y la ausencia de bienes monetarios (Henkel, 2011; Nahelhout, 2017), exacerbarán el uso de drogas hasta convertirlo en problemático y, en otros tantos, el uso problemático de drogas impedirá la movilidad social ascendente, causando, por ejemplo, deserción escolar a temprana edad (Atilola, Ayinde & Adeitan, 2013).

El argumento secundario, nada fácil de desarrollar, propone que, dadas las condiciones de Colombia, la desigualdad, al igual que las condiciones socioeconómicas desfavorables, tienen una incidencia recíproca en la problematización del uso de drogas en las mujeres (Case & Deaton, 2020). Es decir que, a mayor desigualdad, mayores problemas relacionados con el uso de drogas y viceversa.

No debe dejarse de lado que Colombia es uno de los países más desiguales del mundo. De hecho, es el segundo miembro más desigual de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con un índice de GINI⁷ de 0.52 (OCDE, 2019) y con una desigualdad en aumento (DANE, 2019). Con este panorama, reúne todas las condiciones para que la desigualdad repercuta en otros factores sociales, entre ellos, la magnitud del uso problemático de drogas.

Por la naturaleza cualitativa de esta investigación, es difícil afirmar que esa relación sea generalizada y inequívoca. De hecho, la reflexión de las mujeres que entrevistamos, sobre sus trayectorias de vida, no parte de ese vínculo que mencionamos. Ellas no expresan que sus problemas tengan que ver con que en la misma ciudad haya personas que, como ellas, tienen antecedentes de consumo similares, pero viven mejor por contar con un mayor ingreso, con empleo o por recibir mejor educación.

7 El índice o coeficiente de Gini es una medida para determinar la desigualdad que se expresa en valores entre 0 y 1. Cuando todos los sujetos de la población tienen el mismo ingreso, la igualdad perfecta, el valor será igual a 0; mientras que, si un sujeto concentra todo el ingreso y los demás no tienen ingreso, la desigualdad perfecta, el valor en la escala de Gini será igual a 1. También puede ser definido como el cociente de las diferencias entre la equidistribución y los valores de la curva de Lorenz (Medina, 2001).

En cambio, sí dan cuenta de que sus recorridos de consumo están mediados por las carencias que tuvieron y que tienen, sin importar que alguien más nunca las haya tenido.

Reducir o disminuir las privaciones socioeconómicas en las que viven estas mujeres puede constituirse como un paso necesario para reducir la desigualdad. Esto depende, sin embargo, de que los deciles o quintiles de mayores ingresos no aumenten la brecha con respecto a los demás, ya que, en ese escenario, así haya una reducción dramática de la pobreza, no se disminuirá la desigualdad.

Para algunos de los teóricos más importantes en la materia, la desigualdad socioeconómica es un concepto esencialmente comparativo (Deaton, 2015; Milanovic, 2019; Garay & Espitia, 2019; Cárdenas, 2009). Bien sea entre Estados, individuos, deciles o quintiles, siempre se expresa en una escala gradual en la que hay unidades que tienen mayor ingreso, mejor educación o mejores servicios de salud, en comparación con otras que no. También, dada esta particularidad, es muy frecuente encontrar que, cuando se estudia la desigualdad, surgen gráficos y correlaciones que pretenden explicar cómo la desigualdad puede ser causa o efecto de otros fenómenos sociales.

Es necesario leer este libro como la descripción profunda de un caso, como la narración de un punto de una de las gráficas usadas para describir la desigualdad o la pobreza. Este punto puede representar al decil con menores ingresos en cualquier país de Latinoamérica, a Colombia en comparación con los países de la OCDE y, de forma especial, a las mujeres con respecto a los hombres. Este punto, representado a través del concepto de desigualdad horizontal, será abordado en profundidad en los capítulos siguientes.

Para caracterizar las condiciones socioeconómicas desfavorables y la desigualdad socioeconómica, se usarán algunos de los efectos de la desigualdad descritos por Wilkinson & Pickett (2010). De forma puntual, se utilizarán el grado de escolaridad, la posibilidad de contar con vivienda —bien sea propia o arrendada— y tener o no empleo. Estos factores permiten agrupar los testimonios de las mujeres en torno a situaciones muy tangibles y, a la vez, son elementos que guardan un vínculo con la desigualdad⁸.

8 Estos dos últimos indicadores no se encuentran en el trabajo de Wilkinson & Pickett de forma directa, pero han sido explorados

Hay un buen número de investigaciones cuantitativas en las que se asocia la desigualdad socioeconómica con el aumento en la prevalencia de consumo de drogas ilícitas y alcohol (Henkel, 2011; Galea, 2007; Case & Deaton, 2020). La metodología es similar en todos los casos: a través de encuestas, evalúan la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en el último mes, en función de algún efecto de la desigualdad, escolaridad (Atilola, Ayinde & Adeitan, 2013; Bello, 2019; Galea, 2007) o empleo (Henkel, 2011; Nahelhout, 2017), para concluir que la desigualdad, ejemplificada en el menor ingreso monetario (Nahelhout, 2017; Bello, 2019) o en el nivel de escolaridad de los padres (Bello, 2019), está asociada, de manera significativa, con el uso problemático de drogas⁹.

Los estudios evalúan, en esencia, los efectos del alcohol y del cannabis, de las drogas de prescripción (sin detallar cuáles) y de una categoría denominada «otras drogas» que no se describen en detalle, pero puede deducirse que se trata de las drogas ilegales diferentes a la marihuana, como los derivados de la hoja de coca y de la amapola. Dentro de estos se encuentran el bazuco y la heroína: justo las sustancias que más protagonismo tienen en este texto.

Sin embargo, en todos ellos, la conclusión está delimitada por el cruce de estas variables y no exploran a fondo las razones que las motivan, ni tampoco las historias de las personas que las encarnan. Por

por otros autores que correlacionan la desigualdad monetaria con peores condiciones educativas o con menor acceso a condiciones laborales. De igual forma, Wilkinson & Pickett, en el capítulo referente a la movilidad social, dan cuenta de cómo condiciones óptimas de empleabilidad se reflejan en la posibilidad de vivir en mejores condiciones que las generaciones precedentes y así mejorar las condiciones de vivienda.

- 9 Por ejemplo, en el texto de Atilola, Ayinde y Adeitan (2013) se determina, por medio de una regresión multivariada, que hay una asociación significativa bidireccional entre el mal desempeño académico —uno de los principales efectos de la desigualdad de ingreso— y la prevalencia de consumo de drogas en los jóvenes de Nigeria. En el texto de Galea (2007), se determina, por medio de un análisis bivariado, que existe una asociación significativa ($p=0.004$) entre vivir en un barrio con desigualdad educativa y el consumo de marihuana en el último mes. Los textos de Nahelhout (2017) y de Henkel (2011) hacen revisiones sistemáticas en las que no se especifican los métodos estadísticos de los textos citados, aunque la conclusión general es que se encuentra asociación, sin dimensionar su magnitud, entre crisis económicas, desempleo y uso de drogas ilícitas.

medio de encuestas y regresiones, la caracterización de los detonantes de las desigualdades, los factores que las perpetúan o las acciones que las autoridades pueden poner en marcha para mejorar la vida de las personas resultan incompletos. Los relatos entregan explicaciones y propuestas únicas que, con dificultad, pueden construirse solo con investigaciones cuantitativas.

Por último, en los Estados con ingresos medios y bajos, muy pocas investigaciones con enfoques cualitativos extrapolan sus conclusiones de manera diferenciada para hombres y mujeres. Esto hace que el vínculo entre pobreza, desigualdad, consumo de drogas y género no esté detallado. El presente trabajo tiene por objetivo, a partir de la experiencia de las mujeres de Pereira y Dosquebradas, contribuir a esta discusión al explorar cómo las condiciones socioeconómicas desfavorables y el consumo problemático de drogas están relacionados.

Metodología

Para dar cuenta de las barreras socioeconómicas, corporales, espaciales y de salud integral que enfrentan las mujeres usuarias de drogas de Pereira y Dosquebradas, las autoras usamos un enfoque cualitativo. El objetivo era conocer las experiencias de las mujeres en torno al consumo de drogas y la relación con su trayectoria de vida y con las condiciones socioeconómicas en las que crecieron y en que se encuentran.

Para ello, diseñamos un instrumento que recogía cinco bloques de información: 1) los datos personales y el contexto familiar; 2) las condiciones socioeconómicas determinadas por indicadores como la escolaridad y el empleo; 3) los derechos sexuales y reproductivos; 4) las características del tipo de consumo de drogas; y 5) y las condiciones de salud¹⁰. Había preguntas cerradas y abiertas, por lo que la técnica usada fue la entrevista semiestructurada, que incluía, además, un formato de consentimiento informado¹¹. Así mismo, puesto que las autoras del texto pertenecemos a dos organizaciones diferentes, una con sede en Bogotá y otra en Pereira, el trabajo de campo estuvo bastante concentrado: la totalidad de las entrevistas se llevaron a cabo en el transcurso de una semana del mes de septiembre de 2019.

10 Ver anexo 1.

11 Ver anexo 2.

Antes de eso, decidimos que cincuenta podría ser un número apropiado de entrevistas para suscitar reflexiones propias a partir de múltiples puntos de vista y, así, relacionar los conceptos de desigualdad, género y uso de drogas. Esta conclusión también resultó del hecho de que la población general de mujeres que usan drogas no es tan grande. Al respecto, estimamos que la población total de usuarios de heroína era de 2.400 personas en 2014, y la proporción de mujeres era mucho menor (Minjusticia, 2015). Así las cosas, aplicamos cincuenta y cinco entrevistas, mediante muestreo de bola de nieve, y pagamos 15.000 pesos a cada persona que dedicó tiempo a hablar con el equipo¹².

Realizamos las entrevistas en Guadualito, en el municipio de Dosquebradas, y en la Plaza de La Libertad y sus calles circundantes, en Pereira. Teméride sugirió estos lugares, ya que en esa zona metropolitana de la ciudad es donde más transitan mujeres que usan drogas. Así mismo, son espacios conocidos para la organización y donde podíamos conversar con relativa tranquilidad.

Algunas mujeres llegaron con prisa a las entrevistas porque tenían otros compromisos o por la ansiedad generada por el consumo reciente de heroína o bazuco. También por su ausencia. En ese sentido, no pudimos realizar todas las preguntas del instrumento a todas las personas. De igual forma, durante los relatos, ellas profundizaban en algunos momentos o situaciones, por lo que el instrumento se volvió más referencial y las entrevistas más dialógicas.

Llevamos a cabo dos jornadas iniciales, la primera, en una tienda que se usa como sala de consumo informal, cerca de las ollas de Guadualito. Por la naturaleza del lugar, la mayoría de los diálogos giraron en torno a la heroína y a las afectaciones diferenciadas del consumo en la salud y en el bienestar socioeconómico de las mujeres. La otra jornada la realizamos en la Plaza de La Libertad, ubicada en el centro de Pereira. Este espacio es reconocido como un punto donde se ejerce el trabajo sexual, entonces, gran parte del diálogo se orientó hacia ese tema.

12 La práctica de una compensación monetaria por el tiempo de entrevista es común en investigaciones de este tipo. Por ejemplo, Stoicescu *et al.* (2019) detallan que se pagaron 5 USD a cada mujer que respondió la encuesta. Esto se hace tomando en consideración el perfil de alta vulnerabilidad y que el tiempo que se toman es tiempo que, posiblemente, impacta en la posibilidad de alimentación y de vivienda de ese mismo día.

El tercer día volvimos a los dos escenarios para hablar con ciertas personas que Teméride conocía y que consideraba importantes para la investigación. Aquí destacamos que muchas mujeres entrevistadas —y hombres que encontramos— eran conocidos por la organización por su trabajo como pares comunitarios en la reducción de daños, lo que, en cierto sentido, nos permitió hacer un trabajo cómodo, con mucha fluidez y apertura.

En los meses posteriores al trabajo de campo, transcribimos las entrevistas y las analizamos con ayuda del software Nvivo 12. La codificación que diseñamos correspondía al instrumento con el que recogimos las preguntas¹³ y, con esta información, construimos la estructura de este texto. Los testimonios que citamos corresponden a los fragmentos que mejor representan un punto de vista, sin que estos sean extrapolables a todos los casos.

Así mismo, reconocemos que las cincuenta y cinco entrevistas no tuvieron siempre la misma cantidad de contenido. Los testimonios que guían el texto no son tan voluminosos como el número de entrevistas que realizamos. Cabe precisar, además, que, editorialmente, hemos decidido mantener los testimonios originales con sus expresiones personales.

En diciembre de 2019, llevamos a cabo un taller de habilidades comunicativas con las mujeres de la Plaza de La Libertad con las que nos habíamos encontrado en septiembre. Si bien en esta jornada no hicimos nuevas entrevistas, funcionó para ampliar la comprensión del contexto y para ver otras formas de garantizar, de mejor manera, los derechos de las mujeres.

Antes de publicar este texto, socializamos un borrador con otras y otros investigadores de Dejusticia y con dos de las mujeres que dialogaron con nosotros. Estas páginas incorporan sus comentarios y sugerencias.

Estructura del documento

Este libro está dividido en cuatro partes. La primera es la puesta en escena. Allí detallamos el lugar, la historia particular y los detalles de la instalación del consumo en estas zonas de Pereira y de Dosquebradas. También, discutimos las maneras en que las mujeres se han insertado

13 Ver anexo 2.

en estos escenarios y las razones por las que se justifica poner la mirada en su uso de drogas. En la segunda, presentamos las voces de las mujeres para detallar las condiciones materiales de vida y las maneras como el contexto se relaciona con las trayectorias de uso de drogas ilícitas. En la tercera parte, más narrativa, analizamos, a partir de las vidas de las protagonistas, las consecuencias que la prohibición, el estigma y la violencia tienen en la cotidianidad. Enfatizamos en los repertorios de agresiones, en la búsqueda de la salud, en los desafíos que enfrentan para gozar de sus derechos sexuales y reproductivos, en el complejo ejercicio de la maternidad y en las dificultades y hostilidades en el tratamiento por el uso de drogas. En la cuarta y última sección ofrecemos algunas conclusiones en clave de las vías posibles que se pueden adoptar para evitar, prevenir y mitigar las violencias que se relatan en estas páginas.

Hay dureza en los relatos que presentamos. Es una dureza que invita a cuestionamientos profundos sobre los impactos de las drogas ilícitas en las trayectorias de vida de las mujeres y niñas, así como sobre la violencia, de la que parece no haber escape en la vida en la calle. A menudo, relatar experiencias atravesadas por el sufrimiento, especialmente cuando se trata de mujeres, parece un llamado a «salvar» a la víctima de los males. En una sociedad con un punitivismo y una represión arraigados en el diseño institucional, sobre todo en la política de drogas, el salto a la prohibición pura y dura es presentado, por algunos sectores, como la solución única para proteger y cuidar.

Sin embargo, como las lectoras y los lectores encontrarán a lo largo del texto, las sustancias no explican la totalidad o la complejidad del sufrimiento que estas mujeres han experimentado. Las drogas entran y salen de su vida, causan daño, exacerbando riesgos en la salud y exponen a formas de violencia de distinta índole. También aparecen y permanecen mediadas por la intención propia, en medio de las búsquedas terapéuticas de alivio al sufrimiento, de la liberación y del placer. Muchos de los efectos graves del consumo son, en gran medida, resultado de la prohibición misma de las sustancias. Esta lleva a altos grados de adulteración, al contacto con estructuras de la ilegalidad para el abastecimiento y a las barreras vitales motivadas por el estigma hacia las drogas. En la misma línea, los episodios de violencia institucional, familiar, policial o sexual son producto de las estructuras patriarcales y de los contextos donde la violencia ocurre. Esta se valida, pero nunca se previene.

Este libro es una invitación a nombrar las experiencias de las mujeres y a construir respuestas sensibles a sus necesidades. Una comprensión amplia, generosa y respetuosa de su dignidad es un punto de partida para políticas de drogas distintas, feministas y enfocadas en el cuidado.



PARTE I. EL ESCENARIO Y SUS PROTAGONISTAS

«La tierra de los sueños podría albergar cientos de personas, y aun, mágicamente, el espacio alrededor seguía creciendo y siempre había lugar para más».

—Sam Quinones
Dreamland

No es casualidad que esta investigación se haya realizado en Pereira y en Dosquebradas, que en estas ciudades haya una población consumidora significativa y que las mujeres tengan maneras particulares de insertarse en estas redes. En esta parte del libro nos referimos a cómo estos lugares han tejido una relación con el narcotráfico y cómo, en los últimos treinta años, el desarrollo del consumo de sustancias psicoactivas tiene una relación innegable con la presencia de actores armados ilegales (paramilitares, carteles del narcotráfico, pandillas locales) y con los conflictos que se han gestado entre ellos.

También describimos el Parque de La Libertad, de la comuna centro de Pereira, y el barrio Guadualito, de la comuna 8, en Dosquebradas, como escenarios centrales de este estudio. En el primero se dibuja un entorno en el que conviven el trabajo sexual¹⁴ y el uso de drogas,

14 A lo largo del texto se utilizan los términos «prostitución», «trabajo sexual», y «explotación sexual». Las autoras son conscientes de que no son, bajo ninguna óptica, términos intercambiables, que cada uno de ellos tiene una connotación distinta y que, además, hay amplios debates abiertos sobre el tema. Los términos se usan, a menudo, según la referencia, por ejemplo, si el autor hace alusión a uno u otro se mantiene, o si los testimonios de las mujeres hablan

residencias para los «ratos», espacios donde conviven mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales, niños, niñas, los clientes y el comercio típico de un centro de ciudad. La heroína que allí se usa proviene, en su mayoría, de Guadualito, al otro lado del río Otún; un barrio con ollas a cielo abierto donde conviven mujeres, hombres, niños, niñas y jíbaros.

A pesar de estar separados por el río, ambos lugares —y las personas que los frecuentan— cargan con un fuerte estigma, reforzado, además, por la noticia cotidiana que narra, con sensacionalismo, la vida de gente y que se queda solo en el titular amarillista.

De la reconstrucción histórica que hacemos en este capítulo hasta 2019, cuando se documentó esta investigación, quedan todas las huellas de la puja social y cultural entre una feminidad controlada, aquella de la casa y el hogar, que se exalta como modelo de conducta y que es heredada de la colonización, en contraste con una vida en la que las mujeres ven en su cuerpo la posibilidad de la subsistencia. Ambos estereotipos son producto del progreso que busca el civismo: el primero se muestra como ejemplo de virtud, el segundo sucede en una economía del placer. Son dos modelos de la idea de lo femenino que viven en tensión.

de trabajo sexual, se conserva esta mención. De cualquier forma, estas complejidades se abordan en más detalle en el capítulo 9.

1. A LOS DOS LADOS DEL RÍO OTÚN

La distancia entre la Plaza de La Libertad, en el centro de Pereira, y el barrio Guadualito, en la comuna 8 del vecino municipio de Dosquebradas, son seis kilómetros. Al uno y al otro los une el curso del río Otún, el emblemático viaducto César Gaviria Trujillo y una historia: la del narcotráfico de los años setenta, la de la llegada de la heroína y la de las mujeres que, con su cuerpo, aún hoy gestionan recursos para sobrevivir o mantener el consumo.

La Plaza se narra a través de sus lugares y de quienes los habitan. En la primera mitad del siglo pasado, cuando el centro de la capital de Risaralda se fue consolidando como zona administrativa, La Libertad pasó a ser el núcleo de abastecimiento: allí llegaban campesinos y campesinas a comercializar sus productos y las galerías, como llamaban a los mercados, eran el paisaje. Cuatro manzanas repletas de abastos, pabellones de carne y vendedores ambulantes se fueron levantando en los alrededores (Ángel Jaramillo, 2013).

Las mujeres que se dedicaban al trabajo sexual, presentes en los relatos sobre la historia de este parque, estaban en las fondas, también llamadas «pulperías», y fueron configurando el lugar (Ramírez Navarro, 2012). La mujer errante, comerciante, independiente, sin familia buscaba de esta manera la supervivencia (Tobón León, 2008). Entretanto, el trabajo sexual en La Libertad se fue mostrando como un fenómeno que resultó de las grandes crisis económicas y sociales que dejaron las guerras civiles, tras las cuales algunas mujeres encontraron, en este oficio, una manera de sobrevivir en los espacios urbanos.

Sobre este tema¹⁵ cabe decir que, durante las décadas posteriores a la fundación de Pereira y durante el proceso de urbanización de la ciudad, el trabajo sexual se sustentó en teorías raciales que inspiran el debate entre la mujer antioqueña y la colonización que se representa en la mujer hogareña y en la mujer migrante¹⁶ que se acoge a este tipo de labor como método de supervivencia.

A finales del siglo XIX, surge un nuevo interés de reforma y de urbanismo representado en el control de la prostitución como especie de política pública y como dispositivo de represión, aunque, de manera silenciosa y solapada, se aceptara para rituales de inicio en la sexualidad y en el uso de alcohol en los jóvenes¹⁷. Era vista, por la gente de clase alta de la época, como una labor que amenazaba la moral y el progreso. Para 1903, la Alcaldía Municipal dicta medidas para su control.

15 El investigador William Mejía Ochoa señala algunas noticias históricas que relacionan la ocurrencia del fenómeno de la prostitución en el hoy llamado Eje Cafetero desde los albores mismos de su poblamiento. Ello insinúa el surgimiento y la evolución tempranos del fenómeno en toda la región, vinculado a los movimientos migratorios y sociales que la conformaron y definieron, incluso desde el siglo XVIII, cuando aún no había entrado el pico de la colonización antioqueña hacia estas tierras, según se desprende de la siguiente cita: «... El destierro ya era utilizado como castigo desde el siglo XVII, mas los gobernantes borbónicos lo utilizaron contra concubinas, vagos y prostitutas, para poblar las nuevas villas. Distintos pueblos del Quindío fueron destino obligado de quienes caían en las garras de los celosos moralizadores de fines del siglo ilustrado».

16 Este término lo acuña y define Elizabeth Tobón León en su investigación *Habitus de la mujer errante en sus rutas nómadas por la ciudad de Pereira* (2008). Ahí distingue a la mujer transgresora y su papel en la sociedad y en la cultura local.

17 Durante el primer período en el que la prostitución es aceptada silenciosamente, esta aparece como un proceso de formación y de canalización de los placeres de las masculinidades de la época. Según Valencia Llano (1996), al interior de las familias antioqueñas, se llevaba a cabo una práctica tradicional, un rito de paso, que determinaba el cambio de niños a adultos en los hombres. Este se conocía como «alargar pantalón». Esta práctica se desarrollaba después de los veinte años; consistía en que el joven adquiría algunas prendas de vestir de adulto y visitaba con su padre, o con alguno de sus tíos, prostíbulos o pulperías en busca de una prostituta que lo introdujera en la vida sexual y en el alcohol, características que simbolizaban su entrada a la esfera pública, a su mayoría de edad y al matrimonio (Valencia Llano, 1996).

En los siguientes años, el proceso de urbanización de Pereira está atravesado, también, por el intento de higienizar la ciudad, de darle orden al paisaje, por ejemplo, a través de comisiones de aseo público en las zonas centrales de la ciudad y, en particular, en las zonas aledañas al mercado local, allí donde se percibía desorden social¹⁸.

Apareció, entonces, la violencia política de la segunda mitad del siglo xx y, con ella, los éxodos humanos desde el campo y de otros departamentos. Desplazados —entre quienes había mujeres viudas, transgresoras, víctimas y aventureras— arribaron con la esperanza de una vida mejor, que les ayudara a superar las pérdidas que dejaban el conflicto y las crisis económicas del sector cafetero.

En «Tiros de gracia» (2010), un reportaje sobre la limpieza social en Pereira, el periodista Juan Miguel Álvarez revela que la ciudad pudo haber recibido cerca de 50.000 campesinos desplazados por la quiebra de la caficultura y por el conflicto armado durante la década de los noventa. Muchos de ellos terminaron alrededor del Parque de La Libertad.

Con esos cambios sociales y económicos, se acentuó el deterioro y el abandono administrativo del parque. El mercado dejó de existir y las viejas casonas de bahareque, allí construidas, se fueron convirtiendo en residencias e inquilinatos de estilo republicano, en donde compartían espacio trabajadoras sexuales, desplazados, vendedores ambulantes y recicladores de basura. La Libertad, en los márgenes del centro de Pereira, parecía el sitio ideal para que se consolidara una frontera social —también llamada «zona de tolerancia»— a la que llegaron el narcotráfico y la autoridad. Esta última, sobre todo con el terremoto de 1999 en el Eje Cafetero, abrió los ojos acerca del riesgo estructural y ambiental del lugar.

Al otro lado del río, el lugar de este estudio, en Dosquebradas, es considerablemente distinto. Este es un municipio pequeño, con poco más de 200.000 habitantes, donde la vida cotidiana transcurre como si fuera parte de Pereira misma. Ahí está el barrio Guadualito, uno de

18 Hugo Ángel Jaramillo, en su libro *Gesta cívica* (2013), explica que: «Civismo puede hacerse individualmente informando a las autoridades o los medios de comunicación masiva, los yerros, los problemas, las carencias que se detectan. No convivir con el conformismo ni la abulia hacia el entorno físico que nos rodea. La ciudad hay que quererla. La indiferencia ciudadana es uno de los factores principales para que las anomalías de la ciudad no se solucionen».

los expendios que abastece al área metropolitana, incluyendo el Parque de La Libertad.

Guadualito es un asentamiento popular que se conforma bajo lo que muchos llaman erróneamente «invasión». Para la década de los setenta se formalizó al independizarse del barrio San Diego. Construyó su propio sistema de acueducto para 1972. El barrio, y también el expendio de drogas que ahí opera, es un ejemplo de las maneras cómo se configuran los espacios de venta y uso de drogas, en este caso, a través del rebusque, la incursión en las economías ilícitas y otras formas de supervivencia. Ya profundizaremos más sobre Guadualito en la siguiente sección, donde ahondamos en la llegada de la heroína.

Por su historia, La Libertad, en los márgenes del centro de Pereira, parecía el sitio ideal para que se consolidara una zona donde se insertaron actores del narcotráfico, pero también la Policía. ¿Y qué es hoy el Parque de La Libertad? Al remitirse a reportes de prensa recientes, todo indica que ese lugar es una especie de Sodoma y Gomorra, en el que convergen todo tipo de irregularidades y de conductas delictivas: «aumento de la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes» (Caracol Radio, 2020); «todo un reino de la esclavitud contemporánea. Un lugar donde delinquir, prostituirse, buscarse la vida es habitual» (El País, 2010); «lugar de riñas con finales fatales» (Caracol Radio, 2019); el parque de los «hurtos e intimidaciones por parte de habitantes de calle» (Caracol Radio, 2016); del «aumento desbordado de vendedores ambulantes» (Caracol Radio, 2020).

Pero esta investigación fue más allá de los titulares y estigmas. La composición del Parque de La Libertad resulta de la sumatoria del olvido y del estigma institucional, de las formas de informalidad que allí se han hincado y de la resistencia de líderes y de organizaciones de la sociedad civil que buscan cambios y un reconocimiento de ese espacio.

En La Libertad se dibuja un escenario en el que hay mujeres que ejercen el trabajo sexual; un segmento importante de ellas usa drogas, y buena parte fuma o se inyecta heroína. La relación entre su trabajo y la sustancia que usan puede ser recíproca en algunos casos: el uso de la heroína las condujo al trabajo sexual y son trabajadoras sexuales para gestionar la heroína.

Hoy, justo al lado de las palmeras que se elevan en el centro del parque, está el Comando de Atención Inmediata de la Policía (CAI) La Libertad. A dos cuadras, también hay una Unidad Permanente de

Justicia (UPJ). Toda una infraestructura para garantizar la seguridad. Sin embargo, en la mayoría de las entrevistas a mujeres trabajadoras sexuales que aplicamos para esta investigación, las que transitan o habitan el parque se muestran renuentes a la intervención institucional, relatan episodios de acciones hostiles por parte de las autoridades e, incluso, hablan de agresiones en su contra y de expulsiones arbitrarias para «limpiar» el parque¹⁹.

La presencia de la iglesia La Valvanera, al costado derecho del parque y donde ocurrió el acto de fundación de Pereira, ni pone ni resta. La Corporación Teméride, por ejemplo, ha buscado acercamientos con las autoridades eclesiales vecinas del parque para posibles alianzas, pero nunca ha logrado que estas autoridades faciliten un espacio de sus instalaciones para que las mujeres se encuentren, dialoguen o reciban formación.

La presencia de trabajadoras sexuales, habitantes de calle y vendedores ambulantes alimenta la idea de que el parque y sus alrededores son peligrosos; lo mismo el hecho de que la comuna Centro, donde se ubica La Libertad, haya sido una de las tres con mayor número de homicidios en la ciudad entre 2012 y 2018 (Pereira Cómo Vamos, 2019).

Lo cierto es que allí, frente a un CAI, convergen todo tipo de economías y de actividades ilícitas: desde la venta de autopartes hurtadas y el tráfico de menores de edad, hasta el microtráfico y el consumo de sustancias declaradas ilícitas (marihuana, pegante, bazuco y heroína). En el medio, como vecinas, como observadoras, como víctimas, como usuarias, están las trabajadoras sexuales de La Libertad. En ese punto, en el uso de drogas por parte de mujeres que ejercen este oficio, el parque se conecta, de forma irremediable, con el barrio Guadualito.

19 La desconfianza en las instituciones del Estado no es exclusiva frente a la Policía, sino que parece ser más generalizada. En el curso de la finalización del libro, en medio de la pandemia por el coronavirus y en el marco de un litigio estratégico para garantizar el ingreso solidario, las autoras buscaron hacer partícipes a algunas de las protagonistas del libro. La gran mayoría declinó la invitación. Resignadas, decían que «eso no servía de nada».

2. LLEGA LA HEROÍNA, Y TAMBIÉN LA RESPUESTA COMUNITARIA

En los últimos treinta años, los conflictos entre los carteles del narcotráfico del Valle y de Antioquia, el paramilitarismo regional y las pandillas que se coluden con expendios de drogas se ubican, de forma representativa, en los dos lugares que acabamos de describir.

Aunque la llegada de la heroína a Colombia se dio a comienzos de los años noventa, su historia de consolidación en ollas de Guadualito no tiene más de quince años. En su trabajo de maestría en Periodismo de la Universidad de Los Andes, *Los heroínos del Otún* (2020), el antropólogo Miguel Botero describe la empresa de producción y de tráfico de amapola y de heroína creada por Iván Urdinola, uno de los fundadores del Cartel del Norte del Valle. Con información que obtuvo de Eisenhower Zapata, excoordinador de la Unidad de Restitución de Tierras de Risaralda, Botero explica que Dosquebradas, y también Pereira, contaban con los ingredientes para convertirse en uno de los siete focos de distribución y de consumo de heroína que registra Colombia²⁰, como se detallará a continuación.

Por un lado, estos dos municipios estaban conectados con las rutas de tráfico de los cultivos de coca y de amapola de Cauca y de Nariño. Risaralda comparte frontera con Chocó, exactamente en la cuenca del río San Juan, una de las rutas importantes del narcotráfico por el Pacífico. A su vez, entre Pereira y Cartago, capital del Cartel del Norte del Valle, hay apenas 40 minutos de distancia y, de ahí al Cañón de las

20 Para más información sobre los siete lugares, ver Pereira-Arana & Ramírez-Bolívar (2019).

Garrapatas, epicentro del cultivo de coca y de amapola en el Norte del Valle, el camino es de apenas hora y media.

Entretanto, la fuerza humana necesaria para sostener la cadena de distribución de la sustancia estaba dada. Con la recesión económica de 1999, cuenta Botero (2020), el éxodo de risaraldenses a otros países creció y, entonces, había más personas dispuestas a servir de transportadoras —conocidas como «mulas»— para trasladar heroína, y más jóvenes con familias desintegradas dispuestos a sumar las filas de las pandillas encargadas del microtráfico. El impacto económico de la crisis en la sociedad de Pereira y la precariedad a la que se enfrentaban muchas familias propició el arraigo de una economía ilícita.

En 2010 salía a la luz pública la preocupación por el uso de esta sustancia, novedosa en el mercado regional. Las ollas de Pereira y de Dosquebradas ofrecían, ahora, heroína que venía sumando adeptos desde hacía ya cinco o seis años. En medio del uso de esta nueva droga, se da una oleada de intoxicaciones que fueron registradas por la prensa local y que se reportaron a los servicios de salud. Para aquel entonces, el Centro de Atención en Drogas de Risaralda hacía seguimiento a sesenta heroínómanos.

Según datos de la Policía, que aparecen en un artículo del medio digital pereirano *La Cola de la Rata* (2017), entre 2002 y 2016, hubo 937 incautaciones de heroína en los barrios de la comuna 8 de Dosquebradas; 331 tuvieron lugar en Guadualito. Esta cantidad fue superior a los decomisos de otras sustancias, como bazuco o marihuana, situación que, hasta entonces, ni siquiera se había presentado en Pereira.

Esta dinámica de violencia se asocia a las disputas de las redes de tráfico de drogas, al paramilitarismo en desmonte en la región y a la proliferación de pandillas por cada comuna. Esto sin contar con el fenómeno del narcotráfico que, tras la captura del exjefe Carlos Mario Jiménez, alias *Macaco* (quien dominaba, para el año 2001, el expendio de droga de las localidades de Dosquebradas, La Virginia y Cartago, en el Norte del Valle), desató un conflicto bélico entre las pandillas constituidas en estos mismos sectores. Muchos de estos grupos estaban constituidos por el bloque Héroes del Sur, desmovilizado en Guática (Risaralda), por milicias urbanas de las guerrillas de las FARC y del ELN, y por paramilitares desmovilizados del Bloque Cacique Nutibara, de las AUC, que se alojaban en los barrios Guadualito, Guamo, Los Pinos y Martillo, en Dosquebradas (Herrera Parra, 2012).

En esta etapa del tráfico de drogas surge el «control de barrio» como una de las iniciativas independientes de pandillas que se apoderan de los barrios, como ocurrió en Guadualito. Los Chukis, una banda independiente, defendió a sangre y fuego el montaje del expendio en Guadualito, que se enfrentaba al tradicional negocio del bazuco en San Diego y en El Martillo, barrios vecinos.

A través de La Cordillera —un cartel de narcotráfico— no solo se maneja la comercialización de cocaína y el expendio de bazuco en las denominadas ollas, sino que, además, se coordina el negocio de las oficinas de cobro, de «jóvenes prepago» y del boleteo de comerciantes. «Muchos transportadores reconocen que deben pagar vacunas para acceder a zonas como Villa Santana, La Estación y Cuba, en Pereira, o los barrios Camilo Torres, San Diego, El Martillo, entre otros, en Dosquebradas», dijo un comerciante de Pereira, a quien recientemente le secuestraron la moto y debió pagar un millón de pesos por su rescate. De acuerdo con informes de entidades cívicas que estudian el tema, esa amalgama de negocios ilícitos mueven cerca de \$300 millones de pesos mensuales (Semana, 2008).

La llegada de la heroína implicaba una alerta por las redes del narcotráfico que las controlaban, así como por el riesgo en salud pública que conlleva. Además de posibles intoxicaciones, sobredosis e incluso la muerte por consumo de la droga, se prendían las alarmas por el contagio de VIH, hepatitis B o C y su posible salto a población no usuaria.

Mientras tanto, la violencia asociada a las disputas de redes de tráfico de drogas, el paramilitarismo en desmonte en la región y la proliferación de pandillas hervían en lugares como Guadualito. A ello se sumaba que ahí vivían y operaban desmovilizados de las Autodefensas Unidas de Colombia, miembros de milicias urbanas de las entonces guerrillas de las FARC y del ELN y bandas independientes originadas allí (Herrera Parra, 2012).

Guadualito, y en general los barrios de la comuna 8 de Dosquebradas, además de ser epicentros de la distribución en esa región, también se convirtieron en corazón del consumo de heroína. Entre cañaduzales abandonados o en obras públicas inconclusas se abren ollas a cielo abierto, espacios donde muchas y muchos intentan, a toda costa, escapar del amure, de esa sensación insoportable y dolorosa de necesitar una próxima dosis y no tenerla. Allí, el intercambio y alquiler de agujas y jeringas ha sido un riesgo mayor. El uso de agua no potable para diluir

la heroína o la falta de un torniquete adecuado para inyectarse también encienden las alertas.

Algunas viviendas de Guadualito también sirven como una especie de salas de consumo, es decir, espacios donde, a cambio de una suma de 2.000 o 3.000 pesos, se puede consumir en un lugar relativamente seguro, blindado de la posible persecución policial y social. La violencia policial y la discriminación de la que son objetos las y los usuarios los hacen buscar sitios donde con dificultad pueden encontrarlos, violentarlos y juzgarlos. Con mezcla de ingenio y solidaridad, estos experimentos sociales, ahí, al lado de la olla, emulan las salas de consumo supervisado, o las salas de inyección segura pioneras en Canadá (Kerr *et al.*, 2017) y Alemania (UNAIDS, 2018) que se muestran como el más alto estándar de atención y cuidado a población que usa drogas, especialmente por vía inyectada.

Pero en la historia de Guadualito y de Pereira, en su historia con la heroína y con otras sustancias, apareció, con el tiempo, un nuevo actor: la sociedad civil. Esta se muestra inquieta por las barreras de atención en salud que atraviesan los usuarios y por el daño que se causan con prácticas de consumo riesgosas para su cuerpo, su mente y sus círculos familiares o comunitarios. Pese a la negativa de dirigentes políticos y de expertos en salud —que entonces se referían a los programas de reducción de daños como a una motivación para consumir más heroína—, organizaciones como Teméride impulsaron una estrategia revolucionaria, cuyo éxito ya era evidente en otras latitudes, como Portugal (Escobar Roldán, 2019).

Para relacionarse con los usuarios, entregaban de un kit que contenía jeringas y agujas limpias, agua destilada para diluir la heroína, algodón con alcohol, un torniquete y preservativos. El momento de la entrega del kit se usaba como excusa para brindar información sobre transmisión de enfermedades, rutas de atención en el sistema de salud y conexión con programas de tratamiento para quienes lo buscaran. Todo esto, a cambio de sacar de circulación las agujas usadas y de garantizar que los usuarios comprendieran sus derechos y que tuvieran prácticas menos dañinas frente a la sustancia.

De paso, esta tarea puso en evidencia las barreras en la atención en salud de las personas que se inyectan drogas y la incapacidad de responder a la atención particular de mujeres usuarias. En la dispensación de jeringas, las organizaciones de la sociedad civil llevaron a la práctica

lineamientos nacionales e internacionales en materia de gestión del riesgo y los daños por el uso de drogas inyectables, congelados en el plan de respuesta al VIH 2013-2017. Así mismo, contribuyeron a desempolvar la evidencia en la materia para crear una respuesta comunitaria que activara el uso de los servicios de salud para trastornos por uso de sustancias, VIH y hepatitis C.

En ese contexto, a lado y lado del río Otún, el cambio se fue dando con los programas de reducción de daños. Allí, en Guadualito y en La Libertad, las mujeres trabajadoras sexuales que usan heroína u otras drogas, e incluso aquellas que no lo hacen, parecen tener una nueva conciencia sobre las sustancias, sobre sus derechos, sobre su salud y sobre las redes que entre ellas pueden tejer para su bienestar. De eso hablan las cincuenta y cinco mujeres que dieron sentido a este documento.

Al situarnos en el lugar, en los procesos de poblamiento y en las personas que lo habitan, se hace evidente que hay una relación entre la marginalidad y el déficit de condiciones materiales de Guadualito, así como el vínculo con actores armados que se insertan en los expendios, constituyéndose en la opción de empleo y de movilidad social para los jóvenes del barrio. Las políticas de drogas, incluyendo las de prevención y atención al consumo, deben tener en cuenta estos contextos materiales de precariedad económica que, más allá de las sustancias mismas, dan pistas sobre las oportunidades que busca una generación completa.



3. SUBVIRTIENDO ROLES Y DESAFIANDO NORMAS: MUJERES Y USO DE DROGAS

Allí, en Guadualito, dialogamos con algunas mujeres en salas de consumo improvisadas²¹. Estos lugares, que en el barrio suelen instalarse en sótanos, habitaciones, salas, corredores o solares, sirven como una especie de blindaje para que usuarios y usuarias consuman bajo techo y sin los riesgos de la calle y de la violencia policial. Aunque la infraestructura es precaria y los espacios no tienen la ventilación adecuada, estos espacios, por los que sus visitantes pagan, deberían invitar a las autoridades de salud a actualizarse en este estándar de política pública que muestra excelentes resultados en el mundo y que, en Guadualito, es una iniciativa comunitaria.

De hecho, en una de estas salas, nos acercamos a Sandra Lorena, una mujer de 51 años que fuma «H» por ocio, para ocupar el poco tiempo libre. Obtiene dinero de la manutención de su hija, que vive en España. Sandra Lorena trabaja, está al cuidado de su nieta de 3 años y de otros niños del vecindario donde vive. También, hace labores

21 Los escenarios de consumo de drogas suelen llamarse «sopladeros», «fumaderos», «chutiaderos» y «hueleaderos». Sus nombres están asociados a las formas callejeras que describen la vía de administración de sustancias. En su mayoría, son sopladeros o fumaderos por el uso oral y de fumado de sustancias como el bazuco y la heroína, por ejemplo. El término «sala» es un remedo de los escenarios controlados para uso de drogas anclados a programas y a políticas de reducción de daños en el mundo. En Colombia, son una suerte de servicio comunitario y una iniciativa de los expendios y de las familias que habitan en estos lugares para reducir la presencia de personas que usan drogas en el espacio público y, a su vez, minimizar el conflicto social que de ello se deriva.

domésticas. De estas actividades obtiene un ingreso con el que se acostumbró —y se vio obligada— a vivir.

Las conversaciones fueron amenas, francas y abiertas; algunas más difíciles y dolorosas que otras. En la fluidez de muchas charlas, se entreveían los lazos de confianza que se han construido con la Corporación Teméride desde hace años. Hugo y Angélica, sus líderes, y coautores de este libro, son conocidos por llegar siempre con algo a estos espacios: kits, naloxona o noticias sobre el proceso para expedir los documentos de identidad.

Allí, en una sala de consumo, Gloria Elena nos contó que fuma «H» y «bazuco». Dice que este último «es lo suyo». A diferencia de Sandra Lorena, se inyecta «H». También pasa de los 50 años y la actividad económica con la que asegura su subsistencia, y la de su padre, que es su red de apoyo, está en los bares y en la venta de «puntos»²² al menudeo en la calle.

Mujeres y reducción de daños

Luego de escucharlas, nos preguntamos: ¿qué hay de distinto entre el uso de drogas por parte de una mujer y por parte de un hombre? ¿Por qué el trato y las miradas hacia ellas parecen distintos cuando usan drogas? ¿Qué consecuencias tiene el uso de drogas en su cotidianidad? ¿Cómo ha moldeado la calle sus experiencias?

Las intervenciones en política pública frente a las experiencias que viven mujeres como Gloria Elena y Sandra Lorena son aún más escasas que la documentación misma sobre la realidad de las mujeres que usan drogas. La antropóloga española Nuria Romo afirma que, parte de la preocupación sobre el uso de drogas y la masculinidad tiene que ver con los impactos sociales, como delincuencia, pandillas y violencia que generan preocupación en la opinión pública y, por ende, reciben más atención e intervenciones específicas (Drogas & Género, 2020).

La forma en que las mujeres se involucran en estos espacios se percibe como esporádica; pero cuando se materializa, ellas se conciben como desviadas, como perdidas. En consecuencia, los modelos de atención que existen privilegian la experiencia masculina. Ni la reducción de daños, ni el tratamiento por uso de sustancias tienen un enfoque de

22 Cigarrillos de marihuana.

género. A lo sumo, depende del personal que presta la atención que se haga énfasis en las necesidades particulares de las mujeres.

Sin embargo, los orígenes de la reducción de daños se relacionan con las visiones sobre lo femenino y el uso de drogas. En los años veinte del siglo pasado, comenzó a configurarse lo que sería después conocido como el «sistema británico». Este hace referencia al enfoque de atención para el uso de drogas. En esencia, este sistema involucraba la prescripción de opioides por largos periodos de tiempo a personas que sufrieran de dependencia. Fue considerado en su tiempo, y aún hoy, como revolucionario y humanitario. Se presentó en el reporte de la Comisión Rolleston de 1926 que sentó las bases del tratamiento a las adicciones y sirvió como antecedente para lo que hoy se conoce como reducción de daños. El profesor inglés, Toby Seddon, argumenta que figuras femeninas como cantantes, coristas, bailarinas y otras mujeres del mundo del espectáculo, asociadas a muertes trágicas por uso de drogas, fueron centrales en el desarrollo de este discurso alrededor del tratamiento. Sorprendentemente, ellas fueron centrales en lo que se podría denominar como «la prehistoria de la reducción de daños» (Seddon, 2008).

Las transformaciones del discurso sobre las drogas estaban profundamente relacionadas con el género, justo en un momento de la historia en que las mujeres comenzaban a ocupar el espacio público y a ser más visibles. En este proceso de liberación, ellas se involucraron en la vida pública y en el consumo, lo que provocó una contrarreforma que anhelaba esa «pureza» de la feminidad. Seddon (2008) señala que esto se vinculó, también, con la incipiente consolidación del estado de bienestar que invocaba la «normalización» de sujetos que se consideraban «anormales» —como las mujeres que usaban drogas— a través de intervenciones directas sobre la esfera individual. Entonces, si bien la reducción de daños está basada en principios loables que han llevado a que se respete la autonomía de quienes usan drogas, su discurso también ha tenido un tono moralista que apela a la regulación y al adoctrinamiento de los cuerpos de las mujeres.

Por suerte, hoy la reducción de daños se aleja mucho de estas lógicas intervencionistas. Por el contrario, uno de sus puntos cardinales es proteger la autonomía individual y las decisiones sobre el propio cuerpo para mejorar los hábitos y, como consecuencia, la calidad de vida. En todo caso, sigue en deuda un enfoque sensible al género, que reconozca

las vivencias particulares de las mujeres. Por ejemplo, en salud, las rutinas de atención para las que usan drogas se suelen activar solo cuando alguna está en embarazo; el resto son invisibles, y la visibilidad es para vigilar y castigar. Es decir, la preocupación suele estar centrada en el feto, pero no en la mujer. Como señala la socióloga inglesa, Elizabeth Ettorre, esto ocurre porque las mujeres se vuelven «contenedores letales de fetos» (Ettorre, 2004).

Mujeres que retan los roles

Las protagonistas de este texto han sido sometidas al escrutinio de familiares, profesionales de la salud o simples transeúntes, pues las decisiones que han tomado sobre sus vidas y sus cuerpos van en contra de lo que, socialmente, se ha asignado a quienes habitan un cuerpo feminizado. Se las tacha moralmente de ser «malas madres», se las condena por hacer uso de su sexualidad, y se las juzga por no cumplir con el mandato del cuidado o la reproducción. Son castigadas por el sistema con exclusión y discriminación.

Las mujeres a las que aquí hacemos referencia eligieron experimentar sensaciones placenteras, momentos fugaces de bienestar, en medio de una realidad opaca. «...Las preocupaciones, la situación como está... es como lo que me jala a pasar más relajada en medio de la traba de la marihuana, me relaja a mí... entonces eso es lo que muchas veces busco yo, el refugio en eso...», dice María Jennifer, una de las mujeres entrevistadas.

Por lo general, la relación entre las mujeres, el uso de drogas y la calle se origina en una serie de privaciones, de malos tratos y de pobreza, acompañada de la fuerza, y de la violencia física y psicológica representada en eventos como golpes y maltratos —algunos en la infancia y en la adolescencia, y otros en la edad adulta— perpetrados por hombres en calidad de padres y de cuidadores. Esto se ve reflejado en el relato de Leidy: «...Cuando estuve en la calle sí, de los hombres que están por ahí a la madrugada, tres veces pasaron en la calle... cuando estaba niña con mi padrastro también... tíos, me han manoseado... le contaba a mi papá y a mi mamá a contarles y no me creían...». En dichos eventos, también incurrir mujeres, madres o cuidadoras que no solo agreden a sus hijas o dependientes, sino que incluso las llegan a explotar sexual y comercialmente.

Las investigaciones indican que las mujeres que sufrieron abusos en la infancia tienden a consumir considerablemente más sustancias ilícitas que las que no los sufrieron. En un informe de la National Evaluation Data Services (Servicios de Datos para la Evaluación Nacional) de Estados Unidos, se señala que, entre las estadounidenses con problemas de consumo de sustancias, el 90 % ha sufrido abusos sexuales por lo menos una vez en su vida, y el 50 % ha sufrido abusos físicos por lo menos en una ocasión. Aunque en Colombia no tenemos datos robustos sobre este problema, las historias de este libro nos permiten sugerir que, a nivel nacional, hay un patrón similar.

Esta evidencia, desconocida a menudo en las narrativas y en los lugares comunes de la política de drogas, permitiría incorporar miradas más complejas sobre realidades que se perciben como desconectadas. La comprensión de las relaciones entre el uso de drogas en mujeres y los entornos de violencia y falta de oportunidades, persiste como una deuda en la sociedad colombiana.

4. REDES DE APOYO: SALVAVIDAS EN MEDIO DE LA SOLEDAD

El apoyo, un bien a veces inexistente para estas mujeres, se teje en los contextos donde habitan, en los lugares donde encuentran servicios de atención y allí donde están sus familias de origen o esas que han construido. La permanencia o la ausencia de redes de sostenimiento, sobre todo las familiares, está mediada por el consumo. Hay mujeres a quienes ese círculo les exige la abstinencia; a otras, se les respetan sus decisiones; y están las que rompieron ese lazo por el maltrato o la discriminación que experimentaron. Para ellas, las redes de apoyo aparecen, entonces, en la calle, entre pares que experimentan lo mismo y buscan solidaridad.

Sin embargo, es importante reconocer que, tomar decisiones a edades tempranas, en entornos donde prima la violencia, en soledad, sin información suficiente y sin oportunidades reales, lleva a elecciones limitadas. Tener una red de apoyo puede ser un factor que ayude a que haya menos opresión en las vidas de estas mujeres.

«Yo no cuento con nadie porque mi mamá mantiene muy enfermita y yo no le digo nada, qué “pecao”, sufre con verme por acá sentada. Entonces uno sufre en silencio», cuenta María Yulieth, una de las mujeres entrevistadas. «Usted tiene que aprender a defenderse usted misma, porque o si no, se la lleva el que la trajo. Mi red de apoyo soy yo misma, yo [me] mantengo sola», añade María Fernanda, otra de las mujeres con las que hablamos.

Muchas manifestaron tener redes que se activan, principalmente, cuando necesitan a alguien que cuide de sus hijos, que les preste servicios de salud o que supla algunas necesidades básicas, como comida y un lugar para dormir. Pero ¿quiénes son esas personas que aparecen

como una especie de salvavidas en sus historias de dolor, de consumo y de soledad?

Amigas y pares

Entre las redes de apoyo mencionadas durante esta investigación, encontramos que son las amigas o compañeras de parche —ya sea del lugar de consumo o del sector donde ejercen la prostitución— con quienes se construye una relación de solidaridad y de beneficio mutuo: cuando a una le va bien, le ayuda a las demás. Son relaciones de cuidado mutuo, más que de amistades consolidadas. El lugar de permanencia o de cotidianidad, en palabras de Milanese *et al.*, se configura como un vínculo y como una posibilidad: «es sentido y signo (...) nuestro ser en el mundo se mueve en un espacio/tiempo definido por las relaciones, por las redes de relaciones que nos unen, a nosotros y al otro, al tiempo» (2009, p. 39).

Al preguntarle a Jorge Andrés²³ sobre su red de apoyo, respondió: «Mis parceras a veces me dan la liga cuando les va bien. Yo también, cuando me va bien, le doy la liga a las parceras, pero familia no». A Luis no le gusta tener pareja y manifiesta que, a pesar de tener una relación «superbuena» con su familia, no los considera parte de su red, pues viven en otra ciudad y los ve una o dos veces al año.

Peppa, otra de las entrevistadas, nos cuenta que su red de apoyo es casi una estrategia de cuidado donde todas están atentas a las demás: «Claro, acá todas mantenemos muy pendientes de todas. Yo, por ejemplo, me voy con un man en un carro y ya cualquiera de acá tiene vista la placa, entonces sí somos muy, muy unidas en ese sentido».

Ya sea para ser cuidadas en medio de emergencias, para estar alerta ante situaciones de peligro, para completar lo del día en un rebusque difícil o para acogerse entre sí por la similitud de experiencias de vida, las mujeres que transitan la calle y la olla tejen formas de solidaridad entre sí.

23 Jorge Andrés es una mujer trans que, para este ejercicio de investigación, prefirió usar el nombre que aparece en su documento de identificación.

Contexto familiar

Si bien el consumo de sustancias psicoactivas puede llegar a convertirse en el eje central de la vida de las mujeres entrevistadas, no quiere decir que el resto de los aspectos de esta sean anulados. Es decir, muchas de ellas pueden asumir compromisos económicos y de cuidado en sus familias, como lo expresa Lida Patricia, una de las entrevistadas:

Yo soy la que ayudo a mi mamá y a mí. Hace poquito, mi marido estuvo ayudándome a mí, me ayudó por ahí un mes y se tiró al ruedo, y ya está otra vez en la calle. A mí me habían quitado a mi hijo y entonces ya lo recuperé, y estoy con él, pero la tía me lo quiere volver a quitar, entonces ahí estoy en ese proceso, porque yo soy drogadicta, pero yo no soy cochina; yo soy drogadicta, pero no se me olvida que tengo un hijo. Entonces yo creo que yo merezco tener mi hijo, porque lo que hago yo, no lo hace cualquier persona.

Precisamente ese contexto familiar puede brindar protección y apoyo, pues posibilita un entorno de seguridad y de tranquilidad donde la situación de consumo no implica un rechazo o abandono por parte de padres, hijos y hermanos. En los momentos en los que se asume el ingreso a un tratamiento para el consumo de SPA, las redes familiares juegan un papel importante en las diferentes modalidades. La historia de Gloria Elena refleja lo importante que es para ella contar con su padre, a pesar de que hasta el momento nunca se ha planteado dejar el consumo:

... él me aconseja mucho y todo, pero ya. Yo se lo digo a él directamente y como es: «Pa, lastimosamente yo el vicio no lo voy a dejar». Él siempre me da la vivienda y la comida, ya lo demás, «ajústese usted, porque yo pa vicio no le voy a dar». Si ve una necesidad o algo acude conmigo al hospital, ya lo del vicio me toca es buscármelo a mí, pero él me apoya, que más que me da la vivienda y la comida. Nunca me saca a la calle que porque soy viciosa

Para otras mujeres, como Geraldine, el apoyo de su mamá ha sido fundamental, pues nunca ha tenido que estar en la calle ni ha sido rechazada en su casa. Además, cuando tiene problemas, la madre trata de ayudarla, ya sea que esté enferma, amurada o con problemas de la calle:

Yo vivo con mi mamá y el marido de ella, ella siempre me ha apoyado, gracias a Dios no me ha dejado tirada porque o si no, ¿cómo estuviera? Yo duermo en la casa, pero muchas veces me amanezco en la calle por ahí andando uno para arriba y para abajo y consiguiendo pa la traba.

Entre la variedad de condiciones que encontramos, están, en el panorama, aquellas familias ausentes que, a pesar de estar cerca geográficamente, están lejos de sus vidas, ya sea por el consumo en sí mismo o por las situaciones que lo rodean, como la prostitución, las actividades delictivas o la vida en calle. Así lo describe Yuli:

Yo no los quiero, ah, a los niños sí, pero a mi mamá no y a mis hermanos tampoco. Porque ellos siempre me hacen venir de donde yo estoy bien pa decirme que me van a ayudar, y cuando me vengo me empiezan a ayudar y luego me tiran, quedo peor de lo que estaba, viendo que donde estaba, de donde me hicieron venir estaba bien. Entonces no la quiero, a mi mamá, porque mi mamá es muy interesada. A ella solamente le gusta la plata y ya, cuando yo voy con plata me atiende bien, «mija, ay, ay, ay». Cuando no, ni comida me guarda (llanto) y ya.

Contar con una red de apoyo familiar hace una diferencia considerable en la vida de estas mujeres. Abre la posibilidad de poder llegar a dormir a casa cuando no alcanza el rebusque; o de tener que dormir en la calle cuando las puertas están cerradas. Pero también es claro que, en otros casos, la relación con la familia se tuvo que romper porque era el origen de la primera violencia y no había una alternativa distinta a huir.

Parejas

Para toda mujer, la construcción de una familia pasa por decisiones fundamentales, como la vida en pareja, la convivencia, la reproducción y asumir los roles convencionales asignados a este género. A su vez, estas elecciones están condicionadas por las realidades de cada una, por el tipo de personas de sus entornos, por los afectos que se generan, por las condiciones materiales —como tener un lugar para vivir y donde sentirse segura—, y por adoptar papeles, como el de convertirse en «ama de casa» o en madre. En muchos casos, estas decisiones se toman por otros factores que van más allá de los propios deseos.

Para las mujeres que hicieron parte de esta investigación, ha habido situaciones en las que, por ejemplo, tener una pareja puede significar un apoyo económico y/o emocional, o un factor que lleva al consumo de drogas o a recaídas, sobre todo cuando estas dejan de ser parte de sus vidas. Al preguntar por sus parejas, encontramos relatos muy diversos.

Para Johana Andrea C., la disyuntiva de tener o no pareja pesa, y tiene la expectativa de que cuando su pareja salga de la cárcel, ella tendrá el apoyo suficiente para dejar las drogas:

Yo tengo pareja, pero es como no tener, porque está encanado. Él consumía bareta, porque ni cigarrillo consumía, y él a mí no me dejaba consumir vicios. La relación con él es bien, yo le pido mucho a mi Dios que me le dé la libertad pa que mi vida me cambie otra vez y dejar estos vicios. Él está en la 40 [cárcel de hombres de Pereira]. Yo voy cada ocho días a visitarlo.

En el caso de María Adriana, la pérdida de su pareja fue el detonante para el consumo. Ella es una de las entrevistadas, que inició el consumo de drogas más tarde, justo en el duelo por la ausencia de su pareja de veinticinco años:

Antes de que el viejo muriera, yo no consumía nada, ni el cigarro, yo odio el cigarro. Yo lo armo: un poquito de bareta, poquito cigarro y el polvo, y ya, empecé aburrida, aburrida porque los hijos ya están hechos y derechos, ya hombres, cada uno trabaja y se sostiene. Pero uno solito ya sin la pareja se ve a gatas. Yo decía, yo prefiero que se vaya con una mujer y no que se vaya al cielo, y yo decía: Señor, discúlpame si es malo pensar así, yo amé mucho a mi esposo porque veinticinco años para soportar y para irse.

A pesar de encontrar algunos casos en los que las exparejas les siguen brindando a las mujeres un apoyo incondicional y les permiten estar con sus hijos, también se dan relaciones mediadas por algún tipo de condicionamiento. Como en el caso de Yuli V., se espera algo a cambio. Ella se sentía reprochada y acomplejada por los comentarios del padre de su hijo sobre su apariencia física:

Quedé en embarazo de mi segundo niño. Tuve el apoyo del papá de él, que es un ingeniero eléctrico. Me puso todo, me dijo que me pagaba una vivienda, que tin y que tan, entonces yo estuve esos cuatro años juiciosa. Recaí, porque él tiene 58

años de edad y entonces yo me engordé mucho, entonces él empezó a reprocharme que cómo estaba de gorda, como tin como tan, entonces ya como por evadir y por recaer. Mi disculpa fue que me sentía reprochada que porque estaba gorda, entonces yo me acomplexé por eso y volví y recaí.

A través de los testimonios de las mujeres que entrevistamos es palpable la importancia de tener con quién contar, de tener a alguien que sea apoyo y motivación, de apoyarse en afectos comunitarios, de pareja o familiares. Como lo mostramos en los siguientes capítulos, las redes de apoyo, en muchos de los casos, hacen que la vida valga la pena, incluso en contextos hostiles. Sin embargo, en muchas otras ocasiones, estas se nublan por las muchas capas de violencia que cubren a las mujeres que usan drogas en Pereira y en Dosquebradas.

PARTE II. POBREZA, ENTORNO Y TRAYECTORIAS DE CONSUMO

«Estoy cansado de este ser mediocre, sin porvenir y sin confianza en el porvenir, de este ser al que tengo que forzosamente llamar “yo”, puesto que no puedo separarme de él. Me obsesiona con sus tristezas y sus penas; lo veo sufrir y ni siquiera soy capaz de consolarlo».

—Marguerite Yourcenar
Alexis o el tratado del inútil combate

En esta parte, tras mostrar el lugar donde transcurre la vida, buscamos mostrar cómo transcurre la vida. Para este fin, acudimos a los testimonios que dan cuenta de las condiciones socioeconómicas en las que crecieron y en las que actualmente se encuentran las mujeres que entrevistamos.

En primer lugar, abordamos las condiciones de precariedad socioeconómica que han incidido en la vida de las mujeres y cómo estas se relacionan con su uso problemático de drogas. Hablamos a partir de tres formas de caracterizar la precariedad económica de una población: 1) el acceso a educación; 2) el empleo y la capacidad monetaria; y 3) las condiciones de vivienda actuales y pasadas. La conclusión general de este apartado es que, a mayores niveles de precariedad socioeconómica, ejemplificados en peor ingreso, habitabilidad de calle y deserción escolar a muy temprana edad, más difíciles de mitigar serán los riesgos asociados al uso problemático de heroína y bazuco, y viceversa.

Posteriormente, partiendo de las trayectorias de las mujeres en el inicio de uso de drogas, se ahonda en la relación entre experiencias adversas en la infancia y entornos vulnerables para explorar la manera cómo los factores de riesgo pueden explicar el desarrollo de un consumo problemático, así como la influencia del trauma temprano en el uso de drogas como automedicación.

Exploramos las trayectorias de inicio en el consumo a través de distintos niveles de redes que lo propician, lo fuerzan, o lo naturalizan: la influencia del barrio, hermanos y hermanas, parejas, clientes, amigos y amigas. Invocamos testimonios que dan cuenta de cómo las relaciones de pareja, los traumas relacionados con la pérdida y el duelo de personas queridas fallecidas, la curiosidad conjugada con la disponibilidad de drogas o el placer provisto del amor que se entreteje, en medio del consumo, han moldeado las experiencias de vida de las mujeres y son importantes para aproximarse al fenómeno de forma más completa. Esta comprensión de los factores estructurales es un llamado a ir más allá de las sustancias en los abordajes de salud, incluyendo los de prevención, con el fin de retrasar la edad de inicio, entender el trauma como parte de la ecuación y el papel que juegan las sustancias como alivio o sustento en unos mundos rotos.



5. CRECER Y VIVIR EN MEDIO DE LA POBREZA

En varios círculos académicos, expertas, expertos y organizaciones reconocen que el uso problemático de drogas debe abordarse desde una perspectiva de salud pública (Csete *et al.*, 2016). Los enfoques de salud para abordar cualquier fenómeno social parten de la premisa de que la salud de un individuo se determina en función de las condiciones materiales de vida y de las relaciones sociales que se ostentan (Segura, 2020). Si bien en Colombia el uso de drogas no está criminalizado, persisten barreras institucionales, sociales y culturales que impiden que el enfoque de salud pública se materialice para las personas que usan drogas.

El consumo de heroína, por ejemplo, no impacta de forma exacta a una persona habitante de calle y a una persona de clase alta, por ejemplo (Case & Deaton, 2020). Puede que la sustancia, sus efectos y su impacto sean similares, pero los cuerpos y los contextos, moldeados por las condiciones materiales de vida, son totalmente diferentes. Por ello, para entender de forma diferenciada la experiencia de una persona con respecto a la otra, es necesario dimensionar el concepto de precariedad socioeconómica.

Como se mencionó en la introducción, se han de pensar la precariedad socioeconómica y el uso problemático de drogas cómo un círculo o ciclo vicioso (WDR, 2020). En el imaginario colectivo, hay muchos casos en los que se narra la historia de personas de niveles socioeconómicos medios o altos que, después de consumos problemáticos de drogas, se vieron inmersos en la pobreza; y, también, de personas que, debido a contextos de dificultad socioeconómica, reflejada en bajos niveles de educación, en nutrición inadecuada y en falta de empleo, comenzaron procesos de usos problemáticos de drogas. En todo caso,

una vez inmerso en el círculo, un factor alimenta al otro y dificulta la búsqueda de tratamiento y la reducción de la pobreza.

Esta conceptualización atraviesa las historias de todas las mujeres entrevistadas en Pereira y en Dosquebradas. Desde su perspectiva, se podría afirmar que las condiciones materiales de vida llevaron al consumo problemático, pues, a raíz de una infancia difícil, salían a temprana edad de sus casas con el objetivo de buscar un futuro mejor o de escapar de contextos violentos. En este tránsito, se encontraron con mayor frecuencia con las drogas, cuyo uso sin control deterioró su salud y las condiciones económicas en las que se encontraban.

Por otro lado, en muchos de los relatos, el uso problemático ha empeorado la vida de las mujeres, ha afectado su salud y ha implicado un gasto constante que es muy difícil de sostener bien sea por posibilidad de obtener dinero por medio del rebusque o por las circunstancias de violencia que rodean el trabajo sexual.

En ese sentido, las privaciones socioeconómicas y el consumo problemático de drogas ilícitas son fenómenos que se producen mutuamente y afectan, de diferentes maneras, el goce de los derechos humanos de las mujeres. Es necesario partir de la premisa de que nuestro trabajo no busca representar a todas las mujeres usuarias de drogas de Pereira y de Dosquebradas, pero sí reproducir los relatos de las que transitan por Guadualito y la Plaza de La Libertad que recogen, de manera precisa, qué implica el consumo de heroína y de bazuco en contextos de precariedad socioeconómica.

A continuación, se expondrán los relatos a través de tres indicadores de precariedad socioeconómica, también determinados como efectos de la desigualdad para Wilkinson & Pickett (2010): 1) la educación; 2) la capacidad monetaria y el trabajo; y 3) las condiciones de vivienda (actuales y pasadas).

Educación

Según el Boletín Técnico de Pobreza Monetaria del DANE (2019), los perfiles del jefe de hogar que presentan mayor incidencia de pobreza están relacionados, entre otros factores, con tener un nivel educativo bajo. La incidencia de la pobreza, cuando el jefe del hogar no es bachiller, es del 46,8 %.

La principal meta del cuarto objetivo de desarrollo sostenible de la ONU, que se refiere al acceso a la educación de calidad, es garantizar que, para 2030, todos los niños y niñas terminen la enseñanza primaria y secundaria, puesto que la educación es un factor clave para mejorar la movilidad socioeconómica ascendente y reducir la pobreza.

Así mismo, hay investigaciones que determinan una asociación entre la desigualdad —medida a través del índice de Gini— del barrio donde se vive y la exacerbación de usos problemáticos de drogas, dimensionados por el aumento de la prevalencia del consumo de alcohol y de marihuana (Galea, 2007). También, la relación entre usos problemáticos en la adolescencia y las dificultades para finalizar la secundaria o el bachillerato, eventualmente, impactará de manera negativa en la movilidad social ascendente delimitada por la incapacidad de acceder a empleos mejor remunerados (Tomzyck, 2016).

Las mujeres objeto de esta investigación son conscientes de las barreras que resultan de la falta de educación. Con tristeza, muchas narran la imposibilidad de continuar sus estudios por dificultades económicas, por la carencia de ingreso de sus padres y por los contextos de vivienda que esto conlleva, o porque tuvieron que responsabilizarse del cuidado de sus hermanos y hermanas menores y de las tareas del hogar a muy temprana edad por el hecho de ser mujeres.

El siguiente fragmento corresponde al testimonio de Johana Andrea, una mujer de 37 años que consume heroína y marihuana y se dedica al trabajo sexual. Tiene dos hijos que ya son mayores de edad y su trayectoria de consumo de heroína comenzó siendo adulta, a raíz de que una amiga le compartió esta sustancia sin informarle del efecto de abstinencia que generaba. Su uso se tornó problemático desde que asesinaron a su esposo. Por esa misma situación, y para poder sostener a sus hijos, se tuvo que dedicar al trabajo sexual. Al preguntarle por su nivel de escolaridad, Johana Andrea relató:

Estudié hasta séptimo. Yo he repartido hojas de vida, demasiadas, pero no lo llaman a uno. ¿Qué hacen ellos con las hojas de vida? Van y la tiran a la basura y ven la que tenga más recomendaciones. Tiene que tener uno recomendaciones, tiene que tener actuales trabajos buenos y como yo no terminé mis estudios ahí queda uno. Yo solo estudié hasta séptimo. Mi papá no me pudo dar más estudio, pues porque venían ya las otras niñas más pequeñas a estudiar, entonces ya nos tocaba

que salirnos a nosotras [las mayores], y quedarnos en la casa cuidando a las pequeñas y las otras a estudiar.

La respuesta de Johana Andrea es similar a la de otras mujeres que tuvieron que abandonar sus estudios a muy temprana edad, pues tuvieron que comenzar a trabajar para mantener el hogar, se tuvieron que hacer cargo de su familia o porque la violencia, en muchas ocasiones de sus propios padres y madres, las sacó de sus casas.

Su visión corrobora la de académicos que conciben que, a menor escolaridad, mayor marginalidad en las condiciones de trabajo y de vivienda (Becker, 1964; Sacks, 2006). Sin embargo, de acuerdo con los datos de otras entrevistas, las mujeres no necesariamente asocian su nivel educativo con la exacerbación de problemas derivados por el uso de drogas o con sus problemas económicos. En gran medida, porque todas ellas vieron como una necesidad imperante trabajar por encima de estudiar.

Las cuatro mujeres con menores niveles de escolaridad viven en arrendamiento o en casa propia, mantienen a sus hijos e hijas o ya los criaron; las que consumen heroína, se encuentran en tratamientos de sustitución con metadona; y las demás controlan el consumo de otras sustancias. Esta es la situación de Lady Johana, que es técnica en enfermería. Si bien no se dedica a su profesión, vive en arrendamiento junto con su esposo y sus hijos. Sus problemas se derivan de las afectaciones en salud por la heroína, mas no del contexto donde vive. Si bien reconoce que la heroína ocupa una parte significativa de sus gastos, puede sostener su consumo con su trabajo.

Todos los otros casos de las mujeres lograron acabar bachillerato o abandonaron los estudios después de haber acabado la primaria son una amalgama que va de sexto a once. No hay un patrón claro según el cual se pueda decir que la escolaridad influencia en su situación económica de forma directa. En general, las que se dedican al trabajo sexual y al rebusque, pueden vivir, intermitentemente, con condiciones básicas. Hay algunas mujeres bachilleres que viven en la calle, mientras que otras, que apenas pudieron completar la primaria, viven en arrendamiento con sus familias.

Gran parte de las entrevistadas reconoció que hubiera querido seguir estudiando. Obviaron, en los relatos o en las reflexiones sobre la propia vida, que las causas de su deserción escolar estuvieron mediadas,

en gran medida por su sexo, pues las mujeres jóvenes debían asumir el papel de cuidadoras de la familia; también, que la posibilidad de haber terminado el bachillerato o de haber accedido a educación universitaria, hubiera impactado directamente en su situación económica y que habría podido reducir los problemas asociados al uso de drogas.

Capacidad monetaria y trabajo

El desempleo aparece como un efecto de la desigualdad y como un indicador claro de precariedad socioeconómica (Dom, 2016; Nagelhouth, 2017). Es decir, a mayores tasas de desempleo, mayor desigualdad y pobreza entre la población. Sin embargo, aunque el indicador puede resultar acertado para analizar la realidad colombiana, no da cuenta de que, aun sin empleo, con un ingreso constante proveniente de auxilios familiares o del propio Estado, una persona desempleada puede vivir en mejores condiciones que otra con trabajo. Por ello, este apartado no solo se referirá al trabajo, sino a la posibilidad de contar con un ingreso constante que pueda garantizar el cumplimiento de las condiciones mínimas para vivir dignamente.

En casi todas las entrevistas, las mujeres identificaron una relación directa entre el dinero y el bienestar. Por más obvio que resulte, tenerlo, bien sea producto del trabajo o de la donación de parte de familiares, amigos y transeúntes, es un factor clave para vivir mejor. Tenerlo o no determina si se duerme en la calle, el acceso constante a comida, la posibilidad de mantener a los hijos y de tener un suministro estable de drogas.

El siguiente testimonio corresponde a Teresa, una mujer de 60 años que conocimos en el Parque de La Libertad. Ella es de Pereira, tiene diez hijos y «conspira» haciendo mandados para mantenerse. Fue una de las entrevistas más extensas, pues su historia comprendía un lapso mucho más prolongado que el de las demás mujeres. Además, ejerció el trabajo sexual en múltiples lugares de Colombia y del Caribe y tiene una visión muy completa sobre las relaciones de poder que se tejen en los espacios de consumo. Esto respondió a la pregunta «¿Cómo se consigue el dinero para las drogas?»:

Yo putiaba, mami. Imagínese que yo viajé a Aruba, Curaçao, Surinam, Panamá... Yo era pa que tuviera plata... y en Panamá un *short time*, un rato con el hombre valía 30 USD... y un

taquiao, un cigarrillo de bazuco valía 20 USD. Entonces yo me hacía un rato y me compraba un taquiao y quedaba iniciada y para tener más, me tocaba volver a otro *short time*. La vida mía fue, hija... pero la droga no me dejó conseguir plata, esa es la verdad. Viví en San Andrés Islas seis años. Allá me quedé embalada porque no hacía sino fumar todo lo que me conseguía... me lo fumaba, me lo fumaba, y nunca conseguía el pasaje para venirme... la droga es tan berraca, mami, la droga es muy berraca...

El relato de Teresa recoge un problema común para las mujeres usuarias de drogas en contextos de privaciones económicas: sufragar la droga, en este caso el bazuco o la heroína. Es una carga periódica que se lleva gran parte de los ingresos. A ella le tomó seis años poder ahorrar el dinero para comprar un tiquete de regreso a Pereira, no porque no ganara dinero, sino porque los ingresos se desvanecían.

Además, debido a las condiciones de precariedad laboral colombianas, muchas mujeres se dedican al trabajo sexual para garantizarse un mínimo vital, pero si su consumo de drogas aumenta, también aumenta el porcentaje de dinero que tienen que invertir en ellas. En especial, teniendo en cuenta que por ser un bien ilegal, no circula con facilidad, no se regala ni se cambia. En la mayoría de los casos se debe pagar en efectivo y hay poca posibilidad de regateo.

De esta manera, un aumento en el consumo influye directamente en la estabilidad financiera de las mujeres y, así, este limita aún más el ejercicio pleno de sus derechos, puesto que los gastos relacionados con vivienda, alimentación, salud o recreación se verán disminuidos en función de la capacidad de tener ingresos o del aumento del precio de la droga. Además, en el caso de la heroína, se entra en un círculo sin fin: se necesita dinero para comprar la dosis y no sentir los síntomas y, si no se logra, llega el amure que incapacita totalmente para trabajar o para rebuscarse la vida. Esto sin mencionar que, a mayor consumo, también aumentan los problemas de salud relacionados y sufragar los gastos médicos inesperados implicará agotar los pocos ahorros con los que se cuente.

Cuando se tiene una fuente de ingreso estable, determinada por un trabajo formal o por el apoyo económico de un familiar, los problemas relacionados con el consumo se tornan más manejables, pues hay un

acceso estable a la sustancia y la posibilidad de consumirla en contextos más seguros; y, ante una emergencia médica, hay más probabilidades de atención hospitalaria. En últimas, a mayor estabilidad del ingreso, mejor calidad de vida de la persona que usa drogas.

Condiciones de vivienda pasadas y actuales

El tercer efecto de la desigualdad, y marcador de la precariedad socioeconómica que se aborda, es el acceso a vivienda. Contar con un espacio para descansar, que tenga servicios públicos básicos y que brinde intimidad es un factor clave para mejorar la calidad de vida de las personas. Para hacer el indicador extensivo a otros aspectos que fueron observados, se hablará, también, de la influencia de los lugares de expendio y de consumo —las ollas— y de la prisión.

El siguiente es el testimonio de Diana Marcela, una mujer de Dosquebradas. Tiene 19 años y usa heroína desde los 13. Su hermano se la dio a probar y, desde entonces, ha tenido ciclos de consumo problemático y de habitabilidad de calle intermitentes. Tiene un hijo de tres años que cuida su mamá y espera que, tan pronto deje de consumir heroína, pueda volver a vivir a tiempo completo con él. Diana Marcela tiene una excelente relación con su familia, que conoce su consumo y que procura hacer lo que puede para ayudarla. Esto respondió después de preguntarle cada cuánto va a su casa.

Donde mi mamá, así cada 3 días, pero donde mi hermana todos los días gracias a dios. Ella me abre la puerta a la hora que sea, me da comida a la hora que sea. Eso es una ventaja muy grandotota pa mí. ¡Tener uno las puertas abiertas y dónde meter la cabeza! Lo peor es uno dormir en la calle y despertar uno y que le roben todo lo que tenga.

Una parte significativa de las mujeres que entrevistamos es habitante intermitente de calle. Es decir, si el dinero lo permite, pueden vivir en habitaciones de hoteles o en residencias; pero si no hay dinero, están habituadas a pasar la noche a la intemperie. Algunas, como Diana Marcela, tienen la posibilidad de, ocasionalmente, pasar la noche o tomar alguna comida en casa de sus familiares. Otras tienen un lugar fijo para vivir. Todas reconocen, como ventaja, la posibilidad de contar con un techo, en especial si se consideran los riesgos asociados a la violencia ejercida contra ellas por ser mujeres o por ser consumidoras de drogas.

La relación con la calle no se circunscribe a la actualidad; en muchas mujeres siempre ha estado presente. Desde muy niñas distinguían las prácticas de los lugares de consumo, a tal punto que estos espacios y estas acciones se tornaban cotidianos. Así narra Evelyn, una mujer que ha procurado tratamiento en varias ocasiones, la influencia de su barrio en su inicio en el consumo de heroína:

Yo vivía en la casa de mi hermano, en donde vendían la heroína cuando estaba pequeña. Entonces, desde muy, muy, muy pequeña yo siempre vi a la gente inyectándose y las agujas. Entonces, yo crecí con esa curiosidad en mi cabeza y cuando los vi que lo estaban haciendo yo les pedí y me dieron. Era más por curiosidad en esa época.

Para Evelyn, y para otras mujeres que crecieron cerca de expendios, estos contextos fungieron como detonantes de los primeros consumos. Hoy en día, su presencia dentro de ellos bien sea en tanto espacio de vivienda o de paso, dificulta, de sobremanera, la búsqueda o la adherencia a tratamientos para la heroína.

Vivir en un contexto donde hay consumo de heroína dificulta la reducción de los daños de la sustancia o dejarla, en especial para todas las personas que se encuentran en tratamiento de sustitución con metadona²⁴. Según las investigaciones que dan cuenta de los barrios con mayores privaciones socioeconómicas, en estos están ubicadas la mayoría de las ollas y también, en estos, hay mayor número de muertes por sobredosis (Gotsens, 2011; Rowe, 2016). Esto es de la mayor relevancia al prevenir de estas muertes, pues estas son reversibles con naloxona, medicamento antagonista de los opioides. A pesar de que en Colombia hay lineamientos del Ministerio de Salud (Minsalud, 2017) para su disponibilidad en entornos comunitarios, a la fecha es imposible conseguirla para distribuirla donde realmente se necesita: en la calle.

24 El estándar de tratamiento para la dependencia a la heroína es lo que se conoce como terapia asistida con medicamentos, o mantenimiento con opioides. Consiste, básicamente, en un tratamiento farmacológico, con opioides de calidad farmacéutica, como la metadona o la suboxona, con el objetivo de reducir o de eliminar los efectos adversos del síndrome de abstinencia y poder dejar de consumir heroína (Pereira y Ramírez, 2019, pp. 52-54).

El siguiente relato es el de Lida Patricia, una mujer de 19 años que usa heroína hace tres años y que ejerce el trabajo sexual con el objetivo de brindarle un futuro mejor a su hijo de 5 años. Ha estado vinculada oficialmente al programa de sustitución con metadona de Pereira, pero no ha conseguido adherencia por los costos del transporte hasta el lugar donde se suministra. Por esta razón, y porque, paradójicamente, sale más barato, ha comenzado a comprar la metadona en la olla para tratarse. Sin embargo, reconoce que:

No me sirve, porque yo me compro una metadona para dos días y vengo acá (a la olla) y me pica el culo y me compro la bolsa... Entonces no me sirve tener que venir a comprar metadona así... a mí me serviría es el tarro²⁵.

Por ello, de ser posible, el tratamiento de sustitución con metadona debe procurar que la persona no tenga acceso a la heroína, ni a contextos donde se consume. Sin embargo, ¿cómo se puede lograr esto si las mujeres viven o deben trabajar en las ollas?

Este punto es un ejemplo de cómo los contextos influyen en la imposibilidad de buscar tratamiento o en el empeoramiento de la salud derivado del uso incontrolado. Este factor debe ser una necesidad imperiosa en términos de política pública, puesto que está comprobado que la metadona disminuye el uso de heroína, aumenta la posibilidad de obtener trabajo (en un 27 %, en el caso de estudio), fortalece los vínculos familiares y disminuye las posibilidades de ingresar a una cárcel (Ward & Mattick, 1992).

Un espacio que atravesó la vida de algunas de las mujeres que entrevistamos, y que transitan en estos lugares, es la cárcel. Esta situación no es particular de Pereira y de Dosquebradas, sino de toda Latinoamérica (Caicedo, 2017; WOLA, s. f.). Es un factor importante que da cuenta de cómo algunas de las instituciones estatales pueden contribuir al aumento de la desigualdad, ya que imposibilitan el acceso a trabajos formales después de la estadía en prisión.

25 El tarro hace referencia a contar con un número de dosis suficiente para no tener que sufragar gastos de transporte a diario, ni tampoco frecuentar los espacios donde se consume heroína para comprar la metadona. La posibilidad de contar con un suministro quincenal o mensual de metadona podría fortalecer la adherencia al tratamiento.

La Chapa, una mujer víctima de trata de personas y de explotación sexual desde los 13 años, estuvo privada de la libertad, pero en la reclusión no tuvo ninguna atención al consumo, y lo retomó a la salida.

Los relatos de las mujeres que han estado privadas de la libertad dan a entender que, después de la prisión, se repiten los ciclos anteriores: continúan ejerciendo trabajo sexual —porque es el medio de subsistencia más accesible y el inmediatamente disponible— y, tras eventos traumáticos, retoman sus fases de consumo, que habían sido interrumpidas, sin terapias de sustitución y de forma abrupta en la cárcel, lo que, además, da cuenta del poco componente resocializador de la prisión.

A partir del anterior recorrido, se pueden esbozar varias conclusiones. En primer lugar, un ingreso monetario constante reduce los riesgos asociados al consumo de drogas, pues asegura un acceso estable a la sustancia, la posibilidad de consumirla en contextos más seguros y, ante una emergencia médica, se tiene una oportunidad para obtener mejor atención hospitalaria.

En el mismo sentido, la falta de ingreso se percibe como el principal obstáculo para mejorar la condición socioeconómica de las mujeres usuarias de drogas. El dinero es un activo imprescindible para garantizar el uso de drogas y un mínimo vital. Por ello, las mujeres acuden a la forma de trabajo más cercana a sus posibilidades. De allí que gran parte se dedique al trabajo sexual, aunque no quisiera hacerlo.

En virtud de que la sustancia se convierte en una prioridad, el aumento de su uso implica un incremento del ingreso o la reducción en otros gastos. Lograr mejorar el ingreso es sumamente difícil. Así, en la mayoría de los casos, disminuye el dinero que puede ser invertido en servicios de salud, en educación e, incluso, en la subsistencia. Por ello, la problematización del consumo lleva, también, a la exacerbación de la pobreza (Zhang, 2014).

En segundo lugar, y considerando que gran parte de las mujeres que entrevistamos creció en condiciones de precariedad económica, muchas no pudieron continuar sus estudios por tener que trabajar desde muy jóvenes, bien sea en labores del hogar y del cuidado, o en otros oficios, incluyendo el trabajo sexual. Si bien ellas no identifican, de forma directa, la relación entre usos problemáticos de drogas y su nivel de escolaridad, esta asociación ha sido descrita a profundidad en otros

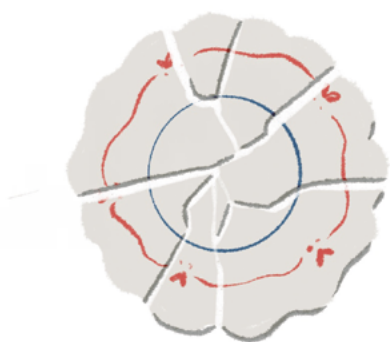
contextos. Así, para reducir la pobreza y la desigualdad es fundamental disminuir la deserción escolar.

Por último, contar con un espacio de habitación, incluso de forma intermitente, reduce los riesgos del uso de drogas en la calle. En especial, los que tienen que ver con la violencia ejercida contra las mujeres, incluyendo todos los episodios de violencia sexual, asunto que se abordará más adelante.

Además, lugares como las ollas o las prisiones pueden empeorar las condiciones socioeconómicas de las mujeres que usan drogas. Los primeros, en virtud de que dificultan la adherencia al tratamiento y podrían llevar a recaídas, puntualmente con respecto a la heroína; y los segundos, porque condicionan la empleabilidad de las mujeres una vez recobran su libertad. Esto, eventualmente, puede desembocar en recaídas en ciclos de consumo problemático y, a su vez, en un impacto en el ingreso y en las condiciones de vida de las mujeres.

La precariedad socioeconómica y su relación con la desigualdad, dimensionada en el nivel de escolaridad, la informalidad laboral, las condiciones precarias de vivienda y la habitabilidad de calle exacerban los problemas derivados del uso de heroína y de bazuco en las mujeres. Así mismo, el uso problemático impide la movilidad social ascendente, ya que representa un gasto constante que debe ser sufragado a cualquier costo. De esta manera, no se pueden mejorar las condiciones de vivienda y ni acceder a la poca oferta educativa y laboral que hay.

El uso problemático de drogas y la desigualdad conforman un círculo vicioso en el que un fenómeno alimenta al otro de forma continua. Por ello, la oferta institucional debe enfocarse no solo en prevenir las enfermedades y en gestionar los tratamientos relacionados con el primero, sino en reducir las condiciones de pobreza en la que viven las mujeres, de tal forma que las condiciones materiales no sean un detonante en la problematización del consumo, aun si la disponibilidad de las drogas es abundante.



6. EL ROMPECABEZAS DEL RIESGO: TRAYECTORIAS DEL CONSUMO Y FACTORES DE VULNERABILIDAD

Placer, dolor, escape, alivio y curiosidad son algunas de las sensaciones que describieron las mujeres en sus relatos sobre el inicio en el consumo. En algunos casos, las drogas «aparecen», como de la nada, en sus vidas. En otros, estas siempre estuvieron ahí, en la vida de un familiar cercano, en la cuadra, en el barrio. En esta sección se profundizará en los caminos de inicio del consumo y se contrastarán estas experiencias con lo que dice la literatura sobre factores de vulnerabilidad para el consumo problemático. Se analizarán, según sus relatos particulares, algunos tipos de trayectorias²⁶.

De las cincuenta y cinco mujeres entrevistadas, diez no dieron información sobre la edad de inicio en el consumo. En el grupo restante, de las cuarenta y cinco cuya información está disponible, la edad promedio fue de 19 años, pero, ciertamente, el grueso se concentra en el rango de entre 13 y 18 años, donde se encuentra el 44 % de las mujeres entrevistadas, como se puede observar en la siguiente tabla. Entre la adolescencia y la juventud temprana se ubica más de la mitad de las experiencias de inicio en el consumo. Esto coincide con las tendencias globales, pues esas son las edades de experimentación. Tal como resalta UNODC en el reporte global de drogas para el año 2020, la población

26 Este texto no se ocupa de ahondar en los debates epistemológicos, teóricos y prácticos sobre adicción/consumo problemático/dependencia, pues escapa el objetivo y el alcance. Para conocer más sobre los debates recientes y las implicaciones de cómo se formula el asunto del uso de drogas, ver Pereira y Ramírez (2019, pp. 46-54).

de entre 18 y 25 años concentra mayores porcentajes de consumo de drogas ilícitas²⁷. En segundo lugar, se concentran las experiencias de inicio en la adultez temprana, entre los 19 y 30 años. Es importante señalar, además, que nueve mujeres tuvieron un inicio muy temprano; dos de ellas reportaron haber comenzado a consumir a los 8 años²⁸.

Tabla 1. Edad de inicio en el consumo de sustancias ilícitas²⁹

Rangos de edad	No. de mujeres	%
8 a 12 años	9	20%
13 a 18 años	20	44.4%
19 a 30 años	10	22.2%
31 a 50 años	6	13.3%
Total	45	100%

Fuente: elaboración propia a partir de información tomada de las entrevistas.

El tipo de población abordada por esta investigación, como se señaló en el apartado metodológico, se concentra en un grupo de mujeres con distintos grados de consumo problemático³⁰. Por esta misma razón,

- 27 Estos patrones de concentración de uso de drogas no aplican tan solo al caso de las drogas ilícitas. En la Encuesta de Consumo de 2013, se afirma que el uso perjudicial de alcohol estaba concentrado en jóvenes de entre 18 y 25 años.
- 28 De este grupo, que constituye el de un inicio de consumo en la infancia, hay dos que comenzaron como niñas, a los 8 años; dos a los 10 años; tres a los 11 años; y dos a los 12 años.
- 29 Se propone esta separación por franja más temprana de inicio hasta antes de la adolescencia, la adolescencia, la adultez temprana y la adultez.
- 30 Hay varios términos para referirse a comportamientos similares: consumo problemático, dependencia a las sustancias, adicción, etc. Cada uno de ellos tiene un trasfondo en la literatura, así como significados sociales y médicos distintos. En el caso de la adicción, es un término que las mismas redes de personas que usan drogas recomiendan no usar por la carga social que tiene (INPUD & ANPUD, 2020). En el caso de la dependencia a las sustancias, se critica, puesto que se usa como si fuera intercambiable con la adicción, y no necesariamente lo es. Una persona puede ser «dependiente» de su medicamento, pero no presentar comportamientos destructivos o compulsivos asociados (Szalavitz, 2016, p. 152). A lo largo del texto, se intercambian los términos, pero cada uno de ellos tiene un contenido cargado e implicaciones específicas.

se advierten, en sus trayectorias, algunos elementos de la evidencia sobre uso de drogas. El hecho de que 29 de 45 mujeres hubieran comenzado a consumir antes de la mayoría de edad es una señal de alarma. La literatura especializada indica que, para el caso del cannabis, el riesgo de desarrollar un consumo problemático es del 9 %, pero este aumenta a 17 % si se inicia el consumo en la adolescencia, de acuerdo con estudios de Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia (UN, 2020).

Entre más temprano se den las primeras experiencias, es mayor el riesgo de desarrollar consumos problemáticos o de afectar el desarrollo neurológico. Hay evidencia significativa de que el uso de sustancias psicoactivas —legales o ilegales—, en la adolescencia, presenta un riesgo en el desarrollo de dependencia o de consumo problemático. Por ejemplo, quienes iniciaron el consumo de cannabis en la adolescencia (antes de los 18 años) fueron cuatro veces más propensos a desarrollar un consumo problemático que quienes iniciaron en la adultez³¹ (Chen *et al.*, 2009).

Además, en la adolescencia, se toman decisiones basadas en procesos de razonamiento que privilegian el beneficio inmediato y subestiman el riesgo. Todo ello explica los peligros muy altos, sin mucha consideración de los efectos negativos que puede tener esta decisión (Szalavitz, 2016, p. 158). Esta, además, representa un placer a menudo indescriptible, cuya sensación se persigue el resto de la vida: se vuelve un placer inalcanzable. En palabras de Francy, «uno lo hace bregando a sentir lo que sintió la primera vez y nunca lo vuelve a sentir».

Por otro lado, con respecto al segmento de población de entre 19 y 30 años, se debe advertir que una proporción grande de consumo, en este grupo, no es necesariamente motivo de alarma. En este periodo de la temprana adultez, hay mayor experimentación con diversas actividades, incluyendo el uso de sustancias, pero esto no implica un inevitable enganche con drogas ilícitas hacia la adultez. Quienes experimentan a esa edad, posteriormente abandonan. De hecho, hay estudios que han mostrado que la mayoría de las personas que prueban drogas ilícitas, renuncian al consumo al llegar a los 30 y sin necesidad de tratamiento alguno (Heyman, 2013).

Los datos y la evidencia disponibles sobre trayectorias de uso y de desarrollo de consumo problemático son muy escasas en el caso

31 En este estudio, la única excepción al aumento de riesgo en el consumo adolescente fue la de los alucinógenos (Chen *et al.*, 2009).

colombiano. Entre la falta de periodicidad de las encuestas nacionales de consumo y los vacíos de datos locales, desagregados por sustancia, estrato, sexo y edad, no se puede afirmar, con certeza, la edad promedio de inicio en el consumo, la sustancia de inicio, sus trayectorias y, mucho menos, su diferenciación por sexo.

Este fragmento de la población, de menos de una quinta parte de la que usa drogas, experimenta consecuencias muy diferentes a las de sus contrapartes masculinas, en particular, en la interacción entre uso de drogas, violencia íntima, exposición a violencia basada en riesgo y actitudes más riesgosas frente a la sexualidad (Stoicescu *et al.*, 2020). Así, la concentración del consumo por edades que manifestaron estas mujeres es similar a las tendencias nacionales que muestran, en la encuesta nacional más reciente, un uso centrado entre la adolescencia y la juventud temprana.

Ahora bien, probar una sustancia en la adolescencia no configura un destino inevitable de adicción; ni probar en la adultez protege totalmente de desarrollar una dependencia, pues hay otros factores de la vida y de las condiciones sociales, económicas, y de salud que arman el rompecabezas del riesgo. El simple hecho de probar una sustancia no es suficiente para explicar un consumo problemático; es necesario analizar el entramado de redes, o la ausencia de ellas, de posibilidades de vida, o de ausencia de ellas, de condiciones de salud subyacentes, de episodios en la historia personal, y un rango de susceptibilidades que, para cada mujer, explica o al menos define el momento del enganche³².

No hay un «botón de la adicción», un circuito cerebral o un proceso específico para la adicción, como bien lo explica el doctor Gabor Mate (2010, p. 157). Los sistemas cerebrales que se involucran en un proceso adictivo o de dependencia son los mismos sistemas de la motivación humana, de la vida emocional, del apego, de los estímulos, de todo aquello que nos hace sentir vivos. Las sustancias psicoactivas

32 Desarrollar un consumo problemático no es un destino inevitable. El experimento más claro, y el más clásico, es el de los soldados estadounidenses en la guerra de Vietnam. Desarrollaron una dependencia al opio durante la guerra, al estar solos, aislados y con el estrés de la barbarie. Pero al volver a casa, a sus redes de apoyo, a sus familias, a sus proyectos de vida, en condiciones de mucho menor estrés, el 95 % fue declarado en remisión (Hari, 2015, pp. 173-175; Maté, 2010, pp. 142-144).

afectan a los seres humanos, pues se parecen a nuestros propios sistemas. Operan sobre procesos naturales, íntimamente involucrados con la supervivencia social y emocional (Maté, 2010, pp. 157-158). Por lo mismo, son sistemas que no se pueden «pausar» o alterar sin que se altere todo el funcionamiento personal y social. Por eso es tan determinante el proceso de un consumo problemático en la vida de alguien.

De manera complementaria, Szalavitz señala, en su libro, que nada en sí mismo es adictivo: ni conductas, ni sustancias. La mezcla entre el «conjunto, *el entorno*, la dosis, el patrón de dosificación y muchas otras variables personales, biológicas y culturales»³³ (Szalavitz, 2016, p. 142) juega un papel para configurar un comportamiento adictivo. Subraya, además, que la combinación entre la exposición de personas vulnerables a experiencias —o en este caso sustancias— con un potencial significativo de adicción configura el «aprendizaje» de la dependencia.

El entorno, uno de los factores que las autoras señalamos como clave en el desarrollo de una adicción o de patrones riesgosos de consumo, es uno de pobreza para la mayoría de estas mujeres. Las carencias materiales eran la constante en los testimonios de las entrevistadas que vivían, en su gran mayoría, en contextos de vulnerabilidad económica importante. En ese escenario, y como señaló Ainslie, el proceso de toma de decisiones va a privilegiar un placer instantáneo, así traiga como costo un riesgo futuro. Ante el trauma y la pobreza, priorizar un momento presente de placer es razonable, en lugar de luchar por un futuro que quizá no mejore o no llegue (Szalavitz, 2016, p. 161; Ainslie, 2000).

Sin embargo, la profundidad de los datos que se recogen en Colombia sobre uso de sustancias no da cuenta de la tras escena del consumo, del entorno y de las circunstancias donde este tiene lugar. Poco se habla de la edad de inicio, de la sustancia de inicio, de los contextos y las trayectorias de vida en las que se da. La evidencia también señala que los episodios de victimización están asociados al consumo de sustancias ilícitas y a desarrollar patrones de consumo problemáticos; estas relaciones son mayores en mujeres que en hombres (Davis *et al.*, 2020). Todos estos factores tienen consecuencias directas en las probabilidades de desarrollar un consumo problemático y, por ende, en un deterioro de la salud.

Al operar en medio de un vacío, las respuestas en salud y servicios sociales que se ofrecen a estas mujeres desconocen el complejo entramado en el que transcurren sus vidas y que las soluciones y los mundos posibles van mucho más allá de dejar de usar drogas.

Adversidad, factores de vulnerabilidad y sindemia

A pesar de la prohibición, o quizá por efecto de esta, las drogas ilícitas están disponibles para niñas y jóvenes en el país, en particular en entornos urbanos. Pero si la disponibilidad es para toda una comunidad, pero no toda la comunidad está usando drogas, sino una porción menor, ¿qué explica las diferencias tan marcadas en la relación con las sustancias ilícitas? Ni Guadalupe, ni el Parque de La Libertad, ni Pereira entera son ciudades «llenas» de consumidores. Por el contrario, y según las cifras, el 20 % de la población total de Risaralda dice haber probado alguna vez las drogas, un porcentaje que, si bien es mayor al de otras ciudades del país, no refleja una epidemia generalizada, sino concentrada. Hay varios caminos posibles: el que toman aquellas personas que nunca prueban drogas; el que toman las que prueban, pero nunca se enganchan; y, por último, el de las protagonistas de este libro, el de las que prueban y desarrollan una dependencia con diversos grados de severidad.

¿Qué explica que unas «caigan» y otras no? ¿Qué diferencia a las mujeres que desarrollan un consumo problemático de sus pares que tienen una vida «normal», estudian, trabajan y mantienen relaciones familiares y emocionales saludables?

No hay una respuesta única, pero sí algunos modelos que, desde la psicología y la medicina, develan, en el rompecabezas del riesgo, algunas pistas para comprender las trayectorias de consumo problemático. Por un lado, están el entramado de los factores de vulnerabilidad y el modelo de «experiencias de infancia adversa» o ACE³⁴, por sus siglas en inglés. Es un conjunto de experiencias que incluye abuso, negligencia y retos en el hogar que configuran distintos niveles de trauma y están asociados con estilos de vida poco saludable, e incluso, con la muerte prematura. Los estudios de ACE han demostrado una relación entre abuso y violencia en la infancia, y patrones riesgosos, como el uso de drogas ilícitas.

34 Adverse Childhood Experiences (ACE).

El estudio de ACE se desarrolló, por primera vez, entre 1995 y 1997. Recogió datos de alrededor de 17.000 personas, a través de formularios confidenciales, con preguntas sobre experiencias en la infancia y conductas y estado de salud actual. El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos acogió la metodología y ha mantenido el estudio longitudinal en funcionamiento desde entonces (CDC, 2020).

A ello se suma que la heroína, por ejemplo, una de las sustancias más usadas entre el grupo que se entrevistó, tiene un efecto anestésico que alivia no solo el dolor físico, sino también el dolor emocional. El dolor del cuerpo y el sufrimiento del trauma encuentran alivio en la sustancia opioide, así el origen sea diferente. En las mujeres que habitan este texto, el sufrimiento proviene, en algunos casos, de abandono, de abuso sexual o de violencia de distinta índole. Usar drogas, entonces, es un mecanismo que, aunque parezca «riesgoso», se da en el contexto de una persona con un trauma no resuelto y que busca alivio momentáneo (Khantzian, 1985).

Estas miradas sobre el consumo distan enormemente de aquellas que sitúan la culpa en la falta de voluntad de quien consume, en su incapacidad de autorregularse o de controlarse, o en su simple capricho de usar drogas. Bajo este modelo, se entiende que el uso de drogas y sus patrones problemáticos son el síntoma de un entramado complejo de dolor, de abandono y sufrimiento, y es una conducta que, lejos de ser irracional, cumple funciones específicas en vidas muy complejas.

«Un cálido y suave abrazo» (Maté, 2010, p. 165) y «la primera vez que me sentí amada» (Salavitz, 2017, p. 142) son dos descripciones de la primera experiencia del uso de heroína. En efecto, como lo explicó Maté, el aparato opioide —que está, en su base, relacionado con la manera como nuestro cerebro experimenta el amor, el placer, y el alivio de dolor— definirá la propensión al consumo problemático. Ante un sistema opioide que tenga origen en la fragilidad o en la imposibilidad de conseguir felicidad o alivio, el uso de sustancias parecerá atractivo (Maté, 2010, p. 155).

Por otra parte, otro concepto útil para comprender las vidas de estas mujeres es el de *sindemia*. Desde los años noventa, se ha estudiado este concepto, en el caso de males sociales y de salud concurrentes, para explicar *epidemias en sinergia* y la forma cómo las interacciones exacerban las cargas de la enfermedad y el deterioro. Este enfoque, a diferencia de las comorbilidades, se usa en el contexto como el fundamento de análisis.

Una de las sindemias más documentadas fue, por sus siglas en inglés, SAVA (abuso de sustancias, violencia, y SIDA), prominente en la década de los noventa, en Estados Unidos, en entornos urbanos (Singer, 1996). Más recientemente se habla de una sindemia de obesidad, de cambio climático y de desnutrición (Swinburn *et al.*, 2019). Este enfoque subraya que las enfermedades no ocurren en un vacío y permite ver la salud y las dolencias en las claves de desigualdad donde ocurren (Singer *et al.*, 2012).

Para el caso de este texto, la pobreza, la experiencia adversa en la infancia y el uso de drogas pueden verse como una sindemia. En casos de otras mujeres, la sindemia puede ser una combinación de trabajo/explotación sexual, uso de drogas y pobreza. Este modelo permite analizar las maneras cómo estas dolencias se refuerzan entre sí, hacen más difícil los cambios positivos y profundizan previos ciclos de desigualdad.

La definición que ofreció la revista *The Lancet* en una edición reciente, dedicada al tema, señala que:

El sello distintivo de una sindemia es la presencia de dos o más estados patológicos que interactúan adversamente unos con otros, afectando negativamente el curso mutuo de cada trayectoria de la enfermedad, aumentando la vulnerabilidad y se hacen más perjudiciales por las desigualdades experimentadas. (The Lancet, 2017) (traducción de las autoras)

Para el caso específico de mujeres y uso de drogas, se han documentado también los efectos que tiene la sindemia en comportamientos de riesgo. En particular, la concurrencia de violencia de pareja³⁵, de frágil salud mental y de uso de sustancias psicoactivas tiene efectos en comportamientos de riesgo frente al contagio de VIH. Esto se estudió en Indonesia con un grupo de 731 mujeres mayores de edad. Se encontró que la experiencia de uso de metanfetaminas, síntomas depresivos y violencia íntima aumentan la prevalencia de comportamientos de riesgo para el contagio de ITS, como no usar condones y otros (Stoicescu *et al.*, 2019; Stoicescu *et al.*, 2020). Esto lleva a las autoras a concluir que, dado que el comportamiento que se quiere modificar a través de

35 La violencia íntima de pareja (IPV, por sus siglas en inglés) se refiere a la violencia sexual o física y a sus efectos psicológicos. Esta es ejercida por una pareja. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>

prevención en salud es el manejo del riesgo para contagio de VIH, es necesario abordar las vulnerabilidades de la sindemia que viven estas mujeres: la violencia cotidiana de sus parejas sexuales, la salud mental y el uso problemático de sustancias (Stoicescu *et al.*, 2019).

Los estudios en Colombia están lejos de aproximarse a un grupo de mujeres tan grande como para llegar a conclusiones contundentes como esta. Pero los relatos que se presentan aquí revelan la interacción entre modos de vida, recorridos de la tragedia, entornos de marginalidad y uso de drogas como un resultado de estos factores de desigualdad en interacción. El testimonio de Lady Johana permite entender mejor esas relaciones:

Yo llegué acá a Pereira por necesidad, porque una china se me sopló toda la ropa, una vieja que yo saqué de las drogas y que ahorita ya no mete droga, y ella me dejó esa vez en ese infierno allá de la 12, con una sola mudita de ropa sucia, oliendo feo, a sudor y de todo. Yo venía de viajar con hambre y entonces llegó un señor y me dijo: «se va a ganar \$70.000, pero yo no le cojo la pipa, porque a mí no me gusta, usted me echa el humo porque me da mucha satisfacción». Y yo no la pensé dos veces; yo dije: «no, pues, mire cómo estoy», y me puse yo a fumar y a fumar bazuco, y ahí me quedé.

En resumen, crecer en medio de violencia y de abuso genera dolor y aumenta el riesgo de desarrollar un uso problemático. En las drogas se encuentra un alivio, así sea momentáneo, para este sufrimiento, pero tal uso profundiza condiciones de marginalidad y de exclusión. Estas trampas y sin salidas son, a su vez, empeoradas por una respuesta institucional ausente o indolente, tanto en la prevención, como en la atención. Todo ello empezó, para ellas, en el momento que se relatará a continuación.

Familia, calle y drogas: entornos del inicio del consumo

En los relatos de las mujeres se pueden identificar, al menos, dos caminos hacia el consumo: (i) un entorno familiar adverso, incluyendo episodios trágicos; y (ii) redes de influencia que lo propiciaron. En el primer grupo se cuentan las trayectorias de inicio por detonantes, a falta de un mejor término. Por detonantes nos referimos a aquellos factores de la esfera

íntima —ya sea de la percepción de la mujer o de situaciones adversas de la vida personal— que desencadenaron la decisión del consumo³⁶.

En el segundo grupo está lo que catalogamos como las redes de influencia, es decir, amigos, amigas, enemigas o familiares cercanos que configuraron un entorno en el que el uso de drogas ilícitas era parte de las posibilidades de relacionamiento social y/o sexual y a través del cual recibieron invitaciones o inducciones a probar las sustancias y, por esta vía, se acercaron al consumo. Dentro de este segundo grupo, están las trayectorias en las que la pareja sentimental o sexual tuvo un papel fundamental en el involucramiento, con grados diferentes de consentimiento o de violencia.

Estos relatos tenían diversos niveles de profundidad. En algunos casos, el inicio en el consumo es un hito en la vida personal que se relaciona con otros episodios que marcaron la historia íntima, ya sea a través de relaciones afectivas, familiares o sexuales. En otros casos, lo que comenzó como una «prueba» trastocó su vida entera. En relación con la sustancia, lo describen en sus palabras como «me aprisionó», «me cogió» o «me complicó todo». Por otra parte, algunas mujeres no compartieron detalles de los primeros momentos. En general, hay descripciones del contexto socioeconómico y de la vida familiar, que se repiten en varios casos: las drogas ilícitas eran parte del paisaje. Crecer y formarse en estos entornos tiene, entonces, implicaciones para los destinos de la vida adulta.

En esta sección detallaremos ambos caminos, advirtiendo que a veces se cruzan, traslapan o coexisten. Pero diferenciarlos tiene la ventaja y ofrece la posibilidad de ubicar trayectorias muy distintas de llegada al consumo que tienen, además, íntima relación con las búsquedas de alivio, de aventura, de placer o escape que estuvieron en el centro de las vidas de estas mujeres.

36 Encontramos, también, un caso en particular que no se ajusta a ninguno de los grupos que mencionamos y es necesario profundizar más en sus implicaciones. Es el de una joven que se inició en el consumo en una institución para menores, lo que muestra que el sistema de protección de menores se comporta como un factor de riesgo. Esta mujer afirma, por ejemplo, que fue ahí donde «se dañó». *«Yo en el Marcelino me dañé, allá fue donde probé la marihuana... tenía 11 años»*, dijo Ángela María.

Conocer las trayectorias de inicio en el consumo de drogas abre una ventana a dos asuntos que por lo general se ignoran en la política de drogas: la gestión del placer y la atención a los eventos traumáticos, incluyendo la violencia al interior del hogar y la violencia sexual. Hay un desconocimiento generalizado sobre las sustancias, sus efectos y riesgos, lo que impide tomar decisiones informadas y compaginar la búsqueda de placer o alivio de las drogas con la reducción de sus posibles riesgos. En cuanto a lo segundo, detectamos, en varios testimonios, una ausencia, casi absoluta, de prevención y de atención a los casos de violencia sexual y, particularmente, de acompañamiento psicológico a sus víctimas. Una cultura sexista, que normaliza estas conductas, no las sanciona y abandona a las víctimas; se vuelve una trampa fácil para la automedicación. Además, identificamos varios casos de violencia al interior del hogar perpetrada por la madre, el padre, o los hermanos y hermanas. Tampoco parece haber algún tipo de estrategias de prevención, mitigación o acompañamiento para estos casos.

Como señalamos en el marco conceptual, estas experiencias adversas, que ocurren en su mayoría en la infancia, son predictores de riesgo para el inicio y para el desarrollo de unos patrones problemáticos de consumo. Sin embargo, los sistemas sociales y de salud parecen solo castigar a la mujer por su consumo y olvidar que, detrás de esa mujer, hay una persona que, en su infancia, sufrió tremendamente sin que nadie acudiera a protegerla. Como lo señala Maté (2010), no es posible comprender las decisiones de quien usa drogas sin preguntarse cuál es el alivio que esa persona encuentra en las sustancias y si, en últimas, se está automedicando el estrés postraumático u otras dolencias de la mente que hacen la vida en sobriedad imposible de aguantar:

Se necesita una gran imaginación moral para sentir empatía por el adicto. Nos sentimos fácilmente por un niño que sufre, pero no podemos ver al niño en el adulto que, con el alma fragmentada y aislada, se esfuerza por sobrevivir a unas cuerdas de donde compramos o trabajamos. (Maté, 2010, p. 37)

Esas heridas, que en su mayoría vienen de la infancia, reciben poca empatía de la sociedad. Como sociedad, podemos empatizar con una niña víctima de violencia sexual hoy, pero difícilmente empatizamos con la adulta en quien se convierte en las calles del Parque de La Libertad y que batalla contra la hostilidad de lo cotidiano.

El hogar: huida y medicación

El barrio, la cuadra y la familia son espacios con presencia de drogas ilícitas. Cabe recordar que los lugares donde se llevaron a cabo las entrevistas son los tres puntos de distribución y consumo más relevantes de Pereira y Dosquebradas, así que las mujeres que viven o visitan estos sitios, en su mayoría, provienen de hogares donde las drogas eran parte del paisaje.

Además de la disponibilidad de sustancias, son entornos de altos niveles de pobreza socioeconómica, con condiciones de difícil acceso y de poca permanencia en el sistema educativo. Así, se puede afirmar que son ambientes con escasos factores de protección para la prevención del consumo a temprana edad. No solo propician las decisiones de probar las drogas, sino también de abandonar la casa que, por lo general, se fundamentan en la necesidad de protegerse de riesgos potenciales, pero representan nuevos riesgos, especialmente en adolescentes.

Tal fue el caso de Sandra Lorena, de 48 años, que decidió irse de su casa a los 13, cansada de «la pobreza, y tanto maltrato y todo». Si bien salir del hogar era una escapatoria al riesgo de abusos que ahí había, ese tránsito le representó otros riesgos. Sandra Lorena contó que, tras el abandono de su padre, ella y sus seis hermanos quedaron en manos de su madre y, luego, de los abuelos, en medio de graves precariedades económicas.

Al huir, a los 13 años, se enfrentó a un mundo de adultos a muy temprana edad; siendo una adolescente probó la marihuana, el cigarrillo y la cocaína y, muy joven, se fue a vivir con su pareja que, a su vez, la maltrataba físicamente. Sandra Lorena dijo haberlo tenido todo económicamente con él, pero también tuvo «una vida muy maluca». Así que, de nuevo, se enfrentó a tener que salir de casa para huir del maltrato. En esta ocasión, le implicó alejarse de sus dos hijos. Al momento de la entrevista, Sandra Lorena también consumía heroína fumada. Hoy cuida niños, cuida casas o desempeña las labores que le resulten, aunque anhela otras vidas posibles. Contó que, «siempre me ha gustado, me gustaría mucho las artes plásticas, la pintura. Yo conocí una vez un pintor que me estuvo enseñando, me estuvo ayudando y trabajamos con eso un tiempito».

Pero, así como hay motivaciones con desenlaces hacia el consumo, hay casos en los que el simple entorno explica las decisiones. Gloria

Elena, de 51 años, relató que consume desde los 10 y afirma haber conocido «primero el vicio que el hombre», sin una razón distinta a la curiosidad de algo que veía en su contexto:

Vivo en Pereira, en el barrio Santa Teresita, por allá por la avenida del río, es más olla que cualquier otra parte. En el ambiente de esta gente y todo y me provocó un día cualquiera probarlo y me gustó. A mí nadie me dijo «tenga» ... en el medio en que la gente que está ahí me provocó y me quedó gustando y hasta el sol de hoy pues he sido viciosa... me gusta trabajar pa sostenerme el vicio, eso sí... y ya...

En los cuarenta años que lleva usando drogas, ha sostenido sus relaciones familiares y ha trabajado en oficios varios para tener los ingresos suficientes para cubrir sus gastos personales y los de la sustancia. La vida de Gloria Elena, sobre quien ya leímos en la parte I de este documento, muestra que, contrario a la narrativa del «vago que no hace nada», se trata de gente muy trabajadora, que consigue día a día lo necesario.

Mantiene la relación con su padre que, si bien le aconseja «dejar el vicio», no por eso la deja de apoyar y de cuidar. Agradece eso, que su papá «nunca me saca a la calle que porque soy viciosa... como hay muchos que tengo entendido que están en el cuento del vicio que están tirados a la calle que porque la familia no... que porque es vicioso, entonces váyase pa la calle. Mi papá, mi familia me acoge mucho». Quizás, aunque no hay forma de saberlo, esta red de apoyo que se ha sostenido ha evitado que Gloria Elena tenga más problemas asociados con el consumo. El hecho de tener una casa a dónde volver, incluso en los peores días, como cuando los tombos, en un acto de abuso y violencia policial, le robaron lo del día y la privaron temporalmente de la libertad: «me llevo pa allá, pal cuartel y me metió al baño y me hizo empelotar», Gloria Elena vuelve a su hogar. Eso opera como soporte y línea vital.

Pero hay otros entornos familiares que, lejos de ser de protección, fueron lugares violentos y hostiles para varias de las mujeres entrevistadas. En los testimonios, encontramos desde maltratos y abusos verbales, hasta tráfico sexual. Cuando abordamos la iniciación en el consumo, estas historias están, por lo general, ligadas a las tragedias en el hogar.

El caso de Laura Liceth, de 22 años y nacida en Bugalagrande, muestra la dureza y la gravedad de los traumas de la infancia, con consecuencias en la salud física y mental. Su testimonio, que se reproduce acá

en extenso, revela el entramado de adversidad al interior de la familia, la violencia sexual en contra de las mujeres y el denso contexto de impunidad, abandono y revictimización que viven algunas niñas en Colombia:

Mi familia a mí nunca me ha apoyado desde que yo comencé el tema del consumo. Ellos ven como si el consumo y la prostitución fuera una lleva y entonces ya te tocó y ya quedas contagiado, entonces a mí prácticamente... yo soy sola. Mi mamá murió hace 8 años, también era prostituta, y mi papá aún vive, pero eso y nada, porque nunca me ha ayudado de nada... Y a mí toda la vida me ha tocado trabajar en esto, desde que yo tengo memoria... Mi mamá me vendió a un señor cuando yo tenía 10 años, mi virginidad la vendió ella a un señor y yo nunca cogía plata cuando yo estaba al lado de ella. Ella desde pequeña, desde los 7 años un mozo con que ella salía me violó, a los 13 años quedé... me violaron y mi mamá aun viendo que yo aparecí en un callejón, desnuda, con exámenes, me salió prueba de que me habían dado escopolamina, no me creyó. Me dijo que eso le había pasado por vagabunda, por ser una cualquiera...

Producto de esa violación, Laura Liceth quedó en embarazo. Para ese momento, ya usaba heroína. Esto, además de las consecuencias mismas de la violación, la llevaron a entregarle el niño a una tía. Aun hoy le cuesta ver a su hijo, pues no solo le recuerda el evento traumático que vivió, sino que quisiera que él la pudiera conocer en otras circunstancias, con otra vida.

Su vida tenía lugar en un entorno familiar sumamente peligroso, que no solo le hizo daño, sino que la hizo sentir culpable por lo que le había pasado. Posteriormente, intentó un proceso de denuncia de la violación, junto con cinco personas, pero cuenta con frustración que «la ley nunca hizo nada. Investigó, lo capturaron, como no tenía antecedentes lo dejaron en libertad». Todo falló para Laura Liceth: el hogar, el Estado, el entorno. Sin ningún lugar a dónde acudir, la heroína se volvió esa automedicación que alivia los dolores, al menos por un instante, para poder seguir sobreviviendo.

La ausencia de mecanismos de sanción para quien cometió la violencia sexual, así como de acompañamiento psicológico para el trauma que estaba atravesando, desencadenó un proceso de mayor involucramiento en el consumo. Cuenta Laura Liceth que, en ese periodo, estuvo

en Bogotá y que «conocí el Bronx, allá probé *crack*, probé también *krokodil*, éxtasis, pepas, probé también 2C, probé también LCD, el *popper*, el tin, la heroína, probé mucha droga». Suspendió el consumo a la mitad del embarazo, pero una vez tuvo al bebé, volvió a usar.

Han pasado ya algunos años desde la violación, el embarazo y esa primera incursión en el consumo, pero hoy Laura Liceth dice que, aunque la heroína «la llama», se concentra en trabajar para poder pagar la pieza y dormir bajo un techo. Tiene mucho temor de terminar en la calle por el rechazo que ella ve hacia quienes están en esa situación. También sueña con estudiar, lee todo lo que encuentra y está convencida de que la educación es el único camino de salida. Alcanzó a terminar el grado octavo, pero quiere completar su educación secundaria y, después, «quisiera, alguna vez, poder pisar un aula universitaria, poder llegar a estudiar psicología, poder estudiar lo que yo quiero... Me gustaría tener una mejor calidad de vida para yo también poder ayudar a las mujeres, así como yo». Meses después, el contacto con Laura Liceth se ha mantenido con la esperanza y con el proyecto, gracias a su liderazgo, de conformar un sindicato de trabajadoras sexuales para defender sus derechos.

Además de los ambientes de hogares violentos, hay casos, como el de Luisa Fernanda, de 24 años, en los que el perpetrador fue la pareja. Para Luisa Fernanda, el maltrato físico del que fue víctima por parte su pareja y las consecuencias en su cuerpo fueron un detonante para retomar el bazuco y para, además, probar la heroína por primera vez: «me fui para los puentes porque tenía todavía el drama, estaba muy aburrida porque de la pela tan horrible me dejó la cara muy... yo quedé en ese drama que yo me miraba en el espejo y yo me agarraba a los gritos, a llorar de verme la cara como me había quedado, la mano y que yo no podía mover el pie».

Luisa Fernanda mantiene aún la relación con su familia, que la recibe cuando vuelve a casa. Al momento de esta entrevista, estaba herida en el torso y en una pierna. Entre la violencia de las parejas y la violencia de la calle, parece no haber tregua en su vida; y la heroína calma y alivia. No es entonces irracional seguir buscando esta sustancia; es una solución donde hay pocas otras opciones.

En los relatos sobre la trayectoria de inicio en el consumo, se destacan los de dos mujeres y la manera cómo la violencia que vivieron en el hogar, al expresar su identidad, fue un detonante para huir de la casa, quedar a la deriva y, también, probar sustancias psicoactivas. Ante la

falta de redes de apoyo y de acompañamiento en estos casos, estas dos mujeres trans relacionan el maltrato sufrido con el hecho de consumir drogas lícitas e ilícitas.

Lady, de 57 años, la primera mujer trans en el barrio o, en sus palabras, «yo fui la fundadora, yo fui la primera marica que salí a putiar en el 76», recuerda la dureza del entorno en el hogar, el rechazo y la violencia que experimentó por parte de su familia. Pero salir de casa solo la avocó a otros escenarios de maltrato, incluyendo vender servicios sexuales por necesidad y supervivencia:

Porque mi papá me daba mucho maltrato, me pegaba, me castigaba, por lo que yo iba a ser, yo de pequeñito demostraba lo que yo iba a ser, entonces me daba madera, me daba maltrato. Yo a los 11 años me volé con un señor de Aguadas y llegué a Dosquebradas, y de ahí a los 13 me tiré a la calle, porque el señor también ya me daba maltrato. Entonces ya me tiré yo a la calle, al ruedo, entonces ya me vine a trabajar a un restaurante, después del restaurante me dijeron que yo tan bonita con 13 años, que no le trabajara a la gente, que viniera a prostituirme. Y salí a prostituirme, ahí cogí ya... comencé a trabajar en la calle hasta los 14 de pirobito y a los 15 me fui pa Medellín y allá me lanzaron como mujer. Llegué aquí ya como travesti, ya maquillada, ya como una pelaíta y a los 16 probé la marihuana. Fue lo primero que yo aprendí a fumar, las pepas, la pega y de ahí aprendí el bazuco, de ahí el trago.

Hoy, Lady ya no consume casi drogas, como cuando era un «pirobito»; a veces trago con las amigas, pero tranquila. Se «bandea», como dice ella, para sobrevivir y para defender el lugar que las trans se ganaron, con su liderazgo, para ser y vivir.

En el trasegar de varias mujeres, el hogar, que se espera sea un entorno de cuidado y de protección, fue el de la primera violencia. Ahí, niñas fueron sometidas a tratos crueles que les acompañarían a través de los años.

Redes de influencia

La invitación o la presión para consumir llegó para varias de las mujeres por cuenta de hermanos, hermanas, amigos, amigas, y, en casos no menores, por la pareja sentimental o sexual. De cierta manera, hay una relación

entre ciertos detonantes propiciados por el ambiente y los protagonistas de esos momentos de desenlace —amistades, familiares, parejas— que invitan a probar, generan curiosidad o fuerzan la primera experiencia. En este grupo, hay diferencias importantes, pues en algunos casos fue invitación, en otros casos fue forzado y en otros fue a través de engaños.

Hermanos o hermanas

Como se señaló antes, el entorno familiar es un lugar donde, por lo general, ya hay consumo de otros miembros de la familia que, a su vez, involucraron a estas mujeres en este. Diana Marcela, Eveling Andrea y Yuli contaron que la primera vez fue con un hermano o hermana. Yuli, por ejemplo, vivió hasta la adolescencia sin conocer a su familia y tras el encuentro con sus hermanos se dio su primera experiencia, a los 15 años:

Por parte de mis hermanitos, porque yo estaba lejos y yo vine a encontrarme pues con la familia y ellos lo hacían y yo por estar con ellos e invitarlos a ellos, me antojé de hacer lo mismo que ellos, y lo hice.

Los primeros momentos no fueron de enganche, pero años después, a los 21, Yuli probó la heroína por vía inyectada y se le quitaron las ganas de los otros «vicios», se quedó solo con este. Entre ella y su pareja vivían del rebusque. Ella, en particular, busca «parches» o «ratos», pero a veces no alcanzaba para pagar la pieza. Tiene dos hijos que están al cuidado de su mamá. Al momento de la entrevista, Yuli tenía 30 años y buscaba salidas, conocía de la metadona y quería encontrar una ruta de atención. Su hermana acababa de fallecer por SIDA, quería darle la vuelta a todo y dejar la heroína, dejar la enfermedad, la maluquera, el sufrimiento:

Usted busca heroína y ahí salen los síntomas, es como una enfermedad ya, ahí salen los síntomas y lo que le da a la persona cuando no la tiene, y ya esto es todo y que quisiera que ayudaran a las personas pero que en verdad quieren salir adelante, y que vean que si quieren salir, que las ayuden y ya.

Amigos y amigas

Otras redes de influencia, distintas a las familiares, también son clave para el inicio en el consumo. Entre estos relatos, cabe señalar los casos

en los que esos amigos actuaron con negligencia y no dieron la información acerca de la sustancia que estaban invitando a consumir, sino que tendieron una especie trampa. La historia de Lady Bibiana, una joven de 24 años, es un ejemplo:

La verdad yo consumí con una amiga. Ella todos los días se iba y me traía y me trababa. Un día ella no vino, al otro día ella vino y me encontró muy enferma y ella me dijo, «yo sé por qué es, camine trabémonos». Yo le dije «no, yo no me quiero trabar, me siento muy maluco». Y ella me dijo «yo sé». Y apenas yo me trabé, se me quitó todo, y ella me dijo que era por eso, porque la ansiedad de eso me ponía así. Entonces yo me agarré con ella porque me dio mucha rabia que me hiciera eso, viendo en vez de haberme dicho antes que eso me iba a amurar, pues como yo ya estaba enferma ya pa qué, ya llevaba como dos meses fumando.

Esto ocurrió cuando Lady Bibiana atravesaba el duelo por la pérdida de su pareja, el papá de su hijo, a quien habían matado cinco años antes. En medio del dolor, la heroína le produjo alivio, aunque ella no quiso tomar ese camino; fue engañada para seguirlo por alguien que decía ser una amiga. Lady Bibiana cree que hoy hay más información, que ya los jóvenes saben qué es la heroína, qué es el «amure», pero que ella no sabía de eso, que «éramos todos ignorantes». Ha intentado un proceso propio de deshabitación de la heroína, una suerte de autoprograma de mantenimiento con metadona cuando consigue las pastillas, pero encuentra muchos obstáculos. Volveremos sobre este tema cuando nos refiramos a la búsqueda de tratamiento y a las implicaciones de buscar el cambio.

July Marcela tuvo una experiencia similar y empezó a consumir por una trampa que le tendieron. Cuenta que trabajaba en una discoteca, pero su llegada no fue bien recibida por otra empleada, pues le quitaba clientes y le hacía la competencia:

Yo empecé a trabajar y me empezó a ir muy bien, entonces ella, ella fue la que me empezó a meter en eso. Sabía cogerme en los momentos que estaba enrumbada y que estaba muy tomada, y ella le decía a las otras compañeras que ya verían cómo me iba a ver en los últimos meses. Ella lo que trató de hacerme fue ese daño, ¿sí me entiende?, para que yo ya no, ya no tuviera más, sino a toda hora mantenerme en el vicio, metida en ese

cuento. Yo nunca en mi vida había llegado a escuchar de la heroína, yo no sabía de ese vicio, nunca. Pues sí muchos vicios los he escuchado, pero nunca, ni sabía que eso lo enfermaba a uno, yo no sabía nada, cuando me vine a dar cuenta, pero ya era demasiado tarde porque ya tenía el cuerpo intoxicado.

Antes de ese episodio, July Marcela tuvo una vida más bien convencional. Ahora bien, al trabajo en el que le tendieron la trampa, llegó por necesidad, pues solo cursó hasta quinto de primaria y necesitaba mantener a su hijo: «la verdad, en ninguna parte conseguí trabajo y yo desesperada, pues no tuve más de otra sino, cierto, me puse a trabajar en eso». Años después, July Marcela probó el bazuco, que para ella fue lo que la «tiró a la calle». Lo probó tras la muerte de su mamá, quien era todo su apoyo y su red de cuidado. En su historia se mezclan las coincidencias y las tragedias.

Parejas o encuentros sexuales

Las parejas sentimentales o sexuales de las mujeres son también protagonistas en el inicio del consumo. En algunos casos, hay reticencia a invitar a consumir; en otros, hay mucha presión para ello, y otras veces hay una simple curiosidad de la mujer por experimentar lo mismo que su pareja. El consumo en pareja se vuelve una suerte de proyecto común o, al menos, una compañía en el viaje.

Así como las «amigas» de la sección anterior tendieron trampas a las usuarias, Geraldine fue engañada por su pareja:

Antes consumía marihuana solamente, después conocí la heroína y el bazuco. Ocurrió por medio de un hombre que se ennovió conmigo y me envió en la heroína. Yo tenía como 17 años cuando me distinguí con él, y duré varios años así. Después, resulté fue metida en eso, y como yo era la que le mantenía la traba a él, como vio que yo ya no lo iba a mantener más, dijo: «vamos a enviciarla para que sienta».

Antes de este episodio, Geraldine ya ejercía el trabajo sexual en un lugar conocido en Dosquebradas, pero por el consumo de heroína bajó de peso y el dueño del establecimiento dejó de aceptarla. Tuvo que acudir al rebusque de los «parches» por fuera. La persona que la inició en la heroína, de quien quedó en embarazo, la maltrataba físicamente

y la hizo perder el bebé. Geraldine tenía una buena red de apoyo, pues contaba siempre con la posibilidad de llegar a dormir a casa de su mamá donde siempre era recibida.

En este testimonio, la pareja fue protagonista del inicio, pero no vuelve a aparecer en el resto de la historia, pero, para Luz Adriana, es lo opuesto: una misma pareja y las drogas han sido parte de la misma ecuación por décadas. Lo que empezó como amor de pareja, se transformó en un viaje conjunto de consumo de sustancias con varios intentos fallidos —juntos o individuales— de dejar de consumir.

Luz Adriana tiene 43 años y desde los 26 está con su pareja, pero cuando empezaron a salir, desconocía la magnitud del consumo de drogas de este. Le gustaba bailar, vivía como cualquier joven la rumba y el goce, sin probar jamás nada, pues su papá, según dice, fue una muy buena influencia en su vida. Al estar en esa relación, ella le «pedía a Dios que, ya que me había enamorado de alguien, así mismo me ayudara para sacarlo de esa vida». Pero ocurrió lo contrario. Años de intentos buscando que él cortara el consumo terminaron al revés:

A los 28 años, yo ya estaba cansada de que él estuviera consumiendo, no me dejaba salir, no me dejaba mover, no me dejaba hacer absolutamente nada, o sea que me volví una fumadora pasiva. Hasta que llegó el día en que yo le dije que yo quería saber qué era lo que él sentía consumiendo bazuco, porque, cuando eso, él tampoco consumía heroína. Fueron muchas las veces que le insistí y muchas las veces que me dijo no, porque usted no nació para la droga, hasta que me dijo sí, y aquí están las consecuencias y el resultado. Empecé a consumir desde los 28 años. La relación con él era una relación muy bonita, de esos amores grandes, de esos amores que se sienten, pero hoy en día la realidad es que la droga deterioró la relación, **nosotros todavía estamos juntos, pero más como compañeros de droga que como compañeros de pareja.** (resaltado de las autoras)

Seguir juntos es, al tiempo, bastón y obstáculo. Aunque ha tenido intentos de salir de la H, sus caminos —el de la droga y el de su pareja— siempre se vuelven a cruzar. Geraldine vive del rebusque y él también. Ella recalca que nunca se ha prostituido para su vicio, pues prefiere hacer lo que sea, menos «venderse». Siguen juntos, entre peleas y disputas, pero para Geraldine es claro que no se quieren separar. Espera que haya un propósito más grande, que haya una salida:

En conclusión, la droga no escoge ni edad ni sexo ni trato social, y lo digo porque, hasta el momento que empecé a consumir, yo tenía claro que la droga no era para mí, y mire dónde estoy. Pero sé que detrás de lo malo va a venir algo bueno, sé que Dios tiene un propósito para mí, porque yo, para estar haciendo esto, tengo que verle sentido y haberlo vivido, y si algún día yo quiero hacer algo por alguien, tengo que decirle: «yo lo sentí y yo lo viví». Y a futuro, no sé si corto o largo, yo voy a ser eso, un apoyo para las personas que han estado como yo.

Y así, entre parejas, amigos, enemigos, trampas, familia y entornos convulsionados y retadores, arrancó el camino de consumo para estas mujeres. En algunos casos, hubo elección consciente; en otros, no. Lo cierto es que ese episodio, para unas más que para otras, determinó su salud, sus relaciones sociales y la manera cómo el mundo las ve.

Mucho sufrimiento, desventura y frustración pueden ser evitados si las políticas de drogas, con perspectiva de género, ofrecieran una mejor información para la gestión del placer y previnieran y atendieran los casos de violencia, incluyendo la violencia sexual y las condiciones estructurales del sexismo. Si bien es imposible e inviable asegurar que ninguna niña o joven pruebe sustancias ilícitas en su vida, sí es posible retrasar la edad de inicio y de experimentación, ofrecer información veraz para la gestión menos riesgosa del placer, e identificar y manejar los factores que puedan desencadenar un consumo problemático.

Este último punto es de la mayor relevancia. El desarrollo del consumo problemático, a diferencia de un consumo ocasional o recreativo, desencadena una serie de procesos de deterioro en la salud, en el nivel de vida, en los procesos de formación y en la inserción en la vida laboral, así como daños en la vida afectiva, incluyendo la dificultad para cuidar de sí y de otros. Una mujer que ha sufrido violencia en el hogar y violencia sexual encuentra, en algunas drogas, un refugio que, momentáneamente, alivia el dolor emocional. Pero los contextos de abastecimiento y de consumo de sustancias ilícitas, especialmente en entornos socioeconómicos vulnerables, son de gran riesgo al toparse con explotación sexual, abuso y toda una serie de violencias que profundizan más los ciclos de deterioro en la salud, así como la pobreza. Además, las dos sustancias que más consumen estas mujeres, de manera problemática —bazuco y heroína—, son de alto impacto y riesgo para la salud física y mental.

Sin embargo, la tragedia no fue probar las drogas, sino que ese episodio —explicado muchas veces por entornos adversos y vulnerables, barrios con drogas por doquier, madres o padres abusadores, violencia sexual, trata de personas y la necesidad de huir de la casa para protegerse cuando nadie más las protegía— confirma que las experiencias adversas en la infancia y el trauma operan como factores de riesgo para desarrollar un consumo problemático.

Ahora bien, el de las drogas no es un destino inevitable, ni los contextos difíciles son la única explicación del consumo problemático. Como se detalló en esta sección, en otras ocasiones, la decisión de consumir simplemente ocurrió por curiosidad o porque era lo que todos hacían en el barrio. No obstante, el hecho de que, en particular para menores de edad, no haya factores de protección suficientes para el inicio temprano es preocupante.

Para los distintos tipos de trayectorias acá delineadas, se destacan posibles respuestas institucionales que puedan prevenir o gestionar mejor el riesgo. La primera, sin duda, es promover el retraso en la edad de inicio en el consumo, y esto parte de más información, pues, a menudo, la prohibición de las drogas, con sus velos y tabúes, no permite hablar de manera honesta y franca sobre los tipos de riesgo que se asumen. La segunda, es abordar tanto en la prevención, como en la atención, los distintos tipos de violencia sexual.

En Guadualito y en La Libertad, con mujeres que vivieron ahí toda la vida, o que llegaron desplazadas por la vida, se encuentran algunas pistas para comprender el consumo problemático y qué de la desigualdad, o qué de las estructuras patriarcales, lo explican o lo propician. La preocupación por el consumo de drogas está mal orientada, pues no se atienden algunos factores estructurales que operan como alertas de riesgo para un consumo problemático, ni tampoco se garantiza acceso a información para un consumo menos riesgoso.

Centrar la preocupación en los matices realmente clave que dan pistas sobre la relación entre trayectorias de vida y el uso de drogas permite comprender la función social y emocional que cumplen las sustancias en las vidas de las mujeres. La búsqueda de placer o alivio no es un capricho, ni es absolutamente irracional. Por el contrario, cumple finalidades específicas para la vida humana, para la conexión, el alivio y la sensación de estar vivas.

PARTE III. ITINERANCIAS E INCERTIDUMBRES: MUJERES, USO DE DROGAS Y VULNERABILIDADES

«Sentada siempre junto a la ventana de clase se distraía contemplando el patio con sus árboles inmóviles frente a una franja de cielo metálico y su mirada parecía nublarse, extraviarse entre imágenes que a lo mejor ni siquiera eran imágenes, sino algo que vagamente significaba espera y, en cierto modo, confusión».

—Marvel Moreno

En diciembre llegan las brisas

Al conocer el lugar, las protagonistas y los contextos materiales y sociales en los que crecieron y en los que se inició su uso de drogas, en esta parte profundizaremos en las implicaciones y en las consecuencias que esto ha tenido en sus vidas.

Primero, hablaremos de la connotación moral y cultural asociada al uso de drogas en mujeres, y las transgresiones que esto implica en sociedades en las que se espera que las mujeres cumplan un mandato social de cuidadoras y representen las buenas costumbres. Esta sección dará pie al análisis de varias dimensiones en las que se expresa la tensión entre transgredir estas normas y ser objeto de hostilidad o de violencia por ello. Primero, exploraremos, de la mano de las mujeres, el ejercicio de la maternidad y los retos o dificultades que relataron las mujeres. Luego, hablaremos de la vivencia sexual y reproductiva, en particular desde una óptica de los derechos sexuales y reproductivos que a menudo no son garantizados. Después, reflexionaremos sobre el

involucramiento en el trabajo sexual y las diferentes formas que toma este espinoso asunto en las trayectorias de vida de sus protagonistas en las que este camino, a veces, se toma por necesidad y para supervivir, o por entramados de explotación sexual. Se analizan, además, las implicaciones y los riesgos del ejercicio de vivir del cuerpo en contextos vulnerables, tanto para la salud física, como para la mental. Sobre estas violencias profundizaremos en la siguiente sección al explorar los ciclos de victimización que son evidentes en las trayectorias de vida, así como los entornos que propician o validan estas violencias. En cuanto a la salud, las siguientes dos secciones se ocupan de estudiar, a la luz de los relatos, las maneras en que experimentan la enfermedad en sus vidas y las barreras para acceder a tratamientos.

7. MATERNIDADES

«Y aquí estoy otra vez [en la calle], y estuve en mi casa tres días, pero no sentí lo que quería sentir de mi mamá...».

Estas son las palabras de Luz Adriana, a quien ya conocimos en secciones anteriores, una mujer que tiene dos hijos: el niño y la niña. Así los llama aunque tengan 21 y 25 años. Sus hijos han estado a cargo de su familia desde que «cayó en las drogas» y, a pesar del apoyo incondicional de su madre, quien siempre le repite que va a luchar por ella hasta el último día que tenga fuerzas, Luz Adriana percibe que el sentimiento de su mamá ha cambiado.

Dentro del amplio abanico que conforman las maternidades, está la relación de las protagonistas de este libro con sus madres. Ya sea porque su ausencia representó giros en sus historias, porque en la actualidad son su principal apoyo o porque su relación previa ha incidido en sus vidas, los apartes de los relatos en los que se refieren a sus mamás son significativos. En algunas historias, la muerte de la madre ha sido un detonante, como en el caso de July Marcela, sobre quien ya leímos en capítulos anteriores: «me tiré a la calle porque se murió mi mamá, y ella era el apoyo para mí. Ahí fue donde probé el bazuco»; o como el de Laura B., que con solo 18 años, una familia y una casa, prefiere no estar allí desde que murió su mamá: «me dan más ganas de fumar heroína. Mucha depresión».

En otros casos, la relación materna estuvo marcada por el abandono. Para Peppa, a quien le tocó vivir esto desde los 8 años, fue lo que «la dañó»:

Para mí siempre fue muy duro, desde pequeña, no tener mi mamá al lado, ¿sí me entiende? Mi mamá se fue y nos abandonó. Somos cinco hermanos, y a mí me tocó lidiar con los dos

pequeños, me tocó pedir comida con ellos mientras mi papá llegaba de trabajar, porque mi mamá llegaba y se nos llevaba todo lo que mi papá nos compraba.

Por otro lado, el abandono de Eveling Andrea y de sus hermanas por parte de su madre fue la solución para escapar de una relación violenta:

Mi mamá nos dejó por irse con un man, entonces ahí fue cuando mi papá se emborrachaba y nos sacaba de la casa a pata para estar con las viejas en la casa. Mi hermana nos llevaba por ahí a la calle, y ya cuando mi mamá se recuperó, que ya estaba bien con el marido, fue a buscarnos, pero ¿pa qué? Ya nosotras estábamos muy mal, ya era demasiado tarde, ya teníamos vicios, ya teníamos de todo.

A pesar de esta situación y de lo determinante que fue para la vida de Eveling Andrea, hoy en día su mamá es la persona con la que ella puede contar y es quien se encarga del cuidado de su «hijita».

Es común que, al tener un ingreso económico limitado e inestable, una disponibilidad de tiempo mediada por la necesidad de conseguir recursos permanentemente y por la situación de consumo, las mujeres encuentren en sus madres el soporte que, a nivel institucional, no existe, teniendo en cuenta que no hay programas dirigidos a ellas, en los que se les brinde un apoyo para la alimentación, la vivienda o el cuidado de sus hijos. De las 55 entrevistadas, solo una manifestó ser beneficiaria de un programa del Estado: Familias en Acción.

La relación con sus madres se configura, en gran medida, alrededor del cuidado de sus propios hijos. Así, para Mary, Maira, Diana, Francy, Leidy Daniela, Luisa Fernanda, María Alejandra y muchas otras mujeres, esta relación es determinante. Independientemente de la calificación que puedan darle —mala, buena o conflictiva—, para muchas, sus madres son las primeras personas en quienes confían el cuidado de sus hijos.

El caso de Yurany es ejemplo de una relación compleja con la madre. Desde que su padre murió, cuando era pequeña, ella y sus hermanos quedaron a cargo de su mamá. La percepción que ella tiene es la de una mujer interesada en la plata, que la ha echado de la casa y le ha dicho que vuelva, pero ni comida le guarda. En resumen, Yurany dice: «no quiero a mi mamá». Sin embargo, precisamente ella se encarga del

cuidado de su hijo de 2 años y fue ella quien estuvo con su *hermanita* en el hospital y la cuidó cuando las afectaciones por el consumo de heroína y los múltiples diagnósticos la llevaron hasta el final.

No puede dejarse de lado el papel de las madres que se han atrevido a estar con sus hijas sin importar la situación en que se encuentren. Madres como la de Geraldine, que ha preferido darle dinero para una dosis y así evitar que se exponga a los peligros de calle. La mujer ya pasó por una violación en el sector donde permanece y se lo contó a su mamá. Ante este hecho, ella le ha planteado que si es necesario «mandar a darle una pela o ponerle el tatequieto» a quien la violó, lo hace. Por esto Geraldine se refiere así a su mamá: «ella siempre me ha apoyado, gracias a Dios no me ha dejado tirada, porque o si no, ¿cómo estuviera yo?».

Ellas como madres

Hablar de sus maternidades es ir más allá de la reproducción, es encontrarse con historias de hijos ausentes porque crecieron, porque fueron arrebatados o porque ya no hacen parte de este mundo. También, es hablar dolores por el juicio social hacia las mujeres que consumen drogas. Es hablar de soledades y de impotencias frente a una institucionalidad inalcanzable; y es hablar de esperanza, de las oportunidades que surgen al saberse responsables de otro, al sentirse humanas, al sentir.

En los testimonios, encontramos que, desde muy jóvenes, las cuatro mujeres trans asumieron su identidad y nunca tuvieron descendencia; otras cuatro mujeres no se refirieron al tema; y otras cuatro no han tenido hijos. Para las mujeres restantes, la reproducción ha hecho parte de su vida. Cinco de ellas tienen hijos que ya han constituido sus propias familias, doce viven actualmente con ellos, otras cuatro viven con alguno y las demás tienen sus hijos al cuidado del padre o de alguna otra persona de la familia paterna. Una de las entrevistadas tuvo un hijo al que mataron, y los hijos de las otras veinte se encuentran a cargo de familiares, ya sea porque en el momento no tienen la posibilidad de vivir con ellos o porque han preferido entregárselos formalmente a un familiar para evitar que el ICBF³⁷ se los quite.

37 El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la entidad del Estado colombiano que trabaja por la prevención y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia.

María Alejandra tuvo su primera hija cuando apenas tenía 14 años. Al huir de la violencia en su hogar, encontró a un hombre que la golpeaba y la introdujo en el consumo de drogas. María Alejandra decidió dejarlo, luego consiguió otra pareja y quedó nuevamente embarazada: «...Lo mataron delante de mí, a mí me tocó ver, por eso me vine pa acá al otro día, porque me amenazaron y aquí, al añito, en Bienestar, me dejaron morir el niño...». En el momento de la entrevista, María Alejandra nos contó que tiene demandado al ICBF porque a su hijo lo dejaron morir «...en una guardería, ahí en Galán, me lo dejaron ahogar con el tetero y ya salió el protocolo de necropsia y el niño tiene un trauma cráneo encefálico, como que lo dejaron caer y, al dejarlo caer, y para que no llorara, le pusieron a tomar un tetero solo en la cama».

A ella le quitaron sus hijos porque la vieron consumir drogas en su casa, pero, como ella dice, «eso no era motivo para que ellos tuvieran descuido con el niño». Dos días antes de que su hijo muriera, ya había puesto una queja porque «al niño lo dejaban caer de la cama». Al preguntar sobre las oportunidades que tuvo para recuperar a sus hijos, respondió: «En Bienestar, nunca me brindaron un apoyo, nunca me brindaron un centro, nunca me dijeron: sus hijos van a estar acá y a usted la vamos a llevar para allí. Nunca». Según cuenta, la única oportunidad que le dieron para recuperarlos era ingresar a rehabilitación por su propia cuenta y llevar un certificado de tratamiento psiquiátrico. María Alejandra nos compartió que ha estado asistiendo al Instituto del Sistema Nervioso, pero no para dejar el consumo, sino porque «son muchos traumas, muchas tristezas desde la crianza». A la lista de traumas y tristezas, se suman, ahora, la muerte de su hijo y la separación de su hija, que en este momento vive en otra ciudad con la abuela. Esta no le permite visitarla ni comunicarse por teléfono. Entretanto, su hija ha sido la motivación para cambiar, pero en este momento reconoce: «yo sé que sola no puedo, yo sola no soy capaz».

Llama la atención, en los relatos donde se nombra a «Bienestar», a «Bienestar Familiar» o al «ICBF», la clara coincidencia en la percepción negativa que tienen las mujeres de esta institución. Manifiestan haber encontrado allí más barreras que oportunidades para fortalecer y proteger a sus familias. Maira, una de las entrevistadas, dice que prefiere pagar por el cuidado de sus hijos, porque «Bienestar» podría quitárselos y venderlos.

Estas situaciones han generado un ambiente de desconfianza hacia las instituciones y han llevado a que muchas de ellas no accedan a servicios de salud o a servicios sociales donde pueden ser señaladas por sus prácticas de consumo y ser separadas de sus hijos. Para muchas, referirse a estos aspectos es difícil, doloroso o incluso motivo de vergüenza, pero, por otra parte, muestra las acciones de responsabilidad y de cuidado que ejercen, y que las entidades de servicios sociales no reconocen o no fomentan. Así lo cuenta Johana Andrea, una de las mujeres a quienes entrevistamos:

Hace menos de cuatro meses me quitaron a mis hijas. Bienestar me quitó a mis hijas, las dos pequeñas, de 13 y 9 años, me las quitaron. Y, la verdad, para mí fue muy duro, porque ellos a mí me dieron muchas opciones para recuperar las niñas. Y que el primero es meterme a un centro de rehabilitación, pero le voy a ser sincera. Yo me voy a meter a un centro de rehabilitación, ¿y dónde quedan mis hijas si yo no trabajo? Yo no llevo plata, mis niñas no visten, mis niñas no comen, mis niñas nada, ¿no ve?

No obstante, parece haber, entre las mujeres, versiones más gratas de la labor de los organismos que protegen a los menores. La experiencia propia, más que el relato colectivo, marca sus percepciones. Teresa, que pasa de los setenta años y hasta hace poco consumió drogas desde los 14, asume la responsabilidad de cuidar a sus nietos rebuscándose a diario para pagar la pieza donde viven y para asegurarles la comida. Teresa tuvo diez hijos; el ICBF le quitó a varios. Con dos de ellos sigue en contacto: «Bienestar les dio carrera a ellos dos porque yo firme pa que quedaran como hijos de Bienestar» y «me quitaron dos niñas por estar por ahí toda huelida», relata.

En el caso de Lady Johana, una mujer de 30 años, ella necesitó paciencia. Tuvo que «negociar» con su hermana para que ella asumiera el cuidado de sus hijos mientras reunía las condiciones para recuperarlos. «A mí me quitó ICBF a mis hijos porque empecé a consumir bazuca. Yo hice con mi hermana ese compromiso, ella los tuvo tres años y medio». Ahora Lady Johana ha recuperado a sus hijos, tiene una formación técnica, un trabajo en una empresa y una pareja con la que convive hace un año. Aún consume heroína en pocas cantidades, de manera «discreta», y lo hace para «aliviar» el cuerpo.

Como parte del proceso de investigación para este documento, radicamos un derecho de petición en el ICBF solicitando información sobre las rutas de restablecimiento de derechos aplicadas en el caso de hogares en donde haya uso de sustancias psicoactivas. En esta solicitud, planteamos la pregunta específica: ¿Cuál es el lineamiento para el restablecimiento de los derechos de las madres que desean estar con su niño o niña?

En la respuesta de la institución, del día 13 de octubre de 2020, hay una referencia general al restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes, pero no se mencionan, en concreto, a las madres. Este hecho sustenta las narraciones de las mujeres entrevistadas y corrobora la escasa ayuda que encuentran para ellas en esta institución.

Si bien algunos de los aspectos relatados por las mujeres durante las entrevistas no se han podido contrastar con otras fuentes, como los casos puntuales de negligencia o de demandas relacionados con el ICBF, lo que se puede afirmar es que la pérdida temporal o definitiva de sus hijos les ha causado un enorme sufrimiento.

Hablar de los derechos y de los sentimientos de estas mujeres no se puede reducir a la mera elección entre el bienestar de los menores o el bienestar de sus madres. Es claro que la protección de sus hijos debe ser oportuna ante cualquier situación de riesgo, pero no se debe excluir la necesidad de garantizar los derechos de las mujeres.

Esta necesidad se hace mucho más apremiante cuando la mujer está en embarazo, pues, a pesar del enfoque de protección y de atención especial a la mujer gestante, esta solo se concibe en el binomio madre-hijo y se desconocen sus experiencias durante este período.

Situaciones como las que se narran en este capítulo, llevan a que las mujeres que consumen drogas oculten las dificultades que encuentran para ejercer su maternidad o incluso a que prefieran no asistir a controles prenatales, porque tienen la certeza de que, sin importar lo que hagan, el resultado va a ser el mismo: la separación de sus hijos. La consecuencia de ese silencio, motivado por los estigmas, supone mayores riesgos para ellas y para sus hijos. Además, las experiencias en las que la violencia institucional ha sido la regla, han llevado a que las mujeres se distancien cada vez más de los servicios, pues encuentran más «trabas» que apoyo.

Desde lo institucional y desde el imaginario social pareciera que predomina una idea de incompatibilidad entre el derecho a ser madre y

el consumo de sustancias psicoactivas, pues se presume que la mujeres usuarias no son aptas para asumir una buena maternidad (Boyd, 1999; Murphy y Rosenbaum, 1999).

Oportunidades perdidas

Al indagar entre las mujeres entrevistadas sobre la oferta y el apoyo institucional, fueron pocas las respuestas. Algunas, como Angie, consideran necesarios centros de tratamiento y de atención para ellas, y servicios que realmente tiendan la mano sin ningún tipo de estigmatización por cuenta de sus prácticas.

Llegué hace cinco años acá [Pereira], y fue lo peor haberme venido, porque perdí a mi hijo y en este momento no sé sinceramente qué hacer con este bebé, porque no tiene la culpa de que lo traiga a sufrir a este mundo. Entonces, quiero salir de este vicio, quiero rehabilitarme. Pero no tengo a nadie que me dé una manito. ¿Qué más quisiera yo que un centro de rehabilitación?

En esto coincide Claudia Johana al referirse al giro que ha dado su vida gracias al apoyo que encontró en un programa de reducción de daños. Cuando el apoyo institucional se materializa para estas mujeres, los impactos son contundentes:

Gracias a los grupos de las jeringuillas yo logré salir a flote. Ellos me dieron la mano. Aunque tengo muchas secuelas, porque soy portadora de VIH, tengo muchas enfermedades y muchos diagnósticos debido al consumo, a la prostitución y a haber prestado jeringas. Pero en este momento de mi vida, yo me siento feliz, me siento animada, me siento fortalecida, me siento decidida a no volver atrás, a llevar mi vida como la llevo: una persona activa que tenga horarios. Tengo trabajo, tengo responsabilidades, tengo a mi hijo al lado, a mi padre al lado, sé que me levanto en mi cama y no tengo preocupación de estar en el frío, en la intemperie. Estoy en mi casa, estoy bajo techo, tengo mi alimento digno.

Lograr una atención integral para las mujeres que consumen drogas es un reto, pues las sustancias son un refugio *per se*, una compañía y un alivio ante el dolor. Implica poder contar con servicios cercanos,

tanto geográficamente, como en la atención; implica que las mujeres sientan confianza y no juicios en su contra; implica que ya no transiten por una atención discriminatoria, sino por una diferencial; implica que sus condiciones y sus necesidades sean tenidas en cuenta, que reciban las herramientas y adquieran las habilidades para enfrentarse a nuevos entornos y proyectos de vida. La atención integral garantiza condiciones básicas de subsistencia para ellas y sus familias, condiciones dignas de vida, independientemente de las decisiones que tomen. Yuli es contundente con respecto al valor de la atención y a las consecuencias de no recibirla.

La última vez que vi a mi hermanita, me dijo que tenía mucha hambre, y en ese momento yo no tenía plata. Murió flaquita, flaquita. Como tenía esas enfermedades, mamá la llevó al hospital y ella se voló. Allá le dijeron «no se vuela, que si se vuela, se muere». Y como ella no puso cuidado, se murió de verdad, y como allá no le estaban dando las pastas [metadona], le decían: «sí, niña, le vamos a traer las pastas, mañana ya le llegan». Tan tan, y nunca se las llevaron. Yo creo que murió enfermita, amurada. Uno se pone muy horrible cuando no tiene eso, le da diarrea, le da escalofríos, le da vómito, puede vomitar hasta troncos de sangre, le puede dar hasta un paro en el corazón, un infarto [...] Quisiera que ayudaran a las personas que en verdad quieren salir adelante. Usted me entiende, ¿cierto?

Pese a la urgencia, realidades como la de la hermana de Yuli no siempre son visibles ni comprendidas, y los servicios y las oportunidades que se les presentan a estas mujeres son muy limitados. Estos obstáculos impactan directamente en sus vidas, pues no hay estrategias que les permitan ir a las raíces de sus situaciones para transformarlas y sanarlas.

Las carencias del Estado frente a la maternidad de las mujeres que usan drogas son oportunidades perdidas, pero, en medio de la ignorancia y de la discriminación, las instituciones también desperdician un activo invaluable para la recuperación de estas madres: la poderosa motivación que despiertan sus hijos en ellas.

No poder cuidar de los hijos puede ser una de las grandes frustraciones de una madre (Tobón, 2008). Sin embargo, en las entrevistas que realizamos, encontramos que la gestación representa posibilidades de cambio, ya sea porque algunas mujeres consideran importante cuidar de otros o porque ven en el embarazo una oportunidad de restablecerse.

En los testimonios, encontramos que, con la maternidad, muchas mujeres transformaron sus hábitos de consumo. Ese fue el caso de María Jennifer. Al embarazarse de su hijo, dejó la pega, justo cuando la «estaba agarrando más feo». O el de Claudia Johana, quien abandonó el cigarrillo y la marihuana cuando quedó embarazada. «Llevaba una vida dentro de mí, y ya no se podía tener ningún tipo de consumo ni nada. Yo lo corté, mis hijos son bien, nacieron muy sanos», agrega.

En la tesis de maestría *Significado de las vivencias de la gestación en mujeres en calle consumidoras de sustancias psicoactivas*, construida a partir de los testimonios de nueve mujeres en la ciudad de Pereira, la autora señala que el momento y proceso del embarazo, aun cuando no esté en los planes de las mujeres, presenta sentimientos encontrados y unos «minutos de oro» para pensar en una vida distinta a la del consumo y la calle (Barbosa, 2014).

Los hijos se convierten en una motivación que viabiliza la salida de sus contextos. Dejando de lado los hábitos aprendidos, las gestantes revelan sentimientos de responsabilidad que representan posibilidades de abandonar las situaciones desfavorables. «Soltarse de años de consumo y una vida sin límites, se convertía en situaciones de grandes retos con bastantes dificultades, pero con gran motivación de cambio» (León Mejía, 2019).

Estas posibilidades suelen ser desperdiciadas, pues las mujeres no obtienen las condiciones para aprovecharlas: no hay servicios adecuados que reconozcan necesidades como alimentación, techo, servicios de salud cercanos y no estigmatizantes, con un enfoque diferencial, ni donde las mujeres puedan encontrar un apoyo, fortalecer sus capacidades y que les brinden oportunidades para la consolidación de esos cambios.

El caso de Eveling Andrea es uno de los más representativos. Esta mujer puso todo lo que estaba a su alcance, pero el apoyo institucional fue insuficiente o nulo. El resultado fue la separación de su hija:

En el embarazo a mí me decían que me internara, que así no me quitaban la niña. Me interné en Psico, en Cartago, y resulta que cuando la niña nació e iba a cumplir un mesecito, se la llevaron del hospital y no dijeron a dónde. Yo me fui a cambiar, y a mi mamá la mandaron para el segundo piso, que porque le iban a dar salida, y mentiras que se la llevaron. Cuando mamá bajó, la niña por ningún lado, se la habían llevado y no nos habían dicho nada antes [...] Me tocó no fallar en ninguna visita, y

hágale y hágale, y meter a mi mamá para que se la dieran a ella,
y ella es la que me la tiene; le dieron la custodia.

Al momento de realizar la entrevista, Eveling Andrea estaba feliz, pues diez días antes le habían devuelto a su hija luego de un año de estar a cargo del ICBF. En la actualidad no se inyecta heroína, toma metadona y recuerda con tristeza la disyuntiva a la que se enfrentaba en el embarazo: consumir a pesar de las consecuencias que pudiera tener en su hija o dejar de hacerlo y asumir el horror del síndrome de abstinencia.

8. LO QUE DICE EL CUERPO: VIVENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Agencia reproductiva

A la Chapa la violaron cuando era niña. De esa violación surgió el consumo, la «farra», como ella le llama, y los problemas con su madre:

[...] a mí me violaron cuando estaba muy pequeña, crecí con mucho rencor por la vida, entonces yo me fui desde muy cachorra de mi casa y me críe en ese mundo, en los *parties*, en las pepas, en el éxtasis, después en el perico y en la heroína.

Después de esa violación, también vinieron otros episodios de violencia sexual, la cárcel y los varios años que pasó allá. La Chapa ha estado varias veces cerca de la muerte, como la vez que tuvo una sobredosis de cocaína cuando era adolescente. O el momento en que fue explotada sexualmente, en el Bronx, de Bogotá: «fue alguien que yo conocí en internet... a mí me llevaron con mentiras, entonces, cuando llegamos allá, ya conocimos el local, ya vimos qué era lo que había».

La violación de la Chapa también marcó su cuerpo: algunos de sus órganos internos fueron prácticamente destruidos. Desde ese momento, tener hijos no le es posible. A los 15 años estuvo embarazada dos veces y en ambas ocasiones tuvo abortos espontáneos: «a mí me dañaron mi cuerpo, yo estaba muy pequeña... ya no puedo tener bebés».

Como la Chapa, Claudia Johana es una mujer que perdió la posibilidad de tener hijos debido a la violencia. Hoy tiene 37 años, se dedica al reciclaje y, de manera ocasional, al trabajo sexual. Hace unos años tuvo una relación violenta con un hombre y un día, en medio de una pelea, él la golpeó tan fuerte que causó un daño irreversible en su sistema

reproductivo. En ese momento, Claudia Johana estaba embarazada. No lo sabía. Los golpes fueron tan fuertes que le causaron un aborto espontáneo. Pasaron varios días después de ese episodio. Al recordarlo, Claudia Johana dice que se enfermó «muy horrible». En ese momento tuvo que acudir al médico. Allí no solo se dio cuenta de que estaba embarazada, sino de que cargaba con un feto muerto dentro de ella:

Entonces tuvieron, por emergencias, que sacarme la matriz y un ovario. Estuve dos meses en cuidado intensivo... ese fue un proceso bastante difícil también... Yo por eso no puedo tener hijos, porque me quitaron la matriz y los ovarios, porque se me murió un bebé dentro... porque casi me muero por eso...

Las historias de Claudia Johana y de la Chapa muestran cómo la violencia ha truncado los proyectos de vida de las mujeres y, en muchos casos, ha limitado su *agencia reproductiva*, esto es, la capacidad de decidir si quieren o no tener hijos, cuántos y cómo (Petchesky, 2003). La agencia reproductiva protege la decisión de una mujer de tener hijos, pero también de no tenerlos o de dejarlos de tener. Protege la elección de someterse a procedimientos para no tener más embarazos y, también, la decisión de interrumpir un embarazo cuando no es deseado. La agencia reproductiva implica ser libre de violencia, coacción o presión para tomar decisiones de vida sobre las formas de habitar el propio cuerpo.

Los deseos y las expectativas mutiladas, como en los casos de Claudia Johana y de la Chapa, son solo una de las formas en que las mujeres de este libro se han enfrentado a la pérdida de la agencia reproductiva. Otra, también común e igual de agravante, es la imposibilidad de interrumpir un embarazo no deseado. Aunque el aborto ha sido reconocido como un derecho fundamental en varios supuestos³⁸, subsisten múltiples barreras para que las personas gestantes puedan

38 En Colombia, desde 2006, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está despenalizada en tres circunstancias: i) cuando el embarazo es producto de violencia sexual; ii) cuando el feto presenta una incompatibilidad con la vida extrauterina; y iii) cuando el embarazo afecte la salud física, mental o emocional de la persona gestante. En todo caso, debe tenerse en cuenta que, durante catorce años, varias organizaciones de derechos humanos han señalado que la despenalización parcial basada en un modelo de causales, como el colombiano, es insuficiente para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres.

ejercer su voluntad y acceder a un servicio seguro (Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017). Estas barreras también son evidentes en el caso de las mujeres que usan drogas en Pereira y Dosquebradas. Por esa razón, varias de ellas han tenido que acudir a abortos inseguros que, aunque son la única opción para ejercer su voluntad, a menudo las ponen en peligro³⁹.

Otro caso es el de Sandra Lorena. Ella tiene 30 años y se dedica a la venta ambulante. Tiene dos hijos y hace unos años tuvo un embarazo no deseado. En ese momento, Sandra Lorena no sabía que el aborto estaba parcialmente despenalizado en Colombia; mucho menos que su embarazo, que afectaba profundamente su salud mental y su bienestar integral, podía ser interrumpido de forma legal. Por esa razón, tuvo que viajar desde Pereira hasta Bogotá a practicarse un aborto en una clínica clandestina. Lo hizo porque en Pereira no encontró apoyo en el sistema de salud, porque nadie le dijo que podía abortar legalmente y porque en ningún lado encontró una ruta clara:

Yo tenía dos meses [de embarazo]... Lo hice porque estaba recién separada del papá de mis hijos, entonces me daba... Cuando me separé de él yo no sabía que estaba empezando un embarazo, entonces cuando yo me separé de él decía «ni de riesgos, yo no puedo hacer esto». Y él tampoco se dio cuenta de que yo estaba en embarazo. Yo me conseguí el dinero y me hice hacer un legrado en Bogotá, fue horrible, dolió mucho, ya...

La clandestinidad es la alternativa que les queda a las mujeres para ejercer su agencia reproductiva. La falta de información, el nulo apoyo de las instituciones de salud y el estigma que aún rodea el aborto son formas de coartar la decisión de las mujeres sobre sus propios cuerpos. En el trabajo de campo, Laura Liceth, una mujer de 20 años, confesó que estaba embarazada y que quería abortar. No sabía a dónde acudir ni qué hacer. Como le sucedió a Sandra Lorena, en su momento, Laura Liceth tampoco siquiera sabía si era legal o no:

39 No todo aborto por fuera del sistema de salud es un aborto inseguro. Sin embargo, es necesario precisar que la falta de información sobre métodos y sobre acceso al aborto legal hace que las mujeres acudan a lugares en donde los implementos no tienen los mejores estándares de seguridad o a métodos no aptos para la situación particular de cada cual.

Yo no sé. Por lo menos por ahora no sé qué voy a hacer. He pensado es hacerme un legrado, porque no tengo la condición para yo poder traerlo, quizá sea pecado o no, pero yo creo que más pecado es traer un niño al mundo en estas circunstancias: yo no tengo plata, yo consumo, yo estoy mal.

Estos obstáculos se unen a las múltiples limitaciones que estas mujeres deben enfrentar para vivir su vida cotidiana con un mínimo de dignidad. En algunos casos, la violencia arruina los proyectos de vida de algunas y no les permite cumplir su deseo, presente o potencial, de tener hijos. En otros, el estigma, la desinformación y la falta de apoyo de las instituciones de salud limitan las opciones de las mujeres que desean interrumpir voluntariamente su embarazo y las someten a la búsqueda de soluciones que, si bien pueden resultar inseguras, son el único camino que parece viable.

Violencias institucionales

«Después de eso, ya no quiero más hijos», dice Claudia Milena, una mujer de 36 años, al recordar el momento de su segundo parto. Sus palabras se refieren a la cesárea que le practicaron en ese momento y que recuerda como uno de sus mayores dolores corporales, un dolor con secuelas físicas y mentales: «La cesárea duele mucho. Cuando a uno le abren el estómago, cuando lo rajan a uno así, se le suben en la barriga como para sacarlo y eso uno queda muy adolorido, casi no soy capaz [...] fue tan doloroso». Como lo indican sus palabras, a Claudia Milena le hicieron una cesárea sin anestesia, le causaron una herida profunda en su pelvis sin ningún tipo de ayuda para el dolor. Ella narra esta violencia en otros términos. La narra como una «cesárea que dolió mucho», así como los constantes «regaños» del personal médico durante el parto: «yo me hice regañar más de una vez porque yo no sirvo para eso, me dolía mucho y yo gritaba». Los profesionales de la salud de instituciones supuestamente diseñadas para el cuidado, en el caso de Claudia Milena, dejaron, a su paso, dolor en su cuerpo.

Desde el momento en que llegó al hospital, la indiferencia, el desdén y la violencia del personal de salud fue evidente. Su experiencia completa la cuenta con estas palabras:

Todo eso estuvo mal hecho porque cuando mi madrecita me llevó al hospital de Kennedy, me trasladaron pa el hospital de

la 40 y allá dijeron que yo iba era derecho pa cesárea. Pero entonces me dijeron que no, dijeron que «a ella le falta tanto, que dejémosla acá en sala de parto que porque a ella no se le puede hacer cesárea, ella lo puede tener normal». Y me tuvieron allá tres días torturada y yo les gritaba y yo les lloraba. Les decía «ayúdenme, no me torturen más que yo voy es pa cesárea». Y mi mamá también con los doctores pa lado y lado, «que ella va es pa cesárea, que ella no puede tener los niños normal, no me la hagan sufrir». Mi mamá hasta les lloraba a esos doctores y es injusto que lo torturen a uno... y allá me torturaron, no me quisieron bajar pa la cesárea, sino que me torturaron. Yo creo que eran puras primerizas las doctoras, eran par muchachas. Me vieron varias médicas y hasta dos doctores y todo. Y eso es muy maluco que lo miren a uno tanta gente. Sufrí mucho en ese parto de mi bebé. Me tuvieron casi tres días en sala de partos y yo no iba para tenerlo normal. A mí me tenían programada cesárea y yo iba derecho para cesárea. Me tuvieron tres días torturada allá, con dolores, y metiéndole a uno que los dedos que más de una doctora diferente... No me gustó ese trato, yo sufrí mucho.

El dolor de Claudia Milena es el dolor de muchas mujeres que deben enfrentar violencias del sistema de salud durante el embarazo y el parto. Sin embargo, estas no eran únicamente motivadas por la negligencia médica. Eran, por el contrario, la forma en la que se evidencia la discriminación hacia las mujeres que usan drogas. Como lo han mostrado algunos estudios empíricos (Ritterbusch *et al.*, 2018), la prestación de servicios de salud a mujeres que usan drogas, en particular aquellos relativos a la salud sexual y reproductiva, están atravesados por el estigma y la discriminación. Al hablar de este evento, Claudia Milena repite que todo sucedió así porque los médicos se dieron cuenta de que usaba drogas: «me torturaron porque consumía», asegura.

Lida Patricia y Omaira pasaron por experiencias similares. En el momento de sus partos, ya eran usuarias de drogas. Así, la violencia y los tratos degradantes fueron vistos como un «castigo» por serlo. Lida Patricia dice que, cuando tuvo a sus hijos, los médicos «[...] eran groseros, cuando lloraba me decían que no lo estaba haciendo bien, pero si no lloraba de una vez me decían que me relajara porque ahora iba a ser peor... lo tratan a uno como si uno fuera una basura».

Omaira, por su parte, señala que hace unos cuatro años perdió a su hijo antes de nacer: «un bebé se me murió por consumir sustancias», dice en un principio. Sin embargo, a medida que avanza, su relato revela que el uso de drogas no fue la causa real de esa pérdida. La violencia de los médicos y la discriminación por el hecho de usar drogas fue lo que terminó con su embarazo:

Yo tengo demandado al hospital por eso, por negligencia médica. La niña estaba bien, venía bien y como que se asfixió o me estriparon la barriga muy duro, un mal procedimiento de la antigua eso que estripan duro como para que salga y la asfixiaron. Eso fue en el momento del parto, me la mataron duro, ellos me la mataron. Y después me juzgaban era a mí porque me decían que era mi culpa por ser drogadicta.

Claudia Milena, Lida Patricia y Omaira fueron víctimas de la violencia y del prejuicio institucional por el hecho de ser usuarias de drogas. Los daños obstétricos, físicos y psicológicos que tuvieron que sufrir por cuenta de los médicos se sustentan en el hecho de que las instituciones suelen percibir a estas mujeres como sujetos de segunda categoría y sus cuerpos suelen ser cuerpos indeseables. Es desconcertante, además, que sea en el momento del parto, un momento de profunda vulnerabilidad, cuando esto se evidencia con mayor fuerza. Si el sistema de salud no responde adecuadamente, ni siquiera en los momentos límite, ¿quién cuida a estas mujeres?

Autocuidados gestionados

Hay una aparente contradicción en la forma cómo las mujeres que usan drogas se acercan a la garantía de su salud sexual y reproductiva. Ante las preguntas de si usan algún método de planificación, de si usan preservativo para protegerse de embarazos no deseados o de si tienen al día sus exámenes de VIH, enfermedades de transmisión sexual y citología, la mayoría da una respuesta afirmativa. Lo anterior resulta contraintuitivo, como se hace evidente en sus testimonios, pues su trayectoria de vida ha estado atravesada por la precariedad, la inestabilidad y la incertidumbre. Aun así, en medio de condiciones hostiles, el cuidado de sí, el cuidado del cuerpo, es una prioridad para muchas de ellas:

Equipo (E): ¿Y tiene los exámenes al día de VIH, citologías, todo eso?

Salomé (S): Ah, no, obvio, todo eso lo tengo, claro. Yo nunca dejo pasar tiempo con eso.

E: ¿Cada cuánto se los hace?

S: Pues la citología hace por ahí cada seis meses no me la hago, ya está por hacerla. Y el examen, la semana pasada pasaron haciéndolo, que era la hepatitis C y el VIH. [...] Y todo superbien. Siempre me dicen que felicitaciones.

Este es un fragmento de la conversación con Salomé, una mujer de 22 años, que, ocasionalmente, ejerce trabajo sexual. Creció en una familia que ella define como ausente y empezó a usar drogas a los 13 años, en el colegio. Nunca terminó sus estudios, tiene dos hijos y no cuenta con el apoyo económico de sus familiares o de su pareja. Sin embargo, en medio de este contexto, como lo muestra el fragmento citado, tiene todos sus exámenes al día. Dice que siempre procura ir, así no tenga dinero porque «hay que cuidarse primero».

Muchas de las protagonistas de estas historias no tienen un lugar fijo de vivienda. Algunas pagan un cuarto por días o viven por temporadas con familiares. Este es el caso de Salomé, que a veces vive en la casa de una tía, otras veces en la casa del padre de uno de sus hijos y algunas noches duerme en cuartos cerca del Parque de la Libertad. Incluso así, sin propiedades, sin suelo permanente y con la incertidumbre de la ganancia diaria, el cuidado del cuerpo, de ese cuerpo que muchas veces parece y se ve tan frágil, es algo central en sus vidas.

El cuidado de su intimidad, de la salud que todavía pueden proteger, es una de las formas en las que estas mujeres preservan un sentido de orden y de tranquilidad en sus vidas. En un contexto en el que la cotidianidad se rige por la incertidumbre y en el que no saben dónde dormirán, qué comerán o cómo obtendrán dinero, los cuidados de sí y para sí se tornan en eso que da un ritmo y un método a la vida. Para Salomé, saber que debe hacerse la citología cada seis meses es sinónimo de saber que hay un futuro que se expresa en el cuidado del cuerpo y de las enfermedades. Es sinónimo, también, de saber que «por ahí cada seis meses» hay una cita, una tarea, un compromiso con su propio cuerpo. Estos hallazgos son consecuentes con estudios que han comprobado que, en casos en los que la prestación de salud opera a través

del prejuicio, las mujeres dejan de confiar en el sistema y, por lo tanto, buscan formas de cuidado por fuera, en el sector informal (Poteat *et al.*, 2013; Ritterbusch *et al.*, 2018).

Para el caso de las mujeres que ejercen trabajo sexual, el cuidado del cuerpo se hace aún más apremiante y también es la forma de protegerse en el día a día. «Yo sin preservativo no entro... Condones, eso es lo que yo tengo acá. Yo ando con todo, eso es lo más importante acá», dice Claudia, una mujer de 51 años que ejerce el trabajo sexual.

Este tipo de cuidados, sin embargo, no vienen de afuera; ellas mismas deben gestionarlos y costearlos:

Equipo (E): Sí, yo planifico con norvetal y con preservativo.

Lady (L): ¿Cuál es el norvetal, Lady?

E: Ah, pastas de planificar. ¿Y tiene fácil acceso a ellas?

L: Pues, digamos que sí... Fácil acceso, porque las venden en las droguerías. Pero si no hay dinero, pues qué, no puedo tenerlas...

E: ¿No se las da el seguro?

L: No, allá no me dan nada de eso. Yo las compro como a ocho mil pesos, y de por sí, así yo tome la pasta, también uso el condón.

Como lo muestra esta conversación con Lady Bibiana, una trabajadora sexual de 24 años, el autocuidado es la única salida para proteger su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, en muchos casos, las limitaciones económicas y materiales hacen que ese autocuidado sea imposible de cumplir, lo que lleva a las mujeres a tomar decisiones definitivas. María del Pilar, Mariana y Omaira, por ejemplo, son tres mujeres que, ocasionalmente, ejercen la prostitución y que decidieron dejar de utilizar anticonceptivos al trabajar. Eran muy costosos y tenían que renovarlos cada tanto tiempo. Decidieron, en su lugar, operarse para no tener más embarazos, aludiendo a dos razones monetarias: la primera, que el dinero que gastaban mensualmente era demasiado y, la segunda, que si no tenían cómo pagar los anticonceptivos, quedarían embarazadas de nuevo y no tenían el dinero para tener otro hijo.

En casos como los de estas tres mujeres, las decisiones de cuidar de su cuerpo, de comer y de cuidar de otros suelen anularse entre sí. Entre alimentarse, satisfacer las necesidades básicas de sus hijos y comprar pastillas anticonceptivas, la decisión que toman es casi siempre la misma: priorizar lo inmediato y el cuidado de los otros, de sus hijos y de quienes dependen de ellas. Por eso, muchas deciden optar por la ligadura de trompas; aunque, en varios casos, esta no sea su primera opción.

Comprar condones, comprar pastillas anticonceptivas, hacerse la citología e, incluso, ligarse las trompas son formas de autocuidado. Un autocuidado que surge casi como una forma de supervivencia, como una forma de darle una lógica prospectiva a la vida. Es un modo de ponerse a sí mismas, al menos parcialmente, por encima de los pesos y de los dolores que cargan. Aunque veamos el autocuidado como una forma de resistir en medio de condiciones difíciles, también debemos reconocer que es una de las formas en las que el Estado se ha desentendido de proteger la salud de las mujeres. Sí, el autocuidado es lo único que les queda, pero no es lo único que debería quedarles. La autogestión de su cuidado íntimo, de nuevo, somete a las mujeres a una situación de subordinación: si el dinero se acaba, si sus medios no les permiten acceder a exámenes, condones o anticonceptivos, su salud está en peligro. En otras palabras, dependen de ellas mismas y al Estado eso parece no importarle.

9. TRABAJO SEXUAL COMO ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA

Johana Andrea C., como muchas otras, encuentra en el trabajo sexual una forma de sobrevivir, de satisfacer sus necesidades materiales básicas: alimento, refugio, cuidado propio, cuidado de otros a su cargo y su dosis diaria.

Yo había trabajado en casas de familia, en almacenes, cafeterías, pero nunca me había prostituido. Pero la vida es así, ¿no? Quedé con cuatro hijos y sola, me tocó coger esta vida [...] A veces, en un día, se hace solo un rato de 20 o 30 mil pesos, y eso queda en la pieza, que cuesta 15 mil pesos diarios. Si no tengo pa comer, no como, o lo que me den por acá o lo que uno se conspire: monedas, liguitas, un café, un pan. A veces ni como en todo el día.

Johana Andrea C. empezó a usar drogas a los 15 años, y su camino por las transacciones sexuales como forma de sustento empezó a los 18. Reconoce que eligió esta labor porque no tenía ninguna otra opción, porque sus condiciones familiares, la violencia de sus padres y la falta de alternativas la empujaron a tomar esta vía. También reconoce, sin embargo, que esta actividad le ha permitido comprar a una casa, cuidar a su mamá y encontrar un «parche», que es el nombre que le da a las amistades que ha tejido con las mujeres con las que la mayoría de las noches se encuentra en el Parque de La Libertad.

El trabajo sexual —y, en general, las transacciones sexuales— es una de las pocas estrategias de supervivencia que les quedan a mujeres que usan drogas en contextos de pobreza, cuyos cuerpos son vistos con estigma, como cuerpos desechables y como cuerpos que merecen ser

escondidos de un mercado laboral formal (Hubbard & Sanders, 2003). El caso de Johana Andrea C. es una muestra de esto. Pero también de las muchas ambivalencias que se cruzan y que complejizan el panorama cuando se intenta hablar del tema. Es innegable que las mujeres que usan drogas y que ejercen esta actividad están expuestas a formas particulares de violencia, discriminación y despojo. Es evidente, también, que la mayor parte de quienes tienen que adoptar este medio de supervivencia lo hacen porque hay un preludio de violencias detrás. Es, como varios estudios lo han señalado, una actividad profundamente precarizada, feminizada y que acarrea un mundo singular de violencias y de estigmas (Sanders, 2016). Sin embargo, también es la labor que les ha permitido obtener una remuneración propia, la que las ha provisto de los bienes materiales para el cuidado de sí y de otros, y la que les ha permitido forjar su red de apoyo.

En este libro nos paramos en el reconocimiento de estas ambivalencias y mostramos las condiciones particulares a las que se enfrentan aquellas mujeres que usan drogas y ejercen trabajo sexual, pues se trata de experiencias que atraviesan a muchas de las entrevistadas. Estas muestran los matices y los grados que toma la violencia y la exclusión. Precisamente por situarnos en esta posición, en las siguientes páginas encontramos que las percepciones que hay frente a este tipo de transacción están divididas: en los relatos hay menciones diversas a esta labor, que van desde prostitución y trabajo sexual hasta «parche» o «gestión», entre otros. Mujeres como Lady Johana, por ejemplo, reconocen que el trabajo sexual ha sido su principal fuente de sostenimiento: «¿Trabajo sexual? Sí, claro, eso es lo que yo hago». Otras plantean cuestionamientos como, «si es que se le puede llamar trabajo». Y otras más emplean expresiones como «yo a eso le digo parche, jajaja, como pa que quede como más decente».

Estas formas de nombrar un componente de su vida diaria también nos habla sobre su acercamiento a este, que es subjetivo, individual y no replicable: cada una ha tenido experiencias distintas y, por lo tanto, tiene su forma de darle sentido a esta labor. Las experiencias de las protagonistas de este libro no pueden englobarse en una sola categoría. De ese modo, totalizar sus vivencias y categorizarlas sería desconocer el gran espectro de trayectorias que se encuentra en ellas. Sería negar su individualidad y, con eso, negar que también han tenido distintas formas de responder a ciertas circunstancias.

Violencias en espacios íntimos y públicos

En Colombia, la regulación del trabajo sexual ha pasado de un modelo que consideraba esta labor como algo inmoral hasta llegar a uno que lo considera una actividad laboral que debe garantizarse y respetarse (Parces, 2016). Sin embargo, su materialización está lejos de hacerse realidad: las agresiones y la discriminación —tanto del Estado como de los particulares— han llevado a estas mujeres a perpetuar los círculos de precariedad, sin garantías, sin ayudas y sin protección. Así, en entornos de vulnerabilidad, consumo y estigma, las violencias físicas, sexuales y psicológicas aparecen con mayor frecuencia e intensidad.

En muchos casos, este tipo de agresiones son de los clientes, quienes buscan ir más allá de los acuerdos. Así le pasó a July Marcela que fue golpeada por no acceder a las peticiones de un cliente que para ella eran incómodas o degradantes: «Una vez un señor me quería poner a hacer cosas ya muy, ya fuera de lugar, ¿sí me entiende? Ya cosas, bastante..., entonces me dio duro, me pegó porque no quería acceder a nada y no me iba a pagar». Esta violencia, la que viene de parte de los clientes, es una forma en la que se evidencia la cotidiana objetivación que sufren las mujeres que ejercen trabajo sexual:

Me pasó hace como 4 meses, que yo estaba viajando a trabajar a Marsella y un cliente me sacó del bar y prácticamente me violó, me llevó pa un rastrojo y me violó y me golpeó. No pasó de ahí porque precisamente yo estaba otra vez traguada. El man salió del rastrojo y yo salí a la avenida y un carro me cogió y me llevó al hospital. Llegó la Policía, yo no supe dar información del tipo. Esa vez me imagino que él no usó condón. Yo no me acuerdo si ese día me hicieron pruebas de VIH...

Este es el relato de María Alejandra, una mujer que ejerce trabajo sexual en el Parque de La Libertad. Los golpes y las agresiones se vuelven parte del paisaje del riesgo, un riesgo que se asume al momento de habitar la calle como lugar de consumo, esparcimiento o trabajo. Las mujeres entrevistadas lo ven como eso: un riesgo más del que hay que cuidarse. Quienes también lo dan por sentado son los transeúntes, la Policía y los mismos clientes, quienes se sienten con derecho de agredir a las mujeres de múltiples formas. Como lo menciona María Alejandra, «uno se tiene que aguantar la morboseada de la gente que pase y de los tombos, acá uno se expone a muchas cosas».

El menosprecio y la violencia de las calles también tiene un correlato institucional. Cuando las mujeres han buscado ayuda o apoyo en las instituciones, han encontrado una respuesta negativa o han sido estigmatizadas y juzgadas por el hecho de ejercer trabajo sexual. En muchos casos, cuando denuncian casos de agresión por parte de clientes, los funcionarios públicos desvirtúan sus relatos y las culpan de las victimizaciones recibidas. Así le sucedió a Diana Marcela, violada por un cliente, Al acudir al médico, este le preguntó: «¿A usted sí la violaron o estaba ahí solo por plata?». Luego, al ir a denunciar ante las autoridades, obtuvo una respuesta similar.

El hecho de transitar la calle, de buscar clientes, de vivir y sobrevivir de las transacciones con el cuerpo, es interpretado por amplios sectores de la sociedad como una justificación para ser hostiles y abiertamente violentos contra quienes ejercen trabajo sexual. Esta violencia, paradójicamente, se evidencia de forma más acentuada en quienes tienen el deber constitucional de proveer seguridad: los agentes de Policía. Johana Andrea y Gloria Elena, trabajadoras sexuales del Parque de La Libertad, cuentan historias recientes de violencia que sufrieron a manos de la Policía:

Una *tomba* me cogió acá abajo en la avenida, me cogió a punta de bolillo porque me caí, porque me tumbaron. Me cogió en el suelo y me encendió a bolillo, y eso es injusto porque yo a ella no la estaba tratando mal. Me cogió, me encendió a bolillo, me dañó una mano, me la descompuso. Tuve un tiempito tirado en la cama porque me dolía mucho la cintura de los bolillazos que me pegó, eso fue en el año pasado, para enero. (Johana Andrea)

Ahora último unos policías de por acá me han junetiao, ¿cómo se dice?, me han atarbaniao... verbalmente y todo, nada más el sábado. Lo tratan a uno muy mal: «gonorrea, malparida». Lo tratan a uno muy mal. Casualmente, el sábado me cogieron, me quitaron lo que tenía, me pusieron a despegar con la ventica y me... el tombo me quitó lo que tenía... una bareta que me habían dado a vender [...] Como también yo empecé a vender por acá, me cogió y me quitó dos bombas, entonces me dijo que si no me desnudaba a mostrar que no tenía, nada, me judicializaba y de una vez me pasaba lo que me tenía guardado, que él me tenía guardado eso, y me hizo desnudar, me hizo hacer

cuncillas y me hizo poner en cuatro. ¿Pa qué más ataque que ese? Yo no necesitaba que me hubiera dado con bolillo, ¿pa qué más? Yo ya llevo muchos años en este cuento, yo ya estoy más fichada que cualquiera, yo pague cárcel y todo. (Gloria Elena)

En la misma línea, Geraldine, una amiga de Johana Andrea, cuenta un episodio personal en el que un agente de Policía fue testigo de un acto de violencia hacia ella y, en lugar de defenderla, legitimó las agresiones:

Nada más en estos días, hace poquito, un man que no me quiso pagar ni nada y me pegó, fuera de que no me pagó, me pegó y todo. Entonces yo salí corriendo y el conchudo llamó los policías. Entonces, yo estaba de buenas porque llegó una mujer y ella me defendía, entonces la mujer le tiraba al man que porque me pegó fue con un machete y me pegó un planazo en la espalda, entonces ella de una se le tiró y le daba con el bolillo y le decía «Guache, ¿por qué le pega a ella? ¿No ve que es una mujer?». Después llegó la Policía y de una era cogiéndola y diciéndole que no me ayudara, que yo me buscaba eso, que quién me mandaba a andar en esas.

Experiencias y salud

En muchos países, las leyes, las políticas, las prácticas discriminatorias y las actitudes sociales estigmatizantes empujan el trabajo sexual hacia la clandestinidad. Esto no solo da lugar a múltiples actos de violencia y de explotación por parte de clientes, proxenetas, transeúntes o agentes de Policía. También obstaculiza los esfuerzos por ofrecer programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y uso de drogas (Tirado Acero, 2015). A menudo, las mujeres que ejercen trabajo sexual tienen acceso insuficiente a servicios de salud adecuados, a preservativos y a lubricantes a base de agua, a profilaxis posterior a la exposición por relaciones sexuales sin protección, a control de ITS, a tratamiento contra las drogas o a otros servicios de reducción del daño (ONUSIDA, 2009).

A los riesgos asociados al consumo de drogas, se suman los riesgos propios del intercambio sexual que, en ocasiones, pueden llegar a multiplicarse por la exigencia de algunos clientes que ponen como condición el consumo de drogas o pagan directamente con la sustancia, sin ningún

otro tipo de compensación. Así le sucedió a Lady, quien, por petición de un cliente, consumió «perica» por primera y única vez en su vida:

Una hora boté sangre por boca y nariz, cascito me muero. Como yo nunca había probado eso, entonces lo probé con un cliente, pero el cliente me dijo: «uy, no, váyase, vea yo le pago y váyase mándeme otra». Entonces yo no me fui pal' hospital, porque me dio miedo. Entonces me fui pa mi casa y la señora me dijo «si sigue botando sangre por boca y nariz la llevo pal hospital». Como a la hora se me pasó, pero eso era por bocanadas. No volví a meter esa sustancia, porque vi que era peligroso.

Otro de los requerimientos comunes de los clientes es no usar condón, lo que aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. La inexistencia de una regulación garantista para las trabajadoras sexuales profundiza estas situaciones de asimetría de poder, en las que las mujeres son sometidas a prácticas poco seguras y que atentan contra su integridad. En palabras de Johana Andrea, «hay muchos manes que lo quieren sin condón, y eso es muy feo».

El uso de condones, además de estar condicionado por los clientes, también está sujeto a su disponibilidad, pues muchas deben comprarlos por su propia cuenta. A pesar de que hay una distribución gratuita por parte de organizaciones de la sociedad civil y por las secretarías de salud, no hay un programa dirigido a ellas que garantice una distribución permanente y de acuerdo con sus necesidades:

Yo ya soy operada, hace 30 años... a mí no me gusta con condón... cuando la ocasión, si no los tengo, que los compren... cuando me dicen por la plata... si yo veo que sí aguanta sin condón, pues bien... mami, a ojo, pero le digo sinceramente lo que es... uno revisa... uno mira así como lo revisan ellos a uno que lo abren de patas y va y bueno aquí sí aguanta... entonces también es que es normal. (Gloria Elena)

A usted le pagan el rato y lo primero que a usted le pasan es su preservativo, chiquito [jabón], y la toalla, y el papel y no pues uno mantiene los pañitos en el bolso de uno, pues no todas, porque algunas son desgualetaítas o a veces unas no tienen la plata pa los pañitos, pero eso es muy primordial. Y el alcohol.

Pues yo, como he trabajado en tantas partes, yo sé que es lo más primordial pa trabajar como trabajadora sexual. (La Chapa)

Las situaciones riesgosas que experimentan las mujeres que ejercen trabajo sexual compiten con sus esfuerzos de autocuidado, pues la gran mayoría es consciente de estos riesgos y sabe que debe proteger su salud y cómo hacerlo. Sin embargo, en estos márgenes de la ciudad, en el Parque de La Libertad —pero con la libertad misma cuestionada—, muchas veces el autocuidado solo llega hasta donde aparece la violencia de clientes, de transeúntes o del Estado.

10. LAS MARCAS DE VIOLENCIA

Los ciclos

Leidy tiene 36 años. Nació en Quimbaya, un pequeño municipio en el noroccidente de Quindío. «Primero vivía con mi marido y él quiso darme una mala vida, me pegaba, ese señor me maltrataba mucho», dice. Por eso decidió irse de Quimbaya hace ocho años: era un lugar que ya no tenía mucho que ofrecerle. No solo su marido y el maltrato eran fuentes de una «mala vida», como ella la llama. También todo lo que sucedió antes. Al hablar de su educación, Leidy dice que, cuando estaba en Quimbaya, no pasó de primero de primaria porque a los 12 años la violaron.

La historia de su violación se fragua en un contexto, como casi todos, de pobreza, de familias rotas, de infancias fracturadas. Leidy dice que la violaron por culpa de su madre, porque ella «tenía la olla aquí, cuando vendíamos vicio; y aquí había otra olla». Dice que una noche una de las amigas de su madre la mandó, a la madrugada, a que trajera un kotex a la casa, «pero mentiras, que no era un kotex, sino que allá estaba el hijo de ella y otro más y el otro me cogió, y el hijo de ella me violó». De esa violación, a sus 12 años, nació su hija mayor, que ahora tiene 23 y vive en España, un pequeño municipio de Risaralda.

Leidy narra esta historia casi como el comienzo de su vida actual. Antes de este quiebre —el primero de muchos— recuerda que a los 6 años mataron al hermano de su madre en Quimbaya y que, desde ese momento, se dedicó a vender drogas:

Eso fue en Quimbaya: a mi mamá le mataron un hermano. Ella se volvió alcohólica, no nos dejaron a nosotros ir a la escuela. Por eso yo no pasé de ahí, porque no pasaba sino dando los

cien o doscientos o trescientos mil pesos al mes y nosotros vendíamos drogas...

Después —después de dejar el colegio, después de que la violaron—, Leidy conoció al que fue su marido y el padre de uno de sus hijos. Recuerda que, luego de dejarlo y de huir a Pereira, las cosas no mejoraron y fue ahí cuando empezó a usar drogas.

Las violencias en la vida de Leidy continuaron. Tuvo siete hijos más, varios de ellos producto de violencia sexual —o «ahí en la calle», como ella dice—. Aunque en este momento tiene la custodia, su madre no la deja verlos:

[...] yo no he sido mala madre, es que yo vine a coger el vicio fue ahorita. ¿Entonces por qué me los va a quitar si yo he sido bien? Yo he sido firme, dándole la liga: tenga doscientos, tenga cien, tenga cincuenta. Si no tengo más es porque la droga también me quita la plata.

Quizá la separación de sus hijos y el posterior deterioro de su relación con ellos sea el hecho violento —porque lo es— que más destaca en su vida actual. Leidy cree que sus hijos no quieren verla porque «de pronto les da pena tener una mamá viciosa... a mí no me voltean a mirar, ni un cumpleaños, ni siquiera un saludo normal». Dice que hace meses no sabe de ellos, desde que sucedió un incidente que narra de esta manera:

Ellos trabajaban en un almacén, y una vez tuve un problema con un señor porque yo me transformé con un cuchillo. Y pasaron mis hijos que dizque «ay, no se meta con mi mamá». Y desde ahí nunca jamás se me acercaron para nada y me dicen que no, que si a mí no me da pena andar con todos esos gamines, con la gente así, que por qué yo soy así sabiendo que yo tuve plata de dar de a cien o a veinte personas y uno no puede ser así. Si yo estoy en las drogas, ¿qué voy a menospreciar a otro? Si no los menosprecié cuando tuve, ¿por qué ahorita que no tengo nada los voy a menospreciar si yo también consumo drogas? No se puede...

La vida de Leidy es un retrato de la de muchas mujeres que usan drogas en Pereira y Dosquebradas. Es una vida definida por un ciclo de violencias que empezaron muy temprano y que trazan la narración de

su propia vida. La trayectoria de estas mujeres es una muestra de que «las guerras no son solo un evento» (Cuomo, 1996), sino que hacen parte de su vida diaria. Las guerras, grandes y pequeñas, que han tenido que pelear son la marca que se inscribe en sus cuerpos.

Al preguntarles cómo fue su infancia, cómo es su vida cotidiana, o qué recuerdan de sus parejas o familias —preguntas que no suelen hacerse a menudo y que generan regresiones muchas veces dolorosas—, las respuestas se quiebran por partes. Por lo general, hay un hito violento que lo marca todo: la muerte de los padres o de un ser querido, episodios de violencia sexual, maltratos, golpes, cicatrices o palabras. Después, viene el uso de drogas, la discriminación que de ello deriva, alguna relación de pareja (a menudo también violenta) y más violencias —del Estado, de los transeúntes, de hombres desconocidos—. Los hitos en sus narrativas son eso: violencia.

Como Leidy, la mayoría recuerda haber sufrido episodios violentos desde niñas y, en muchos casos, atribuyen a esos episodios el punto de partida de su uso de drogas. Los traumas familiares, los amores degradados, los golpes físicos y la búsqueda de la supervivencia en medio de la precariedad económica dejan en las mujeres cicatrices, evidentes o invisibles, que, en muchos casos, solo pueden cerrarse con el uso de drogas. Como se ha afirmado en otros trabajos académicos (Covington, 2011; Teets, 2012), periodísticos (Quinones, 2015) y autobiográficos (Szalavitz, 2016), el uso de drogas se convierte en la búsqueda de un hogar perdido, en la persecución de la felicidad, la euforia y la calma. En un principio, las drogas no aparecen como un riesgo, sino como un sinónimo de hogar, de un hogar que nunca se había tenido o al que se anhela regresar.

Sin embargo, este efecto es ilusorio. El uso de drogas, por lo general, desemboca en nuevas formas de violencia que evidencian la discriminación y el prejuicio. Es un uso con efectos en los cuerpos, un uso que cambia los cuerpos y, por ende, la forma como son leídos socialmente. Estos cuerpos, en especial cuando se trata de mujeres (Bungay *et al.*, 2010), se entienden como cuerpos desechables, disponibles (Wright, 2006), que no valen lo suficiente y, por lo tanto, su sufrimiento también es visto como menor, como pasajero, necesario o merecido (Bungay *et al.*, 2010).

Los ciclos incesantes y circulares de la violencia se ven reflejados en la historia de Jessica, una mujer pereirana de 30 años, que consume

heroína y ejerce trabajo sexual. Jessica empezó a usar drogas para tener lo que ella llama «un refugio», luego de que sus padres murieran. Después, este uso desencadenó discriminación y rechazo por parte de su familia:

[...] mi madre murió hace dos años; mi papá murió hace nueve años. A mí me han pasado tantas cosas en la vida que yo me refugio es en la heroína. La marihuana no me hace tanta falta como la heroína, por lo que me enferma. El consumo de drogas ha afectado la relación familiar demasiado, pues ellos a mí no me discriminan a mí por lo que soy, ni por lo que trabajo, al contrario ellos me dicen que yo soy muy buena madre, que nunca he dejado a mis hijas a un lado a pesar de lo que fumo, a pesar de lo que hago, siempre he estado ahí con ellos [...] En muchas ocasiones, lo hace uno es por la forma de cómo a uno le toca acá, muchas veces le toca a uno con borrachos, con hombres guaches, entonces va uno y se refugia en eso y cuando uno está así, ya es más fácil estar con ellos. Es muy duro uno estar en sano juicio con ellos, porque son personas que uno no quiere, que a uno le produce fastidio, asco, entonces es muy duro estar en sano juicio, entonces se refugia uno en eso.

Las palabras de Jessica son una puerta de entrada para comprender la continuidad y los patrones que trazan las violencias. Los primeros hechos traumáticos —esas violencias fundacionales— muy pocas veces acaban allí y, usualmente, son el punto de partida de todo lo que viene después. Por lo general, la violencia se convierte en algo tan sistemático y tan frecuente que es casi rutinario, lo que dificulta su reconocimiento y su enunciación. En varias de las conversaciones, las mujeres hacen referencia a episodios violentos o discriminatorios sin nombrarlos de esa forma. La violencia está en el relato que narran, pero nunca en la palabra que usan. Sus historias se construyen, sobre todo, a partir de expresiones como «a mí me ha tocado muy duro» o «aquí todo es muy difícil». Así, usual, es la violencia para ellas.

En una conversación, Jorge Andrés, una mujer trans de 47 años, menciona que hace unos años fue atacada con un machete en la nuca. «Casi me matan», dice. Luego de eso, cuenta historias de peleas y de persecuciones, como las varias veces que ha tenido que correr de la Policía e, incluso, relata cómo los agentes «se la montan» peor a las mujeres trans. La violencia y el trato diferenciado, por ser una mujer

trans que usa drogas, es evidente en cada frase de su narración, pero al preguntarle si alguna vez se ha sentido discriminada, su respuesta es negativa: «la verdad, discriminada, no, porque yo no me siento discriminada, ya va en uno que se sienta discriminada». Esta negación, que no es nada más que un silencio, muestra que lo colosal de la violencia, de forma paradójica, se hace explícito, precisamente, en su negación, en el hecho de que esta parezca tan habitual y arraigada a la vida diaria, en el hecho de que no se reconozca como tal. Pero el silencio, esa ausencia de reconocimiento en palabras, también puede ser una elección narrativa de quienes ya no quieren ser definidas por la violencia, de quienes callan para no nombrar lo que las daña.

Espacios de vida y violencia

Ser una mujer y usar drogas, en Pereira y Dosquebradas, también es aprender a negociar, a construir y a habitar el espacio. Las vidas de las mujeres entrevistadas transcurren en la itinerancia, en el ir y venir entre sus viviendas, los lugares de consumo y los lugares de trabajo que, muchas veces, concurren en el mismo espacio. Estos lugares, al ser la matriz en la que se desarrolla la cotidianidad, también son los escenarios en los que ocurre la violencia y, por lo tanto, sus características delinear las formas en las que esta se ejerce (Hubbard & Sanders, 2003).

En el caso de las mujeres que usan drogas, muchas de las cuales también ejercen trabajo sexual, el espacio es un terreno de contienda y de contradicción. Lugares como el Parque de La Libertad y el cerro de Guadualito funcionan como contenedores de la vida: allí, las mujeres pasan días, quedan grabadas sus confidencias, sus satisfacciones, sus tristezas y las violencias de las que son víctimas. Son los lugares donde pueden encontrar un poco de seguridad derivada de la costumbre, pero también son los espacios en donde son víctimas de maltrato y de discriminación.

Estos sitios, los contenedores de la vida, también funcionan como fronteras simbólicas para separar los cuerpos que son vistos como peligrosos e indeseables (Robertson, 2007; Ritterbusch, 2016). En particular, la construcción y la delimitación social de estos lugares pasan por la apropiación de las mujeres al hacerlos parte de su vida cotidiana, pero también por el control y la vigilancia de agentes del Estado, en particular de los agentes de la Policía. La violencia policial contra mujeres que

usan drogas fue uno de los daños más documentados durante el trabajo de campo y, por lo general, empeoraba cuando se trataba de mujeres que ejercen el trabajo sexual. En Pereira y Dosquebradas, las cifras de violencia policial reportadas en los últimos cinco años no ascienden a más de 30 episodios⁴⁰, un número que, aunque es oficial, no concuerda con las decenas de relatos e historias de las mujeres, lo que sugiere que hay un gran subregistro de este tipo de violencias.

De hecho, muchos de los testimonios recogidos apuntan a que los agentes de Policía llevan a ver al Estado como un sinónimo de peligro, pues son la representación más evidente y constante de la institucionalidad. El siguiente relato ofrece lucidez para observar cómo la violencia policial es una de las marcas más evidentes de la marginalización y del control espacial:

Una vez me llevaron al CAI [en Dosquebradas] y me dieron una pela esos hijuemadres [policías]. Me colgaron así de una varilla y eso me mojaban y me daban con esos bolinillos, eso pasaban todo bachiller así en fila y «paque» un bolillazo, «paque» un puño, «paque» un bolillazo, «paque» un puño. Ellos son muy groseros con los locos, ellos ven un loco por ahí durmiendo y de una lo levantan a pata, a puño, con ese bolinillo. Ellos tratan lo mismo... pues, como ellos les pegan a los hombres, también le pegan a uno y le dicen a uno «malparidos, hijueputas, gonorreas chirretes». Bueno, eso lo tratan de lo peor a uno, como si uno fuera un animal.

El testimonio de Luisa Fernanda muestra que las mujeres que usan drogas están expuestas a graves y degradantes violencias por parte de la Policía. En el caso de aquellas que además ejercen trabajo sexual, la exposición es mucho peor, pues transitan y habitan de manera cotidiana el espacio público, lo que implica un mayor riesgo de disciplinamiento por parte de los agentes de Policía. La Policía, y en general cualquiera que represente al Estado, opera a partir de la lectura estigmatizante de los cuerpos de quienes ejercen trabajo sexual, lo que hace que desplieguen violencia en lugar de seguridad, golpes en lugar de protección (Ritterbusch *et al.*, 2016; Wright, 2004).

40 Esta información está basada en la respuesta a un derecho de petición recibida el 8 de octubre de 2020 por parte de la Policía Metropolitana de Pereira.

Allá, en la calle, en el parque, en los cuartos, en los carros de sus clientes, se multiplican las violencias hacia quienes ejercen trabajo sexual. El espacio de la prostitución, con sus dinámicas y ambivalencias, también funciona como un lugar en el que el manejo del riesgo es constante: manejo de riesgo de infecciones de transmisión sexual, manejo del riesgo de ser víctimas de violencia por parte de clientes o de la Policía, manejo del riesgo de ser discriminadas mientras transitan por la calle (Ritterbusch, 2016). Francy, una trabajadora sexual de 39 años, recuerda los momentos en los que ha vivido en medio de ese riesgo:

Hay situaciones peligrosas por acá, cuando a uno no le pagan [los clientes] y lo cogen a uno duro y le sacan cuchillo y vea a cuántas no han matado y es muy duro. A mí casi me matan hace como tres meses los rivales, en un hotel, entonces como la gente de allá consume y, entonces, si llega un man con plata y los consumidores de ahí le ofrecen servicio de pipa, entonces, como llego yo, de una se quedan con uno, entonces quedan rabones porque a la vieja la ligan. Esos son los rivales míos. Entonces, esos mismos me han hecho maldades... Una vez me desvistieron toda, como cinco manes y dos viejas, que porque yo estaba es que contrabando, yo quedé en el suelo tirada. Mi mamá bajó por mí, yo estuve muy enferma, mal yo no volví por acá como en dos meses.

Las palabras de Francy dejan ver que la violencia, también, es la que amenaza con quitarles la vida a las mujeres que usan drogas. Son múltiples los relatos que muestran casos de violencia tan extrema, que llega incluso a la rozar la muerte. Valentina, una mujer trans de 43 años, cuenta una historia similar. Una vez, cuando decidió subirse a la moto de un hombre extraño, tuvo que lanzarse de esta en pleno movimiento porque «ese hombre me iba a matar por allá [...] con una amiga mía nos tocó tirarnos por el monte y correr». Después de ese episodio, quedó con cicatrices en todo el cuerpo, cicatrices que muestra mientras dice cada palabra. Al narrar el episodio, Valentina también recordó las recientes agresiones que había sufrido una amiga suya, Lady, también mujer trans: «hace poco Lady estuvo hospitalizada en el [hospital] Kennedy porque la apuñalaron y el doctor la trata como hombre [...] es muy feo que a uno en un hospital le estén repitiendo a uno el nombre de hombre».

Las marcas que quedan en el cuerpo y en la mente son evidencia de que la violencia no solo es el acto fundacional de ciertas vidas, sino

también suele anunciarse como su cierre. Las cicatrices del cuerpo de Valentina son la forma en que este se opone al cumplimiento de ese presagio. Su vida, su existencia, las cicatrices no solo son muestras de subordinación, sino también de su resistencia, pues su supervivencia niega lo que parece ser un destino común.

11. BIENESTAR: ESE ALIVIO QUE NO SE MATERIALIZA PARA LAS MUJERES USUARIAS

La enfermedad toma varias formas en la historia de Eveling Andrea. La enfermedad, como heridas que quedan en la piel y que son provocadas por las punciones de agujas infectadas. La enfermedad, como el hormigueo y la pérdida de conciencia cada vez que ha tenido una sobredosis de heroína. La enfermedad, como el profundo dolor corporal que deja la abstinencia. La enfermedad, como el diagnóstico de sífilis que fue tratado. La enfermedad, como la incapacidad de levantarse, intoxicada por ingerir comida en mal estado en un centro de tratamiento. La enfermedad, como esos días en que se aisló, perdió la sonrisa, se le agotaron las palabras y su cabeza «se fue a otro planeta».

Eveling Andrea, de 22 años y usuaria de heroína desde los 11, fue diagnosticada con esquizofrenia. Algunos doctores que la atendieron decían que podía ser depresión o desorden bipolar, pero ella misma se llama «Neutra. Ni triste, ni feliz. Neutra». Por eso descartaron otros trastornos.

Justo la semana en que nuestro equipo dialogó con ella, a finales de 2019, Eveling Andrea no tenía fórmulas para reclamar los medicamentos que el psiquiatra le había ordenado. A eso atribuye que, días antes, hubiera apuñalado dos veces a un amigo que no quería pagarle 5.000 pesos, que esa misma noche terminara retenida por policías en el piso de un Comando de Acción Inmediata (CAI) y que tuviera que ser trasladada a un hospital, porque se salió de sí, porque tuvo un ataque de esquizofrenia.

«Muchas veces, todo el tiempo, cuando la gente se entera de que soy consumidora de heroína, me discriminan, me tratan mal o me menosprecian. Sé que tengo derechos como consumidora de heroína, pero

no pareciera», dice, después de referirse a las veces en que la Policía ha sido violenta y al hecho de que en el hospital en el que se encontraba le dijeran que no iban a darle metadona, lo que la condenaría a los terribles síntomas del «amure» o abstinencia.

Los dolores de la mente

En el mundo de las mujeres como Eveling Andrea, los momentos de salud y de enfermedad están marcados por los efectos de sustancias psicoactivas —por su presencia o su ausencia—, por los lugares a los que las conducen y por las marcas que dejan en su cuerpo y en su conciencia. Para ellas, el bienestar y el sufrimiento no solo son físicos, corporales. La mente también duele:

A mí se me fue cerrando el mundo. Yo ya no podía ir a mi casa. Me mantenía allá [en la olla]. O sea, ya me daba vergüenza relacionarme contigo, ya me veía desfondada, ya me sentía como una persona antisocial. No era capaz de dirigirme a una persona, como hablándole así, como le estoy hablando a usted. No era capaz, no era capaz. Yo intentaba, pero pa yo poder hablar así, tenía que estar ebria...

Así describe Yaina Alejandra las dificultades que tuvo para relacionarse cuando inició el consumo de bazuco, un sentimiento compartido por las mujeres que entregaron sus relatos para este documento cada vez que se refieren al destierro en el que terminan por las sustancias. La casa, con la madre, el padre o los hermanos, se vuelve un lugar hostil para ellas y su dependencia. Entonces, la calle se convierte en el hogar. Allí tejen relaciones que les brindan soporte, tramitan la búsqueda de sustancias y encuentran ambientes o «parches» que las hacen sentir en comunidad. No obstante, en la calle, también experimentan el desasosiego:

A veces estoy por ahí y me agarra una lloradera. Me he intentado suicidar y todo. Me tomo la trazadona y me pone por allá, toda ida. Hay veces en que me pongo a pensar en la situación y me pongo a llorar por ahí, y yo oro y lloro. Entonces, ya como que me siento como atacada y me tomo un chorro de alcohol. Me da mucho eso, no sé por qué. Yo no cuento con nadie, porque mi mamá se mantiene muy enfermita, y yo no le digo

nada a mi mamá, qué pecao, sufre con verme por acá sentada.
Entonces uno sufre en silencio.

Quien dice esto es María Yulieth, de 39 años. A los 32, comenzó a inhalar pegante y a fumar bazuco «por decepciones de la vida, sufrimientos de la vida, enfermedades, la pobreza, las necesidades, el menosprecio de mucha gente por ser como es uno», cuenta.

La evidencia sobre la relación entre episodios traumáticos, dependencia o consumo problemático de sustancias y enfermedades mentales es cada vez más clara. Un estudio sobre acontecimientos de vida estresantes, abuso de drogas y salud mental, realizado con 138 mujeres sin hogar en Madrid, España, mostró que el 83,3 % de las participantes había consumido, al menos, una sustancia en el mes anterior. Además, las mujeres que cumplían con los criterios de abuso de drogas (19,6 % de la muestra) tenían más probabilidades de ser más jóvenes, de haber sufrido experiencias adversas durante la infancia, de haberse prostituido y de haber intentado suicidarse alguna vez (Guillén, Marín, Panadero & Vásquez, 2020).

Con estos resultados, las autoras sugieren que una prioridad de las políticas públicas debería ser la implementación de procedimientos de detección rutinaria para eventos vitales estresantes y traumáticos entre los jóvenes en riesgo de exclusión social, «con el fin de prevenir el abuso de drogas y los problemas de salud mental posteriores». Estos, además, suelen estar concentrados en hombres y olvidan las necesidades particulares de las mujeres.

¿Las autoridades sanitarias de Pereira y de Dosquebradas acogen este tipo de recomendaciones? Según respuesta a un derecho de petición que hicimos a la Secretaría de Salud de la capital de Risaralda, las acciones para generar promoción y prevención en salud por el uso de sustancias psicoactivas no tienen enfoque de género y se basan en la «captación» de usuarias y de usuarios por parte de funcionarios públicos en las calles. Sin especificar detalles, brindan educación y sensibilización sobre los riesgos del uso y el abuso de las sustancias. Para el tratamiento de trastorno por farmacodependencia y de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, la entidad afirma que solo remite los casos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y a las IPS especializadas de cada usuaria o usuario, desconociendo, así,

las condiciones precarias en que vive la población sobre la que trata este trabajo y que, entre otras cosas, afecta su derecho al acceso a salud.

Pero volviendo a la historia de María Yulieth, su relato da pie para entender que, si bien la sustancia psicoactiva está relacionada con la enfermedad, a veces también se convierte en una especie de cura para ellas: «cuando me pica el pulmón», «cuando me agarra la tristeza», «cuando me coge la ansiedad», «pa desaburrirme», «pa dejar de sentir lo que siento», «porque es lo único que me calma», «porque mi papá se me murió», «de tanto estar deprimida».

Ese doble significado que estas mujeres le dan a las sustancias (el mal y el antídoto) despierta preguntas sobre el Régimen Subsidiado de Salud y su forma de incluir (¿o excluir?) a las mujeres que ejercen el trabajo sexual o que tienen consumo problemático de sustancias, como el alcohol, la marihuana, la heroína y el bazuco. ¿Se conoce cuáles son las condiciones de salud mental de estas mujeres, sobre todo de aquellas que viven en las calles? ¿Hay conciencia sobre las características de esta población que la hace más propensa a sufrir enfermedades mentales? ¿Existen programas para divulgar, en esta población, información sobre cómo identificar síntomas de trastornos mentales y a dónde acudir? ¿Se tiene en cuenta que, en muchos casos, el tratamiento de estos síntomas puede contribuir a resolver la situación de mujeres que tienen consumos problemáticos de sustancias?

El sesgo de género en los sistemas de salud se manifiesta «en el lento reconocimiento de los problemas de salud [que] las afectan a ellas en particular» (Sen, George & Östlin, 2005). Lo anterior, que se explora en un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2005), implica que políticas e investigaciones en diversos subcampos de la salud ignoran el enfoque de género y, por lo tanto, «están mal orientados».

Por ejemplo, los primeros supuestos, en el terreno de la salud mental, atribuían los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción. «Esas presunciones carentes de fundamento y casi axiomáticas todavía no están tan lejos de nosotros como cabría pensar o desear» (Sen, George & Östlin, 2005). De hecho, según este informe, la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción y las tasas más altas de depresión en las mujeres.

De acuerdo con los relatos a los que accedimos para construir este documento, las omisiones del Sistema General de Seguridad Social en

Salud con la población de mujeres usuarias de drogas en Pereira y Dosquebradas solo perpetúa el sufrimiento que algunas experimentan con la dependencia y acentúa los síntomas de enfermedades mentales que estaban en ellas antes de iniciarse en el consumo o que se desarrollaron en su camino con las drogas.

Ellas describen estos síntomas con palabras como depresión, soledad, tristeza, angustia, ansiedad, rabia o miedo. Sin embargo, aunque reconocen su existencia, no parece que pudieran darles trámite con facilidad para encontrar soluciones y experimentar bienestar. Los síntomas, que en algunos casos corresponden a diagnósticos confirmados, como en el caso de Eveling Andrea, permanecen en ellas sin esperanza de apagarse y parecen acentuar sus dependencias.

Un obstáculo para encontrar alivio podría ser la discriminación. Por ejemplo, María Yulieth cree que los «viciosos» no le agradan mucho a la gente y, en su caso, a veces le dicen: «allá va la loquita, la que fuma bazuco, la que chupa pega». En eso coincide María Jennifer: «Lo miran a uno por encima del hombro. Que las putas, que los viciosos. Ya lo miran a uno muy feo. Entonces uno ya se siente maluco, porque uno es una persona a pesar de lo que seamos».

Si bien ninguna explica cómo esa discriminación determina o no la búsqueda de soluciones a síntomas que podrían provenir de trastornos mentales, es claro que muchas de las mujeres entrevistadas los desestiman o no los consultan cuando se enfrentan al sistema de salud. Pareciera que sintieran que están obligadas a cargar con ese peso por estar atadas a dependencias.

Lo anterior también es visible en algunos descuidos con el uso de medicamentos, como la trazadona y la amitriptilina, ambos usados en diagnósticos de depresión. Durante el paso por centros de tratamiento, a algunas de ellas les fueron formulados estos fármacos, pero en medio de las dificultades para gestionar sus sustancias, o debido a cambios en los lugares o modelos de atención médica, son inconstantes con la renovación de fórmulas, por ejemplo, y esto tiene consecuencias, como recaídas, crisis o un mayor consumo de otras sustancias que les generan efectos similares.

En el medio de ese dilema que para ellas tienen las sustancias, la de cura y enfermedad, las mujeres que dialogaron con nuestro equipo hablan con frecuencia de cuánto duele, en sus mentes y en sus cuerpos, el síndrome de abstinencia, también conocido como «amure».

El «amure» es descrito como el más insoportable de sus males. Una combinación de fiebre, sudoración, alucinaciones, incontinencia, dolor en los huesos y tristeza:

Lo más duro de estar por acá es la traición, el amure, acabarse el cacho. Cuando entra uno en el síndrome de abstinencia [...], ahí vienen encuentros de sentimientos: que me huelí el celular, que me huelí tal cosa [vender o intercambiar algo para gestionar la sustancia], eso se llama encuentro de sentimientos. ¿Usted no ha visto esas viejas que son todas crecidas y las ve uno por ahí, llorando? Encuentro de sentimientos.

La solución para los dolores del «amure» está en poder volver a usar la sustancia que les genera abstinencia, pero muchas de las que usan heroína saben que el acceso a metadona (un opioide sintético que ayuda en el tratamiento para la dependencia de heroína) también podría ser un alivio. «Si usted se toma la pasta, ya, uff, ya vuelve uno y no hay necesidad de inyectarse», menciona una de ellas.

No obstante, la permanencia inconstante en los programas de tratamiento ha alejado a algunas de la posibilidad de acceder a la metadona. También da la impresión de que este opioide, que contribuye a disminuir el uso de heroína, no está al alcance de todas, aunque lo quisieran. Eveling Andrea cuenta que la última vez que salió del hospital por el altercado que tuvo con la Policía, le ofrecieron internarla en un centro de tratamiento, pero que el psiquiatra que la atendía alcanzó a avisarle que allá no había metadona, por lo que decidió volver a las calles.

Los dolores del cuerpo

El deterioro del cuerpo por el uso de las sustancias es otro capítulo. Las mujeres son conscientes de los efectos que tienen sus dependencias sobre su piel, su dentadura, sus pulmones, su corazón, sus intestinos.

Si usted le echa un gramo de bazuco a un poquitico de carne, al ratito usted la ve con un hueco. Eso es que ya la está perforando. Y si la deja de un día para otro, la carne ya está dañada.

Así describe María del Pilar el efecto que cree que tiene el bazuco sobre el cuerpo. Hace treinta años vive en las calles y utiliza, además de esta sustancia, marihuana, cocaína y pegante. A ellas atribuye el hecho de tener problemas con la presión. De hecho, una semana antes

de dialogar con nuestro equipo, estuvo hospitalizada por una subida del ritmo cardíaco que, dice, le produce el bazuco: «eso le da a uno susto y aceleramiento. Por más que uno quiera pararlo, no puede».

A Laura Liceth, en cambio, la cocaína le ha afectado los pulmones. O al menos eso le dijo un médico cuando le diagnosticaron neumonía, hace algunos años. A Luz Adriana G. se le caen los dientes. A Teresa, que usó drogas por más de cuarenta años, le dio peritonitis: «Se me explotó una tripa por dentro de tanto humo que yo le echaba al cuerpo, entonces el estómago se me llenó de popó. De diez personas que les da eso, se salva una. Y yo me salve, mami. Mi dios me tenía para algo más».

Más allá de algunos casos de mujeres que viven con VIH o que suelen realizarse pruebas para descartar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, la relación de este grupo de usuarias de drogas con la prevención y la atención es salud es precaria.

Lo que uno lee en sus relatos es que solo visitan al médico cuando hay embarazados avanzados, emergencias, accidentes con arma blanca o momentos en los que se encuentran entre la vida y la muerte.

A urgencias fui una vez por tomar muchas pastas de clonazepam [un sedante]. Me pusieron suero y medicamentos y ya. Luego volví por un dolor de cabeza muy fuerte porque me eché un shampoo. Me da mucha pereza ir al médico. Una vez me dijeron que tenía la presión baja.

Esa percepción sobre ir al médico la comparten otras mujeres: «Yo siento que yo tengo algo en mi cuerpo, pero a mí no me gusta ir a los hospitales porque yo siempre he dicho que allá lo dejan morir a uno», expresó Mariana.

La conciencia sobre la prevención y la atención se desarrolla más en espacios comunitarios, cuando grupos de reducción de daños ofrecen, de forma gratuita y voluntaria, pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual, información para prevenir las sobredosis, jeringas nuevas para el uso de heroína o asesoría sobre procesos de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud.

En sus relatos son frecuente las alusiones al desconocimiento sobre cómo afiliarse al Sisbén o a las trabas o negativas que han recibido en oficinas para poder hacerlo. Algunas creen, incluso, que por vivir en residencias y dedicarse al trabajo sexual no clasifican; y otras, sencillamente, no saben cuál es el procedimiento y recuerdan sus últimas

citas médicas en la cárcel o cuando estaban afiliadas a una EPS como beneficiarias de exparejas o de sus padres.

A lo anterior, se suman casos de maltrato y de discriminación en centros asistenciales. Cuando han sido hospitalizadas, a Valentina y a Lady, mujeres trans, los doctores las llaman por los nombres que tenían antes de su tránsito; una enfermera lastimó a Geraldine al ponerle un catéter, lo que terminó en una cirugía en su mano y en fuertes dolores que aún no cesan y que la incapacitan.

La carga de la enfermedad de estas mujeres recae, de manera desproporcionada, en ellas y en los programas comunitarios de reducción de daños que hay en Pereira y en Dosquebradas. La muestra más clara de ello son las sobredosis.

Muchas han tenido que aprender, al son de desmayos, calambres en el cuerpo y riesgo de muerte, qué cantidad de sustancia puede soportar su cuerpo y cómo respirar si llegan a sobrepasarse. Algunas dicen, incluso, que nunca han ido al hospital cuando han sufrido estos episodios. Es el caso de Eveling Andrea, cuya vida ha salvado «muchas veces» doña Elsa, una mujer de Dosquebradas que, de forma voluntaria, recibe inyecciones de naloxona y las aplica a quienes tienen sobredosis. ¿Dónde queda entonces la responsabilidad del sistema de salud en la vida y el bienestar de estas mujeres?

12. ¿SALIR DE LAS DROGAS? IMPOSIBILIDAD Y VIOLENCIA

Tras el recorrido por la vida de las mujeres y las situaciones a las que se enfrentan, cabe preguntarse por las posibles soluciones a uno de los factores problemáticos, es decir, a la posibilidad de tratamiento para el uso de drogas. Para empezar, hacemos dos aclaraciones sobre el tratamiento al consumo problemático de drogas, en general, y para las mujeres, en particular.

La primera es que, como para cualquier otra situación de salud, el tratamiento es voluntario. Cualquier persona con una afección de salud tiene potestad, en el curso de su enfermedad o dolencia, de decidir si quiere o no medicamentos, terapias, u otros. A pesar de que la percepción pública es que a los «adictos» habría que forzarlos, no es ni ético, ni jurídicamente correcto. Tampoco hay evidencia científica que respalde esta postura. Cabe recordar que, hasta 1994, las personas que usaban drogas podían ser encarceladas o también sometidas a tratamiento obligatorio. Estas normas fueron declaradas inconstitucionales en la Sentencia C-221 de 1994 y, luego, de manera paulatina, se fueron desarrollando políticas públicas sobre el tratamiento a trastorno por uso de sustancias⁴¹.

Apenas en 2019 se conoció una tesis de especialización de dos profesionales de Pereira que hablan de misoginia institucional en el tratamiento. Esta investigación reporta, para el caso de una IPS en particular de la ciudad, que las mujeres son tan solo el 5 % de las pacientes

41 Para una descripción más detallada sobre el marco jurídico y de política pública en el que se inserta la atención en salud a las personas que usan drogas, ver Pereira y Ramírez (2019, pp. 75-87).

y tienen un promedio de estancia de 45 días en un lugar que propone un modelo de atención de 365 días de internación, en comparación con el promedio de estancia de 180 días de los hombres (Díaz & Grisales, 2019, p. 8). La investigación muestra que hay barreras y obstáculos para ingresar a tratamiento y para permanecer la totalidad del ciclo de este. Como consecuencia, ellas están expuestas a mayores riesgos y tienen una mayor carga de enfermedad, lo que deriva en un reciclaje trágico de otra serie de vulnerabilidades tanto en salud, como socioeconómicas.

Muchas de las atrocidades que les ocurren a las personas que usan drogas se dan, incluso, en el marco de la atención en salud y de las normas de los centros de tratamiento, como, por ejemplo, ser expulsados del proceso si están «sucios», es decir, con consumo activo. El doctor Maté propone una analogía para expresar la gravedad de una expulsión del tratamiento: este castigo sería como expulsar de diálisis al paciente que presenta síntomas más graves (Maté, 2010, p. 155). Este tipo de «cuidado», en medio de pandemias globales, como la del VIH, sería considerado negligencia profesional en cualquier otro ámbito de la salud (Szalavitz, 2016, p. 15). No solo se está negando atención a una persona que lo necesita, sino que se está agravando su situación al exponerla a la calle y a comportamientos de riesgo.

En el caso de las mujeres, se agrega, además, la amenaza de separación de sus hijos o hijas, cuando los tienen, como un «componente terapéutico», como un incentivo para dejar el consumo, teniendo en cuenta, como subrayó Fiona Gilbertson, que, entre las redes de uso de drogas, de atención a VIH, y de tratamiento para consumo de SPA, «las mujeres que tienen hijos son el grupo más estigmatizado, el grupo más sobre “vigilado” y desatendido» (Gilbertson, 2020, p. 43, traducción de las autoras). Esto solo puede empeorar una situación ya presente de trauma.

La segunda es que, el campo del tratamiento, a diferencia de otras atenciones en salud, es un campo minado en su contenido, actores, prestadores y atención. Si bien la normativa del país exige la autorización de instituciones de salud para cualquier centro de tratamiento, hay muchos centros irregulares que cobran por internar a pacientes con modelos que no están basados en la evidencia y que, además, rayan en la fina línea de la ilegalidad. Desde los modelos de 12 pasos hasta la «cristoterapia», pasando por terapias de choque o, simplemente, de «pasar a palo seco el amure», el tratamiento está plagado de posiciones

morales que entran en conflicto y que ponen en peligro la salud y el bienestar de las personas que usan drogas. Todo esto se reviste de mayor frustración para el caso de la heroína. A diferencia de otras sustancias, se debe tener en cuenta que el tratamiento para el consumo de heroína —los programas de mantenimiento con opioides— tienen resultados sumamente positivos, y nada despreciables, con reducciones de, por ejemplo, hasta el 75 % en la mortalidad (Capplehorn *et al.*, 1996).

En medio de este panorama, además, las mujeres han sido la última de las preocupaciones en la agenda de salud y de tratamiento, y hay grandes vacíos sobre lo que implica pensar en enfoques que atiendan sus necesidades, tanto biológicamente, como por los roles sociales que detentan, en particular frente a los hijos e hijas. Si bien, y como se describió al inicio, son la porción minoritaria de las personas que usan drogas, ha habido mucha negligencia en diseñar modelos de atención con enfoque de género. Las secretarías de salud de Pereira y de Dosquebradas, en respuesta a un derecho de petición enviado en el curso de la investigación, reconocieron que no hay, como tal, un enfoque de género en la oferta de reducción de daños que ofrecen estos municipios, sino una atención general.

Salir o no salir de las drogas parece formulado en una disyuntiva de «todo o nada» que es abrumadora de enfrentar. Hay miedo por el síndrome de abstinencia y el dolor de la desintoxicación. También es un proceso de mucha soledad, con una sensación de que no hay quien extienda un apoyo solidario cuando se busca ayuda, y que, si lo hubiera, quizá sería más tolerable el difícil paso. Bien lo dijo Angie, una joven de 25 años, madre soltera de un niño de cuatro años, y en embarazo: «quiero salir de este vicio, quiero rehabilitarme. Pero no tengo a nadie que me dé una manito. Qué mas quisiera yo que un centro de rehabilitación...». Angie ya no tiene custodia de su hijo, la tiene ahora el papá del niño, que a ella la maltrataba físicamente. Angie estuvo un tiempo en la cárcel, hoy se rebusca para sobrevivir y no está asegurada en el sistema de salud. En la vida de Angie, los aparatos institucionales, como el sistema criminal y el penitenciario, y el sistema de protección de menores fueron altamente rápidos en su gestión, pero la atención en salud, que ella como mujer requiere, no tuvo ni de cerca la misma velocidad.

Teniendo en cuenta que, de las mujeres entrevistadas, aproximadamente la mitad usaba heroína —fumada o inyectada—, la posibilidad de tratamiento implica no solamente eliminar el uso de una sustancia

peligrosa, sino salvar la vida misma. Uno de los grandes peligros de la heroína es la sobredosis que, al ocurrir, causa la muerte, a diferencia de otras sustancias que no revierten un riesgo tan grave de sobredosis, como por ejemplo la marihuana (CDC, s. f.). El hecho de que haya una posibilidad de salvar vidas —sea con naloxona (Harm Reduction Coalition, s. f.) o a través del tratamiento—, pero que la ruta para acceder a esta esté plagada de obstáculos es un fracaso ético de la política pública y una grave violación al derecho a la salud y al derecho a la vida.

Ahora, el tratamiento al consumo de otras sustancias en las vidas de estas mujeres —perico, bazuco, pepas, marihuana— es un poco más complejo. A diferencia de la heroína, que tiene su reemplazo opioide en la metadona, las otras sustancias, y en particular las estimulantes, no tienen una terapia de mantenimiento. La Chapa, por ejemplo, lo comprendía así:

Pa mí la heroína es droga, porque es la única droga que tiene medicina propia pa dejarla, porque yo nunca he visto que usted se tenga que tomar una pasta pa dejar la marihuana, o que la marihuana le da cólicos o que el perico le dio ganas de vomitar o daño de estómago. Es la única droga.

El tratamiento, entonces, con o sin el factor de medicamento de reemplazo, debe abordar la complejidad y la interacción de los aspectos que motivan o que explican el consumo, incluyendo los temas de salud mental, las relaciones familiares, los rastros del trauma, la marginalidad y las consecuencias de la violencia ejercida contra las mujeres, por el simple hecho de serlo. El tratamiento, además, debe partir del respeto hacia la autonomía de la persona que está accediendo al mismo, en lugar de la exigencia de imposición de modelos de vida que le son ajenos. Esto está lejos de la realidad, como se verá a continuación. A las mujeres en el tratamiento —regular o irregular— se les exige estar «limpias»; es un «todo o nada». Los cambios pequeños no se consideran suficientes, solo la abstinencia de toda sustancia se considera lo suficientemente buena. Se desprecia o se ignora la posibilidad de otros cambios positivos, como, por ejemplo, la formalización del empleo, la reconstrucción de relaciones familiares y personales, y la mejora en comportamientos de riesgo.

La atención y el tratamiento a la farmacodependencia se incluyó en Colombia en el Plan de Beneficios en Salud en 2012, gracias a la

Ley 1566 de ese año⁴². Antes de esto, los servicios de tratamiento para consumo de drogas ilícitas estaban a merced del sector privado y de los centros religiosos. Al no estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud, no era una atención que se pudiera cobrar a los aseguradores a través del sistema de salud. Así, la formación de médicos, en particular de especialistas de la salud mental en temas de adicciones, era muy escasa. Había un estigma asociado al consumo de drogas presente también en el gremio médico. Si bien estas inercias, en su mayoría, se mantienen luego de la promulgación de la ley, lentamente se empiezan a crear centros de atención especializados a los que se puede acudir a través del sistema de salud, en particular en las ciudades donde se ha instalado una población usuaria significativa⁴³. La proporción de personas que busca atención por trastorno de consumo de sustancias es muy pequeña, según la más reciente encuesta de consumo, el 2,6 % de personas de 12 a 65 años (hombres y mujeres) sintieron, en los últimos doce meses, la necesidad de ayuda para dejar de consumir alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal. Este dato no está desagregado por sexo.

En este capítulo se ahondará, desde la experiencia de las mujeres, en dos aspectos de la búsqueda de tratamiento y en las consecuencias que esto tiene en sus vidas. El primero es el diseño institucional de atención que, a través de largas listas de espera, con ausencia de enfoque de género y con hostilidad hacia las personas que usan drogas, está diseñado para el fracaso. El segundo es la existencia de sitios no habilitados, a donde las mujeres acuden ya sea por necesidad o por desesperación, o a donde son enviadas en contra de su voluntad. Estos sitios, sin vigilancia, por fuera de cualquier órbita de estándares de atención y de cuidado en salud, son espacios de múltiples vulneraciones de derechos.

42 Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas. Julio 31 de 2012. D. O. 48.508.

43 En Armenia, Bogotá, Cali, Medellín, Cúcuta, y también en Dosquebradas y en Santander de Quilichao, pero en menor proporción, hay cierta capacidad instalada de atención, pues son ciudades donde se instaló el consumo de drogas ilícitas, en particular el de heroína (Minjusticia & Observatorio de Drogas de Colombia, 2015; Pereira-Arana & Ramírez-Bolívar, 2019).

Ambas caras de la moneda revelan, en el fondo, la negligencia y la indiferencia generalizada hacia las personas que usan drogas, pero, en particular, hacia las mujeres. La redención, la esperanza, y las segundas oportunidades son ideas abstractas que solo en contadas excepciones hacen parte de su relato.

El camino que destina al fracaso

La oferta de servicios de salud especializados y de calidad es muy escasa. Según un estudio del Ministerio de Salud, el 95 % de los municipios del país no tiene ningún centro de tratamiento a dependencias a SPA habilitado. Esto no significa que no haya en dichos municipios centros de tratamiento, pero estos, por lo general, son ilegales, están fuera de la norma y usan métodos que van en contra de la evidencia y de la dignidad humana. Los pocos centros habilitados que hay, tienen listas de espera larguísimas y una capacidad de atención baja en relación con la demanda en las ciudades donde hay concentración de población que usa drogas, como es el caso de Pereira y de Dosquebradas⁴⁴. Según la respuesta de la Secretaría de Salud, hay nueve centros de atención que acogen a personas usuarias de drogas. A la fecha de la respuesta, había internadas 194 personas. Cabe aclarar que, varios de los centros a los que hacen referencia, no están habilitados ni están reportados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)⁴⁵.

Pero, además de esta minúscula posibilidad de obtener el cupo, el enfoque de género es el gran ausente de los modelos de tratamiento. Lo único que se encuentra en los lugares habilitados, como documentaron Pereira y Ramírez, es que se separa a los hombres de las mujeres, por lo general, con el objetivo de «proteger a los muchachos de tentaciones». No hay ningún enfoque de atención que tenga en cuenta las

44 Para un análisis más detallado de la situación de los servicios de tratamiento en Pereira, ver el capítulo 2 del libro *Los caminos del dolor: acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia* (Pereira-Arana & Ramírez-Bolívar, 2019).

45 Los CAD que menciona la Secretaría de Salud de Pereira en su respuesta, son: Corporación Creando Vida, Fundación Sueño Colombiano, Fundación Alcanzando un Sueño, Centro de Recuperación del Bienestar Delfina, Fundación Mundo Sin Drogas, Fundación Hogar de los Muchachos, Fundación Corazón Valiente, Reeducar Comunidad Terapéutica y Proyecto de Vida.

necesidades y las trayectorias particulares de las mujeres en su proceso de tratamiento (Pereira-Arana & Ramírez-Bolívar, 2019, p. 173). En otra investigación, los mismos profesionales de la salud de una IPS afirman que, cuando hay manifestaciones románticas heterosexuales entre dos pacientes, se castiga con expulsión a la mujer y no al hombre, bajo la justificación de que «lo tentó» (Díaz & Grisales, 2019, p. 10).

Si una persona que usa drogas quiere dejar el consumo, no es exagerado decir que debe programar, al menos, seis meses para buscar dicha atención en el sistema de salud, a pesar de estar incluida por ley. Por supuesto, en un sistema de salud como el colombiano, que tiene problemas estructurales que retrasan la atención, esta barrera es común para muchos otros ámbitos de atención. Pero, en este caso, es de mayor gravedad que haya tales tiempos de espera. La decisión de buscar tratamiento es una ventana de oportunidad que no se presenta a menudo, y cuando se abre, es ideal aprovecharla en ese preciso instante.

Pero, además de esto, es importante tener en cuenta que, en particular para esta población, el aseguramiento en salud no es siempre una realidad. Muchas mujeres no tienen ingresos, ni trabajos estables como para pertenecer al sistema contributivo; o la atención del Estado no ha llegado de manera que puedan acceder al sistema subsidiado. Aunque varias están afiliadas al régimen subsidiado, hay quienes no tienen ninguna cobertura lo que, en sí mismo, representa una barrera y un tiempo largo de espera para recibir atención. Es el caso Johana Andrea, una mujer de 38 años, nacida en Gloria Elena de Umbría. Vive hace 25 años en Pereira. Johana Andrea usa heroína fumada hace ocho años y, a pesar de desear el tratamiento con metadona, el hecho de no estar cubierta por ningún tipo de aseguramiento es un obstáculo insuperable:

Nunca he estado en un tratamiento, no es que no me llame la atención, sino que es que para eso requiere plata, requiero SISBEN y yo no tengo ni SISBEN, ni tampoco tengo plata. Yo cuento solo con lo que yo haga, con lo que yo tenga, yo no puedo ir a decirle a mis hermanas que necesito un tarro de metadona, que vale 180, vale 150. Ellas a mí no me lo van a dar, a mí me toca es por parte mía conseguírmela. Me gustaría tener la opción de tratamiento ambulatorio para no internarme.

Tras el fallecimiento de su esposo, y ante la necesidad de responder por cuatro hijos, más lo necesario para mantener el consumo y no

tener síndrome de abstinencia, Johana Andrea terminó en el Parque de La Libertad. No es un camino deseado, dice que es muy duro, y que quisiera otra vida. Está ante una encrucijada imposible: o se mete a un centro de rehabilitación para que no le quiten a sus hijas y deja de trabajar, o sigue trabajando para proveer para ellas, pero se las quitan por el hecho de usar drogas. Johana Andrea cuenta que tiene un buen apoyo de su familia, que reconocen que ha sido muy buena mamá en medio de circunstancias difíciles, y que la motivan al tratamiento. Sin embargo, la cotidianidad es una barrera en sí misma, como lo expresó: «a mí me dicen que el día que yo me decida a meterme a un centro de rehabilitación no es sino que les diga, pero la verdad no sé, no sé más que todo por mis niñas. Yo pienso mucho, porque entonces, ¿quién me le va a dar lo necesario a mis hijas? Yo pienso mucho es por mis hijas, porque si yo no trabajo entonces, ¿quién?». ».

Estos dilemas, producto de un abordaje de política pública que desconoce las realidades de las mujeres y su ejercicio de la maternidad, serán ahondadas más adelante. Pero suponiendo que, a diferencia de Johana Andrea, la mujer tiene cobertura de aseguramiento en salud, aún se viene una avalancha de obstáculos qué sortear antes de alcanzar la garantía de la Ley 1566.

En términos muy generales, esta es la ruta: primero, cita de médico general antes de poder ser remitida a especialista en psiquiatría; luego, exámenes para revisar las infecciones de esa mujer, si tiene alguna ITS u otra afección de salud, todo esto ya lleva tiempo. En caso de que sí tenga alguna infección —que no es extraño en esta población— debe acudir primero al tratamiento de dicha afección. Por ejemplo, si da positivo para hepatitis B o C, debe recibir primero tratamiento para esta condición. Sin ello, no será aceptada en ningún centro de tratamiento. En el caso de que todo esto ocurra, y que la mujer tenga la paciencia suficiente, pueden haber transcurrido mínimo seis meses. Los servicios, además, están altamente fragmentados: para cada tipo de atención, hay un prestador distinto. Así, también aumentan los costos de salud asociados, por ejemplo, de transporte, que a menudo estas mujeres no tienen con qué cubrir.

En este punto, es importante hacer una pausa para recordar que la decisión de abandonar el consumo de sustancias no siempre es una decisión inamovible, infinita o permanente en el tiempo. Es una ventana de oportunidad que, dadas las condiciones apropiadas, puede dar pie

a un proceso para mejorar la calidad de vida. Pero, por los obstáculos precisos, puede desencadenar más traumas, profundizar ciclos de violencia o pobreza y agravar enfermedades de base.

Para pensar en estos tiempos de espera, es clave traer a colación el relato de Yuli, y lo que implica para ella, a la vez, anhelar y temer el tratamiento y la búsqueda de soluciones. En su caso, una mujer de 30 años que lleva nueve en el consumo de heroína, los miedos de no acceder al tratamiento se ven exacerbados por la muerte de su hermana, que vivió una vida muy similar a la suya:

Sí, yo quisiera, pero como yo le digo a las personas, yo ya lo he intentado y no soy capaz de aguantarme lo que siento. Ustedes no saben porque no lo han probao, solamente sabemos las personas que son allí como yo. Pero sí sé, sí sé que si me ayudan con las pastas, puedo, puedo cambiar porque yo ya he visto personas peores que yo que han llegado a lo más hondo que yo, y de más años, y han cambiado con esa pasta. Entonces yo también quisiera eso y, más que todo, por mi hermanita que murió menor que yo. Yo tengo 30 y ella murió de 26.

Yuli afirma, con mucha razón, que el síndrome de abstinencia es imposible de aguantar sin «las pastas». Estas son la metadona, el medicamento de mantenimiento que elimina los síntomas del síndrome de abstinencia y permite, entonces, cambios más profundos y estructurales, que redundan en transformaciones positivas para una persona que usa heroína. Pero para llegar a «las pastas», hay que surtir la ruta.

Volviendo a esta, suponiendo que una mujer surtió el proceso, obtuvo tratamiento para su infección de base y llegó a la cita con el especialista en psiquiatría que remitió la orden para tratamiento ambulatorio o para internación —lo más común es la internación—, empieza la espera por un cupo en los centros de tratamiento habilitados por las autoridades de salud para prestar estos servicios. En Pereira, se identificaron tres centros de atención habilitados, según del REPS: el Instituto del Sistema Nervioso, el CADRI del Hospital Mental de Risaralda (Homeris) y Psico Transformación y Salud. Estos dos últimos se ubican en la salida sur de la ciudad, en la vía a Cartago. Esta anotación, aunque parece meramente geográfica, es importante, pues Dosquebradas, al otro extremo de la ciudad —y también con una presencia significativa de uso de drogas—, está desprovista de centros

de tratamiento. Los espacios y lugares del vicio están a dos pasajes de distancia de los lugares de la atención. A menudo, pagar el pasaje de Dosquebradas hasta el Homeris o hasta Psico vale lo mismo que un «chute». Por ejemplo, para Geraldine, a pesar de contar con una red de apoyo familiar importante, la dificultad para conseguir lo de los pasajes la llevó a abandonar el tratamiento:

Como mi mamá prácticamente es la que me daba los pasajes y todo eso, entonces le tocó empezar otra vez a pagar arriendo y le tocó cortarme los pasajes, y ya paila. Ya no podía. Ya cuando yo conseguía, iba; y cuando no, entonces me regañaron allá [en el Homeris] y todo eso y, entonces, ya seguí consumiendo [heroína].

Además de las trabas, demoras y deficiencias en la oferta de tratamiento, hay muchas barreras para la permanencia en los centros. Sin hablar de aquellos donde hay torturas y tratos inhumanos, los centros regulados también son espacios de difícil estancia. El encierro es uno de los factores más complejos. Para algunas mujeres fue intolerable compartir el espacio con pacientes psiquiátricas y esto era aún más difícil de aceptar si sabían que los hombres sí tenían un espacio separado para los que estaban por uso de SPA. Esto no existía para ellas.

Claudia Johana, de 30 años, madre de dos hijos, pasó por muchos lugares de tratamiento, tanto habilitados, como irregulares. Hoy, Claudia Johana vive con su padre y sus dos hijos, trabaja, está animada con ser un par comunitario para otras mujeres que viven la realidad que ella experimentó en su juventud. Pero llegar acá no fue fácil. En particular, por la experiencia de uno de los centros de tratamiento habilitados. En este pesó enormemente la discriminación que vivía como mujer y la diferencia en el modelo de tratamiento que les brindaban a los hombres:

El último en el que tomé la decisión fue Psico, que fue psiquiátrico, y allá tuve la valentía ya de [...] no fui capaz de encajarme en el último que estuve, porque una persona psiquiátrica me tiró comida en la cara pero, yo ya iba a ...hmmm... entonces yo por eso salí de forma voluntaria y me retiré del programa... si hubiera sido un programa como el de los hombres yo me había hecho todo el programa. Hasta el año, pero como era psiquiátrico el de las mujeres, yo no fui capaz de tolerarme esa gente psiquiátrica, para mí fue muy duro ese ambiente...

Hoy Claudia Johana tiene las cicatrices emocionales y físicas de su largo proceso de búsqueda. Tiene VIH, VHC y tuvo sífilis cutánea. Cada centro hostil y violento, cada lugar que usaba métodos contrarios a la evidencia, tan solo prolongaron los ciclos de enfermedad en ella y dejaron, a su paso, las consecuencias. Pero, además, incluso en lugares con debida habilitación de las autoridades de salud, las mujeres reciben una versión del tratamiento muy diferente a la de sus contrapartes masculinas. La posibilidad de estar entre pares por el tipo de condición por el que están internados es un privilegio reservado para los hombres. Las mujeres son volcadas a compartir espacios mixtos con otras mujeres con patologías muy distintas a las suyas y, por supuesto, los procesos terapéuticos entran en conflicto.

Además, puesto que abandonó el tratamiento, y eso es castigado, cuando se realizó la entrevista estaba de nuevo en el proceso de acceder a la metadona por el sistema de salud. Para esto, debía mostrar, con exámenes de sangre, que no estaba consumiendo ninguna droga. No solo el modelo de atención no está pensado para las mujeres, sino que el fracaso se castiga en ellas y no en el sistema que les falló. Sobre la diferencia en el trato a quienes usan drogas, entre hombres y mujeres, Claudia Johana recalca, una vez más: «En el programa de tratamiento yo sí veo la diferencia, pero eso es en el apoyo residencial. Yo no estoy loca y a mí me metieron a un psiquiátrico y yo quería que me atendieran como los hombres, pero no fue así...».

En medio de los dolores y de las angustias de la calle, quienes trabajan en reducción de daños fueron la línea de salvación, un cable a tierra para buscar un camino de regreso, para mejorar la salud y recuperar las relaciones familiares. A Gloria Elena, por ejemplo, cuando se le preguntó por la red de apoyo, después de mencionar a su familia se refirió a «los de las jeringas». Sin embargo, en su caso particular, no ha llevado a una búsqueda de tratamiento, lo que también es viable y aceptable en la esfera de la reducción de daños. De manera paralela, en el caso de Claudia Johana, a través del programa de reducción de daños supo de la gravedad de su estado de salud como consecuencia del consumo, y eso la llevó a buscar tratamiento:

Yo me siento muy feliz, yo soy una persona muy activa yo voy a cumplir dos años con ellos [la familia] en noviembre, si dios quiere. Gracias a los grupos de las jeringuillas, yo logré salir a flote, ellos me dieron la mano [...] Los de las jeringuillas,

el programa de las jeringuillas, fueron los que me ayudaron a hacerme todos los exámenes. Fueron unos meses de espera, pero gracias a dios todo fue muy bueno, me di cuenta de que estaba muy mal, de que tenía muchos diagnósticos y que yo debía salir de ahí, pero gloria a dios lo logré... y heme aquí hoy.

El papel de la reducción de daños es esencial como enlace para los servicios de salud. Estos activistas, y pares comunitarios, brindan acompañamiento a la población y, además, no permiten que los gobiernos locales olviden cuál es su obligación en la garantía del derecho a la salud al buscar siempre impulsar el cambio. Pero también encuentran limitaciones en el universo de necesidades de las mujeres. Como se afirmó en otras secciones del documento, los entornos de pobreza y de vulnerabilidad hacen parte de los antecedentes de la gran mayoría, además de escasas oportunidades de educación básica, y aun menores posibilidades de empleo. Por supuesto, la atención que brindan o los equipos de reducción de daños es crucial, permite minimizar riesgos del consumo, hay acompañamiento para la atención en salud. Pero todo lo demás, que sería de gran utilidad para promover mejoras en la calidad de vida, en los ingresos y en la movilidad socioeconómica, es el gran ausente. Así lo considera Laura Liceth:

Así como llegan aquí así, a repartir jeringas, y a repartir preservativos y a hacer pruebas de VIH, ¿por qué no vienen a repartir educación? ¿Por qué no vienen a tomar como de un colegio y decir «venga, nosotros vamos a venir todos los sábados a repartir educación»? «Vamos, a las personas que no han terminado el bachillerato, a que puedan terminar su bachillerato; vamos, a personas que ya han terminado su bachillerato, a que puedan hacerse un pequeño curso o un tecnólogo, pa' que tengan esa credencial o esa constancia de algo a la hora de mostrar una hoja de vida»? Entonces, yo digo, sería más lindo, en vez de repartir unas jeringas, que repartieran educación. Yo siempre he dicho que eso formaría y cambiaría mucho la calidad de vida

Los límites de la reducción de daños, y del tratamiento mismo, están plasmados en los anhelos de Laura Liceth. Asumir prácticas menos riesgosas de consumo es un triunfo, y para quienes lo deseen, dejar de consumir también implica mejoras en la calidad de vida. Pero ninguno de estos procesos modifica el entorno de exclusión laboral en

el que permanecen las mujeres. Romper los ciclos de pobreza es una deuda pendiente. La pobreza explica muchas de las condiciones difíciles de salud, pero hay casi nulas acciones para promover la movilidad socioeconómica en las historias de estas mujeres.

Por otra parte, aun cuando los enlaces y los pares comunitarios están ahí para escuchar y motivar, no es suficiente para animarse a atravesar el tratamiento. Muchos modelos de tratamiento en Colombia exigen abstinencia, y los programas de metadona no son la excepción. Esto tiene una justificación médica por los posibles riesgos asociados, por ejemplo, una sobredosis, o una mezcla peligrosa. Sin embargo, hay una dificultad para hablar, de manera honesta, sobre el tránsito entre consumo y no consumo, y una presión para estar «completamente limpia», que opera como expectativa que, a menudo, es difícil de cumplir y que puede, incluso, amenazar procesos de recuperación sólidos. Para Diana Marcela, de 19 años, es una posibilidad que se le ha ofrecido en casa, pero no es tan fácil como empacar maletas y cambiar la vida de un momento para otro.

Equipo (E): ¿Alguna vez has estado en programa de ayuda al consumo?

Diana Marcela (D): Nunca, porque estos días yo he estado muy aburrida por esta vida que he llevado. Y yo le he dicho a mi hermana. Ella me dice cuántas veces yo le he dicho y no se deja ayudar, esto es pa que usted estuviera bien. Me ha llevado a centros de rehabilitación y yo es como si no quisiera. Mi hermana la mayor es como mi mamá. A la hora que yo le diga «¡nena, yo quiero cambiar!», ella a mí me ayuda. Entonces yo digo que el día que uno vaya a un centro de esos es porque uno va a salir adelante, porque yo no voy a volver a consumir nada [...] Yo quisiera irme de esta vida que estoy viviendo. Ya no me la agunto más. Ya son seis años perdidos en la calle, eso no es vida pa uno. Mi hijo, cuando estaba chiquitico, era cuando más me necesitaba a mí... y ahí fue donde yo no le puse cuidado y me tiré más a la calle. Ahí fue donde mi mamá se lo llevó. Pero ella me dice a mí «yo estoy acá para cuando usted quiera cambiar. ¿Usted quiere cambiar? Venga, que yo le entrego su hijo a la hora que usted quiera». Ella no pierde la esperanza de que yo voy a cambiar. ¿Cuándo? Yo toda la vida no le voy a durar...

Además de las exigencias de «limpieza», los centros de tratamiento, especialmente los de internación, imponen reglas y una disciplina que despoja de autonomía a quienes ingresan, y un conjunto de normas sin justificación, como, por ejemplo, la prohibición de fumar cigarrillo. Este es un factor que detiene la búsqueda de tratamiento. Esa es la experiencia de Lady Bibiana:

Yo no me quiero internar, yo quiero es que me den unas pastas para yo irme para una finca y tomármelas por allá, porque a mí no me gusta internarme, porque uno internao no se puede fumar un cigarrillo. Uno internao no puede dormir hasta tarde, no puede hacer lo que uno quiera, entonces, no. A mí no me gusta internarme; a mí me gusta es estar así.

Lady Bibiana tiene 24 años y usa heroína hace cinco. Se siente frustrada con los síntomas del «amure», con la necesidad de conseguir para la dosis tan pronto entra el mareo, el insomnio y hay que conseguir para desamurarse. A veces, Lady Bibiana consigue metadona en lugar de heroína e intenta, así, manejar su situación. Cuando se hizo la entrevista, no tenía cédula y necesitaba sacar además el SISBEN. Sobre la posibilidad de acceder a tratamiento, además del encierro, Lady Bibiana encuentra la barrera del transporte, en caso de que sea ambulatorio. Considera que, si es para pagar todos los días un pasaje hasta el sitio, más bien se compra la pasta de metadona.

Este es un problema común de las mujeres que buscan tratamiento, en particular en los programas de metadona. El hecho de tener que ir, todos los días, en un horario estricto, a menudo no se acomoda ni a sus rutinas, ni a sus precariedades económicas. Esta situación se repitió en varios casos. Pero, además, para aquellas que tienen hijos y que ejercen activamente su maternidad, es imposible acomodarse a los horarios inflexibles de los programas de metadona. July Marcela, de 32 años, tiene un hijo de 10 y otro de 2 y explica bien estos obstáculos:

Equipo (E): ¿Y tú has intentado acceder a la metadona a través del programa del Homeris o del CADRI?

July Marcela (JM): Sí, pero me queda muy difícil porque tiene uno que ir todos los días a tomársela y entonces a mí no me da, por lo que me queda muy lejos.

E: ¿A cuánto te queda de tu casa en tiempo?

JM: No, pues, imagínese que son cuatro buses.

E: ¿Cuatro buses?

JM: Cuatro. Sería uno de mi casa al centro y del centro al Homeris, no me da. Y en este momento mi hijo mayorcito estudia, yo lo tengo que despachar, yo tengo que mantener pendiente de él y del bebé. Y él también está en un equipo de fútbol, también tengo que estar pendiente.

Este relato muestra que, al contrario de la idea de «malas madres» que se tiene de las mujeres que usan drogas, de hecho, es lo opuesto. Se prioriza el cuidado de los hijos por encima del cuidado de la salud propia. Los centros de tratamiento tienen ahí un punto ciego, con horarios que desconocen la realidad de las mujeres como cuidadoras. July Marcela logró, a punta de una suerte de autoterapia con las «pastas», recuperar a sus hijos y volver a casa. Lo que el sistema de salud debería dar por ley, como parte del derecho a la salud, le ha tocado conseguirlo en la olla. Al momento de la entrevista, July Marcela buscaba averiguar si había alguna manera de conseguir metadona a través de la EAPB para llevarse a la casa, pero lo cierto es que, en casi ningún programa, admiten esto; ni siquiera si hay condiciones de responsabilidades de cuidado, como las de July Marcela.

Para Francy, por ejemplo, que lleva años consumiendo bazuco, su paso por un centro de tratamiento habilitado se ceñía a las normas de no relacionarse con los hombres. Sin entrar en muchos detalles, afirma que después tuvo una recaída y, en todo caso, el «tratamiento» parecía no ir más allá de despertarse temprano, en el horario indicado, y leer la biblia en grupo.

La violencia de la «rehabilitación»

En el escenario cuasi hipotético de la ruta descrita antes para acceder a tratamiento, hay un factor que no está siempre presente: *la voluntariedad*. Si bien hay mujeres que desean abandonar el consumo, hay otras que no tienen intención de hacerlo. Esta decisión debería ser respetada. Como en cualquier atención en salud, la persona debería mantener la potestad para decidir sobre el propio cuerpo, así estas decisiones conlleven ciertos deterioros en la calidad de vida. Por ejemplo, Salomé fue muy honesta

al respecto y, cuando se le preguntó sobre la situación de mujeres que usan drogas, simplemente afirmó: «hay que cuidarnos, si que la que consume, ¿qué más se va a hacer, cierto? Que no roben a nadie, que se protejan siempre de todo mal y peligro». Estas decisiones autónomas de una persona adulta deben ser respetadas. Salomé tiene 22 años e inició, a muy temprana edad, el consumo de marihuana, perico y pepas. Afirma que le gusta y que no tiene intenciones de buscar tratamiento, pero sí mantiene al día sus exámenes, con el fin de comprobar que no tenga alguna ITS, además de una serie de rutinas de autocuidado.

Pero estas decisiones individuales a menudo las desconocen la familia o las redes de atención, y se insiste en obligar a una persona a recibir tratamiento en contra de toda evidencia y voluntad. Si se considera el consumo problemático como una conducta compulsiva, similar, por ejemplo, a comer de manera compulsiva, con la obesidad como consecuencia, se puede vislumbrar que, en ninguna circunstancia, a la persona que sufre de obesidad se le impone, en contra de su voluntad, un tratamiento, mucho menos una internación. Lo opuesto ocurre en las vidas de muchas de estas mujeres que, por lo general, se encuentran en espacios de mal llamado «tratamiento», en contra de su voluntad, sin debido consentimiento y con rodeadas de muchos abusos, pues son centros no vigilados ni autorizados para brindar atención en salud.

En los relatos de las mujeres, los centros de tratamiento religiosos o de métodos extremos se mencionan incluso más a menudo que los centros debidamente habilitados por las autoridades de salud. Sangre de Cristo, Club Cristiano o Jesucristo Hombre Salvador fueron algunos de los lugares donde estas mujeres recibieron «atención», si es que así se le puede llamar.

Las trayectorias en torno al tratamiento son complejas y diversas, con frecuencia llenas de traumas, maltrato y dolor. Algunas fueron forzadas, o engañadas, por familiares y amigos: cuando menos pensaron, y en contra de su voluntad, estaban internadas. Esto no solo es contrario a la voluntad individual, sino a la evidencia. Si se entiende la adicción o el consumo problemático como la persistencia de una actividad compulsiva, a pesar de que haya consecuencias negativas, es ilógico presumir que el castigo —ya sea a través de tratamiento, encarcelamiento, u otras privaciones— va a tener un resultado distinto al de persistir en el consumo (Szalavitz, 2016, p. 171).

El modelo punitivo al abordar el consumo problemático, además de ir en contra de la voluntad individual, ha comprobado ser contraproducente, según algunos estudios. Por ejemplo, entre 1988 y 2000, se entrevistó, en repetidas ocasiones, a alrededor de 1.300 personas que usaban drogas por vía inyectada. Se encontró que, aquellos que habían sido encarcelados, tuvieron la mitad del éxito en dejar el uso por vía inyectada (Galai *et al.*, 2003). En un estudio similar, llevado a cabo en Canadá, se encontraron resultados casi idénticos: ante procesos de privación de libertad, se reducían las probabilidades de recuperación a la mitad (DeBeck *et al.*, 2009).

Gloria Elena, por ejemplo, nunca ha manifestado intenciones de dejar de consumir y el hecho de pasar un tiempo en la cárcel no cambió esto. La privación de la libertad es una abstinencia forzada, dolorosa, pero, al salir de la reclusión, volvió al consumo. Esto, además de comprobar la ineffectividad de tratamientos forzados, es altamente riesgoso, pues, al salir de la cárcel, se corre el riesgo de una sobredosis. El tratamiento nunca fue una decisión, sino una imposición al ser encarcelada:

No, nunca he intentado [el tratamiento]... lo he dejado a fuerza mayor: porque me han metido a la cárcel... Porque en dos o tres ocasiones tuve hogar... Yo lo he dicho y toda la vida la he dicho: yo el vicio nunca lo dejaré... lastimosamente nunca he pensado en dejarlo, la verdad.

Por su parte, la vida de Evelyn ha estado atravesada por tratamientos forzados por distintas razones. Siempre han mediado la violencia en los centros de tratamiento y el engaño por parte de su familia. Esto es de mayor gravedad si se tiene en cuenta que ella era paciente psiquiátrica. Evelyn, originaria de Salamina, Caldas, empezó a consumir siendo muy niña, a los 10 años. En sus pasos por el tratamiento forzado, no ha habido cuidado, sino violencia y maltrato:

Por la heroína he estado internada por ahí en cuatro veces y, pues, en el instituto [Instituto del Sistema Nervioso] y he estado en dos hogares, en dos centros de rehabilitación, en Reeducar y en Claret. Cuando yo estaba en reeducar [vía de Santa Rosa a Manizales] era mixto y en Reeducar, como no era del Gobierno ni el Estado lo vigilaba, así como en Claret. Entonces, allá habían muchas inhumanidades, eran horribles. Me esposaban con las manos altas en un parque y me tiraban baldados de agua y me dejaban allí hasta que anoheciera,

así que si me esposaban en la mañana hasta por la noche sin comer, ni nada, me dejaban ahí.

Este fue solo uno de varios episodios de tratamiento forzado en la vida de Evelyn. En una ocasión, entre varios miembros de su familia, pusieron un medicamento en su bebida para llevarla a las malas. En medio de toda la confusión, y estupefacta, Evelyn «pensaba, pues, la verdad la confianza que yo le tengo a mi papá no es mucha y yo pensaba mi papá me vendió la trata de blancas ¿o qué? yo pensaba que de verdad me habían secuestrado. Tenía 15 años; cumplí mis 16 allá en el hogar».

En su relato, aparecen una y otra vez episodios de violencia, que sufrieron ella y todas las personas llevadas a estos mal llamados «centros de tratamiento». Había electrocuciones, terapias de choque, manos atadas y una grave diversidad de abusos. Al momento de este relato, Evelyn llevaba dos años sin consumir heroína, pero su familia decía que ella estaba «enferma»:

Llegué allá yo con las esposas y me sentaron en una silla y ahí estaba la mesa del escritorio del man, del líder. Entonces yo le empecé a dar así con las esposas y él me dijo es que «si la rompe su papá la tiene que pagar». Y yo más duro le daba, entonces me tiraron al piso y cogieron luego, y me cogieron y me esposaron en el parque, y me tiraron baldados de agua y ese fue mi primer día allá. Entonces, luego, me ofrecieron comida y yo no quería recibir nada, porque yo creía que me iban a dar más pegas en eso. Entonces me comí un Chocoramo y una leche sellada, porque, o si no, no hubiera comido nada. Al otro día me dijeron que tenía una semana de privilegios, entonces me puse a leer, no me tocó hacer oficio en la primera semana, no me tocó hacer nada. Solamente asistir a los círculos. Y ellos hacían una cosa que se llama terapia de choque. Ay, eso era tan horrible... Yo las primeras tres o cuatro veces me puse a llorar de la forma tan horrible en la que trataban a las personas haciéndoles eso. Imagínense, si ni siquiera me lo estaban haciendo mí y me puse sentimental. Yo, que yo no soy de llorar, ni nada... Y eso era tan horrible, les tiraban baldados agua, todos les decían cosas y eso les gritaban...

Evelyn se escapó en repetidas ocasiones de este lugar, pero la alcanzaban una y otra vez y la volvían a secuestrar. Además de los maltratos

que vivió, la descomposición de la comida y una serie inimaginable de abusos, en ese sitio había violación de niñas y mujeres:

Una vez él me dijo que nos fuéramos, que se iba a ir con él a Santa Rosa, obviamente yo ya sabía a qué. Me iba a llevar a un hotel y él tenía fotos de niñas desnudas del hogar en el celular y todo, porque nosotros una vez cogimos el celular y vimos las fotos. Entonces, yo le dije que no y me fui para la habitación. Cuando yo veo a dos compañeros entrando a la habitación de las mujeres y yo «no, me van a coger y me van a amarrar otra vez». Como yo no le acepté, me cogió, me amarró, me tiró baldados de agua, me dio contra la pared, un cabezazo acá [señala la frente]. Yo tenía una joya y vea esa es la cicatriz que tengo acá.

Evelyn logró ser trasladada de ahí a un lugar psiquiátrico por intermediación de la psicóloga y de su mamá. Intentaron denunciar los abusos que ahí vivió, pero en cambio, quien perpetró toda esta violencia, amenazó a la familia con demandarlos por calumnia.

Por ser sitios sin algún tipo de vigilancia, y al estar por fuera de toda regulación, tanto las familias como las víctimas se ven desprovistas de mecanismos efectivos de denuncia, que puedan llevar a una sanción de los victimarios y evitar que esto les pase a más mujeres. Esto representa un riesgo permanente de que otras sean víctimas de esta misma tragedia.

Hoy, Evelyn afirma que quisiera dejar el bazuco, pero que la heroína jamás la quiere dejar. Esto es incompatible con los modelos de tratamiento —tanto habilitados como ilegales— que hay. Entonces, ella se enfrenta a esa disyuntiva. Sabe que es una persona inteligente, pero el amure y su estado de salud mental le han impedido seguir estudiando, aunque sabe que tiene el potencial para hacerlo.

El relato de Claudia Johana, al que volvemos una vez más, también es un reflejo de la violencia que se vive en la ruleta de los centros ilegales. Ella pasó por varios sitios, en varios momentos de su vida, de manera voluntaria, de manera forzada y con experiencias distintas en cada uno. En su historia, se puede apreciar que, los horrores de los centros de tratamiento no regulados, así como la discriminación hacia las mujeres en algunos de los centros regulados, retrasan, de manera peligrosa, una posible mejoría en salud:

Sí, claro, en todo el largo tiempo que estuve en calle tuve varias veces que quise salirme, pero ninguna fue decisiva... estuve en

Jesucristo Hombre Salvador tres meses; en Caminar, en el de la 4 con 24, allá estuve por caridad; en el último que estuve fue un club cristiano la Sangre de Cristo... pero los hombres y las mujeres estaban separados y usaban bata larga. Era un sistema muy opresor... y a mí no me gustó. Estuve cuatro días, no más.

Además de la violencia y de los abusos, estos lugares no aportaron nada en términos de crecimiento personal, motivación o de cualquier elemento conducente a cambios positivos, o a abordar las razones estructurales para estar envueltas en un consumo problemático. Anna Rose, de 17 años, y embarazada al momento de la entrevista, afirmaba que consumía, en parte, por los problemas en la casa y por la difícil relación con su mamá. Ingresó a un centro para menores, donde la disciplina militar era la única novedad, mientras que las habilidades para la vida no estaban a disposición:

Estuve en un internado que se llama Claret, pero es un lugar malo, porque en vez de ayudar, atropellan las mentes de las personas... Como verbal y físicamente... No duré mas de una semana. Yo soy una persona que, si quiero cambiar, yo me dedico y acabo el proceso. Pero, entonces, fue el primer internado que probé y el último, porque quedé purgada... Me llevaron para allá y, pues, exactamente, para uno cambiar, no tiene que ser con reglas que lo obliguen a presión a seguir algo que tal vez a usted no le guste. Si a usted no le gusta meditar, ¿por qué lo mandan a meditar como cuatro horas o a rezar...? O si usted no lo hacía, ¡que coma mierda! A hablarle así, con palabras que usted no va a entender, entonces usted se va a sulfurar. Y ahí es donde que, ¡pónganle algo de fuerza porque está muy agresivo! Pero es porque ellos mismos lo sulfuran a las personas. Pues en vez de apoyarlo, jugaban psicológicamente con las mentes. Era muy obligatorio todo lo que tocaba hacer... Era como un batallón. Levantarse usted a las 4 de la mañana a todo lo que tocaba hacer, pegarse un duchazo, pues, en el de mujeres, donde me tocó a mí, muchas tenían como la menstruación o el cólico, usted sabe cómo es, uno está enfermo, y obligatoriamente se tenía que ir a duchar y hacer oficio a toda una casa. Era como un trabajo social, no parecía como un cambio... Porque un cambio es como que le muestren cosas que a usted le atraigan, como que usted despeje su mente en

eso... No, pues, que hasta yo quiera quedarme viviendo acá...
Y hasta me salí y todo.

Estos recorridos, casi siempre infructuosos, en la búsqueda de tratamiento, son un cruel reflejo de la paradoja imposible a la que el aparato institucional somete a las mujeres.

Acusadas de faltas de voluntad por consumir compulsivamente drogas, pero rechazadas, violentadas, acosadas o ignoradas por los centros de tratamiento, parece que el destino que se ofrece es solo el de caer en el olvido. Sin embargo, en la resiliencia, en el autocuidado que logran ejercer, en las redes de apoyo que se sostienen, sigue la búsqueda por estar mejor. Sería tarea del Estado, entonces, cumplir con la Ley 1566. Se debe comprender, además, que las mujeres tienen dinámicas diferenciadas en el consumo, así como diferencias en sus necesidades de tratamiento. Solo al reconocer esto, se pueden ofrecer rutas de atención que las reconozcan plenamente como personas.



PARTE IV. UNA AGENDA PÚBLICA PARA LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

«Al escribir sobre un gueto de drogas en un rincón desolado del reino de los fantasmas hambrientos, es difícil transmitir la gracia de la que somos testigos: nosotros, que tenemos el privilegio de trabajar aquí: el coraje, la conexión humana, la lucha tenaz por la existencia e incluso por la dignidad. La miseria es extraordinaria en el gulag de drogas, pero también lo es la humanidad». Traducción de las autoras

—Gabor Maté

In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction

La calle es un lugar de conocimiento y de saberes que a menudo se ignoran. Por desprecio, miedo, o aprensión, el conocimiento de la calle está reservado a unos pocos: quienes la viven y quienes la acompañan. En el proceso de investigación y de escritura de ese texto, aquello que se había vivido, hasta ahora como tradición oral, como el saber reservado de los testigos de la calle, ha quedado en el papel para que otras conozcan y sepan de la «lucha tenaz por la existencia», de las revelaciones de la vida que se crea y recrea, de la búsqueda de la libertad.

La investigación para este proceso, en un caminar colectivo, animadas por el descubrimiento de lo que las mujeres ya sabían, pero que nadie había querido nombrar, tiene un objetivo también de incidencia: que sus trayectorias se conozcan, que el castigo deje de ser la manera

de «cuidar», que su vida no sea invisibilizada o solo legítima cuando son madres, y que las dinámicas sociales y políticas, que hoy les hacen daño, se transformen en otra sociedad posible donde su dignidad y su bienestar sea lo principal. Hemos intentado, acá, dar fe del lugar, del espacio y del recorrido de sus vidas, con las ambivalencias que registra la experiencia misma, con los matices de la complejidad.

El reflejo de estos testimonios, y de sus aportes, busca una conciencia pública y social sobre la necesidad urgente de políticas de drogas distintas, en las que las mujeres y sus apuestas sean centrales en la construcción.

Al lado del Otún, mujeres transgresoras

Caminar la calle para hablar de estas realidades era ambicioso. Se conjugaban varias transgresiones a tabúes morales muy arraigados en la sociedad colombiana —drogas, mujeres, trabajo sexual— atravesadas, además, por itinerarios de precariedad y, en no escasas ocasiones, de violencia. La apuesta por hablar, desde Pereira y Dosquebradas, sobre la intersección entre mujeres, drogas y pobreza solo podía ocurrir al abrir la posibilidad al lector de conocer el espacio y sus procesos de construcción, y las dinámicas que dan origen a las protagonistas de esta historia.

En ese recorrido, empezamos, en la parte I, por caracterizar el lugar y por explicar por qué Pereira y Dosquebradas son ciudades donde la situación de uso de drogas se ha instalado. Para esto fue importante describir los contornos históricos de la ciudad, y la manera cómo el conflicto armado interno, las disputas territoriales entre distintos grupos del narcotráfico y el desplazamiento han configurado el paisaje urbano en la ciudad. Ese es el terreno en el que la heroína se instala en la ciudad, pero también en el que se da una respuesta comunitaria persistente y leal a los principios de la reducción de daños y a las posibilidades de ampliar el espectro de esta, incluyendo las necesidades de atender, de manera diferenciada, a las mujeres.

La necesidad de una respuesta diferenciada está precisamente ligada al significado moral y social que tiene el consumo de sustancias ilícitas por parte de mujeres. El mandato social de lo femenino —delicado, obediente, cuidador— se ve transgredido al incurrir en una conducta considerada como desviada e indecente. Las mujeres de

la Plaza de La Libertad y de Guadualito personifican el tabú de una «mujer rebelde». Como consecuencia, el estigma que reciben de la sociedad es mayor al de sus contrapartes masculinas. No es sorpresa que, ni la reducción de daños, ni los debates sobre reforma a la política de drogas, ni los feminismos se hayan ocupado mucho de hablar de este rincón de la existencia.

Ahí, las redes de apoyo que se tejen son el sustento de la vida cotidiana. Hay unas creadas por la socialización del barrio —amigos, amigas, parejas— así como otras familiares que persisten, a pesar de los recorridos inciertos. La suma de todo este paisaje —Pereira y Dosquebradas con su trayectoria urbana, los barrios y las calles, la llegada de las drogas ilícitas y de la respuesta comunitaria, y el hecho de ser mujer— es la conjugación de elementos para entender las trayectorias que se analizaron en la parte II.

Los contextos de Pereira y Dosquebradas, y los orígenes de las mujeres deben ser entendidos en medio de las limitaciones que les ha impuesto la precariedad material en la que viven, asunto del que nos ocupamos en la parte II. La pobreza es, entonces, el escenario donde la vida transcurre, con sus intentos, con sus caídas. Las de estas mujeres son trayectorias marcadas por la escasez de ingresos, por la incertidumbre habitacional y de cobijo, y por la falta de educación, como barrera común para la movilidad social. Estas condiciones, a su vez, alimentan los ciclos de consumo, propician iniciaciones tempranas en la experimentación con sustancias psicoactivas e, incluso, dificultan el acceso a servicios de salud básicos. Cuando la urgencia está en resolver el día, en buscar dónde se va a pasar la noche, y se cuenta con escasas redes de apoyo, es claro que la búsqueda de tratamiento no es necesariamente una prioridad.

No solo la urgencia cotidiana de la subsistencia es un telón de fondo al consumo. También contextos familiares o emocionales de sufrimiento por la violencia perpetrada en contra de las mujeres por personas cercanas, a temprana edad, o por condiciones de adversidad general que hacen que el uso de drogas sea una suerte de automedicación, una posibilidad de refugio. Estos antecedentes de violencia y de adversidad configuran unos patrones de riesgo de desarrollar un consumo problemático, situación que no es exclusiva de ellas, ni de Pereira o Dosquebradas, pero que, a menudo, se ignora en el debate público sobre uso de drogas.

Una vez se ha puesto en escena el panorama de lugar, sus protagonistas y cómo llegaron ahí, la tercera parte del texto se tejió a partir de aristas de la vida personal de las mujeres: sus ejercicios de maternidad, las vivencias de la salud y la enfermedad, la presencia de la violencia en sus vidas, el involucramiento en el trabajo sexual y la búsqueda de tratamiento y de posibilidades. En todas estas experiencias, la respuesta —deficiente o violenta— del Estado o la acción con daño configuran elementos que profundizan el dolor, agravan el sufrimiento y generan sin salidas. Pero se puede decir que, a pesar de contextos de tremenda precariedad, la gracia que muestran se refleja en el autocuidado que procuran para sí y en las redes de protección que tejen en la calle, con sus *parceras*, con las compañeras. El autocuidado, que va desde procurar siempre un condón, no consumir sola y, usar las «salas» de doña Elsa hasta medidas para prevenir una sobredosis, son el resultado del trabajo de años de concientización de Teméride y de la disposición de las mujeres para cuidar de sus vidas y de sus cuerpos.

Pero, en contraste con este papel de las mujeres que preservan la vida propia y la de sus redes en medio de la adversidad, está el papel del Estado que opera, no como un cuidador, sino como un hostil castigador. El rol de los prestadores de salud, del ICBF y de la Policía, entre otros varios, queda seriamente cuestionado a juzgar por los testimonios de las entrevistadas. En cuanto al ICBF, si bien el interés superior del niño está garantizado por diversos estándares nacionales e internacionales, su interacción con las mujeres no es sino amenazante y representa un final. No hay oportunidades, no hay posibilidades de facilitar una ruta hacia el tratamiento, no existen alternativas para que las mujeres que así lo deseen puedan ejercer su maternidad al atender tanto sus necesidades de atención en salud por el consumo, como el cuidado de sus hijos. El otro lado de la moneda es el tratamiento al consumo de sustancias, con modelos que desconocen sus roles como cuidadoras, y el hecho de que, como cualquier persona adulta, tienen responsabilidades, obligaciones y deben cumplir horarios. La encrucijada que les impone el Estado es imposible de navegar con un triunfo a su favor. Se configura un fracaso de la mujer y de su familia orquestado por la intervención estatal.

El uso de drogas en mujeres, si bien no debe darse por naturalizado al extremo de minimizar su impacto en la salud, sí debe reconocerse como una práctica cultural a la que se recurre, en parte, como medida y como recurso paliativo para tratar el sufrimiento y el dolor que deviene

de la desigualdad, de la exclusión y de las violencias y que deja, como testimonio, este texto. Por otra parte, y no menos importante, el placer como recompensa de la práctica de usar drogas deberá alejarse de los prejuicios soportados en creencias y en tradiciones sobre los roles serviles y maternos asignados, ya por fuerza de la costumbre, a las mujeres.

Pero la respuesta a su compleja situación —que hemos procurado presentar con todos los matices de placer, alivio, sufrimiento y refugio— es social y no admite matices. Pareciera solo haber dos caminos que la sociedad y la política pública asumen frente a las usuarias de drogas: indiferencia total o castigo absoluto. A ambas respuestas subyace una suerte de «inevitabilidad» de un destino nefasto que, se considera, ellas merecen por «tirarse a las drogas». Los artefactos de la prohibición se aprecian ahí, en la operación real del estigma, y convierten a las mujeres en no merecedoras de atención o afectos.

Precisamente por esto, consideramos que la base para idear políticas públicas sobre mujeres y drogas deben tener un enfoque territorial y local. Sus voces deben manifestar las interacciones sociales y las demandas en materia de derechos, las vulnerabilidades por subsanar y las oportunidades de cuidado. Para llevar esto a la realidad, no es necesario —contrario a lo que normalmente se demanda— exigir de las mujeres abstinencia del uso de drogas, sino sanar y reformar las redes de atención existentes para que, realmente, cumplan su rol de cuidado. Deben cuidar la vida y la salud y no castigar. Esto pasa por reformar los comportamientos de policías y del personal de salud e incluye, como mencionamos antes, una financiación constante y segura para los programas integrales de reducción de daños con enfoque feminista.

Imaginación para una política de drogas feminista

Hemos querido dar claridad, a lo largo del texto, sobre el hecho de que las situaciones adversas a las que se han enfrentado las mujeres son, en su mayoría, evitables. Y, si no lo son, la respuesta tendría que ser más empática y cuidadosa, más preocupada por el bienestar de ellas. A continuación, ofrecemos, en la medida de las posibilidades, e inspiradas por las ideas y las experiencias de las mujeres, algunas alternativas de política pública que podrían mejorar la calidad de vida de aquellas que usan drogas al idear una política de drogas feminista.

En cuanto a las trayectorias de inicio en el consumo, hay dos asuntos preocupantes: las edades tempranas de inicio y la relación entre violencias, incluida la sexual, y el uso de drogas como automedicación. La comprensión del entramado de las condiciones materiales y emocionales, y de factores de prevención, mitigación y acompañamiento a la violencia en todas las etapas de la vida, está ausente en la vida de las mujeres. Esta carencia configura factores de vulnerabilidad para el consumo de drogas, y es un asunto que, a menudo, es obviado en los grandes debates sobre política de drogas. Esto, además, debe ser un llamado para entender la función personal y emocional que cumplen las drogas y que no son un capricho, sino un elemento que hace la vida soportable en medio de condiciones insoportables. Las mujeres que hablan acá no están empeñadas en vivir mal; en contextos de sufrimiento, violencia y marginalidad, las drogas ofrecen un momento de alivio que hace la vida tolerable.

En este sentido, es necesario que los aparatos institucionales competentes asuman, al menos, tres tareas para mejorar, respectivamente: (i) el abordaje al uso de drogas como un asunto de salud pública; (ii) la importancia de intervenciones de prevención con enfoques diferenciales; y (iii) la mejora de la recolección de datos para una política basada en la evidencia.

Sobre lo primero, para abordar el uso de drogas como un asunto de salud, es necesario recordar que hay determinantes sociales de la salud. Esto implica dejar de concentrarse únicamente en la sustancia, como la base de todos los problemas, y pasar a comprender que asuntos como la vivienda, la educación y el empleo son fundamentales para mejorar la calidad de vida. La evidencia indica que una política pública exitosa debe abordar todas las causas asociadas al consumo problemático y no enfocarse, tan solo, en la disponibilidad de la droga. Al atender las condiciones estructurales y los determinantes sociales de la salud y del bienestar de las mujeres, en sus ciclos de vida, el uso de drogas es menos desestabilizante.

En cuanto a la prevención con enfoque diferencial, recogemos con preocupación que los relatos de las mujeres, acerca de su inicio en el consumo, muestran que hay un enorme vacío en estrategias de prevención con diseños según segmentos de edad —especialmente para menores de edad—, que se basen en información franca y honesta sobre las realidades de las sustancias y no en el miedo o en la intimidación.

Tampoco dejan de profundizar en la desinformación sobre las drogas ilícitas. Retrasar la edad de inicio en el consumo debe ser uno de los objetivos más importantes en la dimensión de salud de la política de drogas⁴⁶. De manera paralela, las intervenciones en materia de prevención y mitigación de riesgos se deben ajustar a poblaciones y perfiles de riesgo, incluyendo a las víctimas de violencias —en particular de violencia sexual—. También, se deben diferenciar las experiencias de mujeres cis y de mujeres trans, y sus relacionamientos con las sustancias psicoactivas.

En cuanto al consumo, y lo que sabemos de este, encontramos, en esta investigación, que los datos públicos están muy rezagados frente a la realidad del uso de drogas. Es crucial generar datos diagnósticos que puedan dar cuenta, de manera desagregada por sexo, edad, y estrato, de las trayectorias de inicio en el consumo. Las encuestas actuales aún tienen varios puntos ciegos y no sirven al propósito de identificar poblaciones de riesgo. La invitación a mejorar los estudios nacionales de consumo debe también integrar un diseño que permita incluir enfoques diferenciales, basados en la dignidad y en los derechos de las personas, particularmente de las mujeres, sin perpetuar prejuicios, o sin recurrir a lenguajes y a prácticas estigmatizantes sobre sus estilos de vida. Los datos, además, contrario a lo que ha ocurrido en los últimos años, deben ser constantes. Si bien el estándar en encuestas de consumo es que se realicen cada cinco años, en Colombia ha habido lapsos mucho más largos sin censos de consumo. Así, las intervenciones en salud pública no son pertinentes, pues no se basan en las necesidades reales de la población.

46 Hay modelos de prevención basados en mecanismos para identificar población de riesgo e impartir herramientas para lidiar con las emociones difíciles de manera saludable. Por ejemplo, en el Reino Unido, se está desarrollando el proyecto SURPS (Substance Use Risk Profile Scale), en población escolar, con una escala para identificar la población de riesgo y dotarla de mejores herramientas para la vida. Una evaluación de uno de estos proyectos encontró que, en un grupo de 2.500 estudiantes de entre 13 y 14 años, se redujo, en un 29 %, el uso de alcohol. Entre el subgrupo de jóvenes con perfil de alto riesgo, se redujo en 43 % el consumo compulsivo de alcohol en comparación con jóvenes que no estuvieron en el programa (Szalavitz, 2016, p. 270).

Las mejoras en la recolección de datos para las estrategias de prevención y de salud pública no llevarán a que el uso de drogas desaparezca; ni siquiera la prohibición ha logrado tal propósito ilusorio. Como el uso de drogas seguirá siendo una realidad, también serán necesarios programas de reducción de riesgos y de daños para las mujeres que no quieran o no puedan abandonar totalmente el consumo, pero sí necesiten estrategias para mitigarlos.

Ahora bien, en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, como los que habitan las mujeres de este texto, estos programas, y el acompañamiento que llevan a cabo, podrían expandirse a servicios más holísticos, que muestren una ruta hacia la educación para quienes lo quieran y hacia el empleo y el refugio para quienes lo necesiten, especialmente las víctimas de violencia. Como lo manifestó Laura Liceth, una de las mujeres que nos compartió su experiencia: «así como llegan aquí a repartir jeringas, y a repartir preservativos y a hacer pruebas de VIH, ¿por qué no vienen a repartir educación? ¿Por qué no vienen a tomar como de un colegio y decir “venga, nosotros vamos a venir todos los sábados a repartir educación”?».

De hecho, imaginar la reducción de daños, de manera holística, tiene como trasfondo comprender esta realidad como una sindemia. Así, no solo la droga es la causa de los males, sino que tiene la potencialidad de disminuir comportamientos de riesgo y, por ende, de proteger la integridad y la vida de las mujeres (Stoicescu *et al.*, 2019, p. 492). Para que esto sea una realidad, los programas de reducción de daños requieren de una financiación sólida y constante. La continuidad de estos servicios es clave, pues la piedra angular de la reducción de daños es la construcción de confianza. Por ende, la interrupción de los servicios genera fracturas y, además, pone en riesgo la salud de las mujeres. Estos programas, aunque han tenido de manera intermitente recursos, ya sea de instituciones públicas o de cooperación internacional, mantienen operaciones que no dan abasto para la magnitud de necesidades de la población usuaria. Esto es inaudito si se tiene en cuenta que, en Colombia, hay una política pública que los respalda y que, además, está basada en la evidencia por su efectividad y por los buenos resultados en la calidad de vida de las personas que usan drogas.

Las organizaciones de la sociedad civil que han llevado a cabo la dispensación de jeringas, pusieron en práctica los lineamientos nacionales e internacionales en materia de gestión del riesgo y de los daños

por el uso de drogas inyectables, congelados en el plan de respuesta al VIH 2013-2017. Así mismo, ayudaron a desempolvar la evidencia en la materia para crear una respuesta comunitaria que activara el uso de los servicios de salud para trastornos por uso de sustancias, VIH y hepatitis C. Confrontaron a las administraciones municipales ante los supuestos costos políticos que conlleva asumir estas responsabilidades, en el marco de obligaciones adquiridas por políticas nacionales, y llevaron a cabo acciones colectivas y de trabajo articulado bajo el enfoque de red primaria de salud de los modelos vigentes de atención en salud, con acciones de canalización y de promoción y prevención en salud.

Esta imaginación de unos dispositivos de reducción de daños más ambiciosos incluye, también, aspirar a un enfoque feminista más contundente. Por ejemplo, incluiría que los servicios de salud de bajo umbral, disponibles para prevención y atención de personas que usan drogas, busquen y logren atender a más mujeres a través de medidas como más personal femenino, disponibilidad de cuidado para los niños, guarderías comunitarias, pares comunitarios mujeres y medidas que respeten la identidad de género. Todo ello, además de eliminar las barreras de ingreso, opera como condiciones de permanencia en los servicios. Al priorizar, desde la entrada, un enfoque de cuidado feminista, que se diseñe a partir de la vivencia y de las necesidades de las mujeres, se obtendría un lugar para ser plenamente, para ir más allá de un intercambio de material higiénico.

Adicionalmente, en un contexto como el colombiano —y como el lugar que en este libro se detalla—, es importante comprender la relación entre las oportunidades de educación, el ingreso y la productividad, para así también entender la aparición y la legitimidad de las economías ilícitas que dan una respuesta, donde no hay ninguna, a los jóvenes de los barrios que esperan una oportunidad. Las organizaciones de la sociedad civil, o simplemente la vecindad del barrio, brinda más oportunidades a la población de Guadualito que la misma institucionalidad. Las iniciativas de base comunitaria deben ser inspiración y base para una respuesta social a las demandas de una generación que ha sido apartada del porvenir social.

Hablando de oportunidades de ingreso, y como se relataron muchas mujeres, las transacciones con el cuerpo aparecen como una de las únicas posibilidades de subsistencia. Sin embargo, una de las ausencias más evidentes en la vida de las entrevistadas es la de los procesos de

discusión y de organización, en donde puedan reflexionar colectivamente sobre sus condiciones de vida y buscar alternativas para mejorarlas y para exigir sus derechos. Es apremiante que estas se faciliten para que las mujeres que ejercen trabajo sexual puedan organizarse y exigir sus derechos de forma colectiva, creando espacios para compartir experiencias y para pensar en soluciones que beneficien a las que pasan por su misma situación. Buena parte del trabajo y de la producción teórico-práctica del feminismo se ha enfocado en la discusión sobre las formas de mejorar las condiciones materiales de las mujeres, en especial de aquellas que se encuentran en condiciones de pobreza y de marginalidad. Por esa razón, los movimientos feministas, tanto nacionales como locales, pueden ser de gran ayuda en esta construcción.

Por otra parte, las discusiones acerca del trabajo sexual deben conducir, en la práctica, a protecciones en materia de derechos sexuales y reproductivos, así como a protecciones integrales en el derecho a la salud, a su relación con el uso de drogas y a las posibles complicaciones asociadas. En el caso de los DSR, y como hemos señalado en otro documento que surge de este proceso, las mujeres que usan drogas requieren de información suficiente para el goce de sus derechos, lo que, además, se relaciona con el hecho de que varias se desempeñan como trabajadoras sexuales.

En cuanto al derecho a la salud, los tratamientos médicos que impliquen alto costo, como en el caso de la hepatitis C o del VIH, no deben estar condicionados a la pertenencia a una familia o a una red de apoyo; tampoco a la abstinencia, como sucede hoy. Las aseguradoras de salud deberán proveer el soporte necesario para garantizar su acceso y adherencia, sin imponer barreras que, *de facto*, eliminan la posibilidad de que las mujeres accedan a tratamiento, por ejemplo, exigir acompañantes.

En cuanto al tratamiento, además de los obstáculos institucionales embebidos en el sistema de salud para cualquier atención en el país, a estas mujeres se les agrega la barrera de pretender que el tratamiento sea a las malas, forzado, como un castigo que se les impone «por su bien». Como en cualquier situación difícil, la lógica nos dice que las relaciones afectivas son esenciales para la recuperación. La creencia común de que, a las malas, o a punta de castigos o de privaciones, la gente volverá a casa y recompondrá sus vidas, es un ejemplo de la manera cómo las

políticas de drogas y las actitudes hacia estas promueven creencias dañinas y, además, contraefectivas.

Como dice Szalavitz, la compasión es parte de la cura, no de la enfermedad (2016, p. 153). Sin embargo, pareciera que los programas de reducción de daños se acercan con una compasión radical, con una simple alcahuetería, lo que es parte del problema. Cambiar la manera cómo se concibe social y políticamente la recuperación es gran parte de la tarea de modificar las políticas públicas de salud frente a las personas que usan drogas, en general, y a las mujeres, en particular. Una premisa de la reducción de daños —aceptar y recibir a las personas tal y como son—, no lo es solo de este enfoque, sino de cualquier proceso de cuidado y de sanación respetuoso (Maté, 2010, p. 92).

Estos caminos de búsqueda de tratamiento muestran que ni el sistema de salud, como un todo, ni los modelos de tratamiento en los centros habilitados tienen en cuenta las necesidades particulares de las mujeres. Las «oportunidades» para el tratamiento están, virtualmente, destinadas a fracasar. Al recibir una atención distinta a la de los hombres, y al verse obligadas a cumplir horarios que entran en conflicto con sus horarios como cuidadoras, a las mujeres que quieren dejar de usar SPA les queda como alternativa gestionar unas «pastas» en la olla e ir calculando, a manera de ensayo y error, la dosis. Ahora, en el caso de quienes usan bazuco o perico, las opciones simplemente no existen.

Frente a las mujeres que usan heroína —y sea esta una oportunidad para resaltarlo una vez más— es importante garantizar un suministro estable y legal del medicamento de sustitución (metadona). De esta manera, no solo se pueden reducir el consumo y sus riesgos asociados, si no, aumentar el número de mujeres con trabajo y con mejores relaciones con su familia. Si bien en Colombia existe la cobertura de la Ley 1566, gran parte de los obstáculos descritos tiene que ver con el entorno y con las condiciones materiales de vida. Sin garantías claras para todos los costos asociados al tratamiento (pasajes de bus, refrigerios y un suministro cercano, estable y sin restricciones de horario), será imposible que haya adherencia a la ruta de tratamiento. Hay varias opciones, como subsidiar costos asociados por la vulnerabilidad de la población o como crear programas de metadona ubicados donde la población vive, y no al otro lado de la ciudad. Hay alternativas para garantizar no solo la adherencia al tratamiento, sino para contar con una atención en salud más costo-efectiva, pues se reducen los costos

de urgencias, de tratamiento y de hospitalización derivados del uso problemático de heroína.

De manera similar, y aunque de las mujeres entrevistadas solo algunas habían sido privadas de la libertad, no sobra destacar que el castigo a través de la cárcel no genera ningún cambio en las decisiones, pero sí profundiza condiciones preexistentes. En Colombia, el uso de drogas no está criminalizado, de manera que se puede presumir que las mujeres que fueron privadas de la libertad estaban ahí por otro tipo de delitos menores, como hurto. Pero el castigo con encarcelamiento a mujeres pobres, muchas con hijos o hijas, es un uso desproporcionado del sistema criminal, para abordar problemáticas que tienen, en últimas, un trasfondo socioeconómico y de salud, como ya se ha estudiado en numerosas publicaciones sobre el encarcelamiento de mujeres pobres en Colombia (Caicedo, 2017; Uprimny *et al.*, 2016). Pero, además, en las vidas de mujeres que usan drogas, hay una dimensión adicional: la dependencia a la sustancia y los riesgos que acarrea un encarcelamiento para posibles recaídas, sobredosis y, en general, al ampliar de su vulnerabilidad. Agregar estrés a la vida de una persona que consume sustancia para manejar el estrés es absolutamente contraintuitivo (Szalavitz, 2016, p. 171)⁴⁷.

Por último, y aunque no es el foco de esta investigación, los relatos de las mujeres, de manera espontánea e inevitable, incluyeron su experiencia con las detenciones forzadas en centros de tratamiento ilegales y violentos. Son lugares con un fuerte componente religioso, desde el mismo nombre, en los que, en nombre de la idea de que quien usa drogas representa un fracaso moral, se permite infligir cualquier suerte de violencias. Además, al estar por fuera de cualquier órbita regulada, son abusos que quedan impunes y siguen ocurriendo (Giacomello, 2020 p. 9). En la actualidad, desconocemos de acciones decididas por parte de las autoridades para dismantelar estos sitios no regulados, pero, además, para prevenir que personas en situación de vulnerabilidad sean aún más violentadas en estos lugares. Como cualquier atención en salud,

47 Por ejemplo, un estudio de más de 1.300 personas usuarias de drogas por vía inyectada en Estados Unidos, que llevó una encuesta a este grupo dos veces en un lapso de doce años, encontró que aquellos que habían sido encarcelados tuvieron la mitad de la probabilidad de estar en el grupo del 20% que dejó de usar drogas (DeBeck *et al.*, 2009).

los centros no regulados ponen en riesgo la vida y la integridad de las personas. Esto debería ser una prioridad en materia de salud pública, en particular en ciudades donde hay una población considerable de personas que usan drogas.

En resumen, idear una política de drogas feminista es reconocer que habitar el mundo como mujer y elegir el uso de drogas como camino es compatible con el cuidado, la empatía y la dignidad. Esta no es solo tarea de quienes abogan por una reforma a la política de drogas, ni de las redes del feminismo académico o práctico, aunque las involucren enormemente. Es también una tarea de profesionales de la salud, de tomadores de decisiones y de funcionarios públicos a nivel local. Si, como sostenemos acá, los problemas que experimentaron las mujeres no siempre tenían que ver con las drogas ilícitas, todos esos sistemas que les fallaron —servicios sociales, de salud y de seguridad— serán la piedra angular de estas apuestas transformadoras.

Referencias bibliográficas

- Ainslie, G. (2000). A research-based theory of addictive motivation. *Law and Philosophy*, 19(1), 77-115. <https://doi.org/10.2307/3505175>
- Álvarez, J. M. (2010). Tiros de gracia. *Malpensante*, (112).
- Alzate, C. (2017, 4 de septiembre). La danza de las jeringas. *La Cola de la Rata*. <https://www.lacoladerata.co/conlupa/la-danza-de-las-jeringas/>
- Ángel Jaramillo, H. (2013). *La gesta cívica de Pereira-Sociedad de Mejoras de Pereira*. Fondo Editorial de Risaralda.
- Atilola, O, Olatunde, O. & Oluwaseun, A. (2013). Beyond prevalence and pattern: Problematic extent of alcohol and substance use among adolescents in Ibadan South-West Nigeria. *African Health Sciences*, 13(3).
- Bautista, A. J., Capacho, B., Cruz, L. F., Martínez, M., Pereira, I. P. & Ramírez, L. (2018). *Voces desde el cocal: mujeres que construyen territorio*. Dejusticia-Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=738748>
- Becker, G., (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. National Bureau of Economic Research.
- Bello, M. et al. (2019). Poly-product drug use disparities in adolescents of lower socioeconomic status: Emerging trends in nicotine products, marijuana products, and prescription drugs. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 103-110.
- Biehl, J. (2013). *Vita. Life in a zone of social abandonment*. University of California Press.
- Botero Echeverri, M. (2020). *Los heroínos del Otún*. Universidad de los Andes.

- Bourgois, P., Prince, B. & Moss, A. (2004). The everyday violence of Hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco. *Human Organization*, 63(3), 253-264.
- Bungay, V. et al. (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and "everyday" violence. *International Journal of Drug Policy*, 21, 321-329.
- Butler, J. (2004). *Precarious life. The power of mourning and violence*. Verso Books.
- Buxton, J., Burger, L. L. & Margo, G. (2020). Introduction. En J. Buxton, G. Margo & L. Burger (Eds.), *The impact of global drug policy on women: Shifting the needle*, (pp. 1-8). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-83982-882-920200001>
- Caicedo, L. P. (2017). *Mujeres en prisión por delitos de drogas: un espejo de las fisuras del desarrollo*. Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género. http://www.humanas.org.co/alfa/dat_particular/ar/ar_93254_q_MujeresEnPrision.pdf
- Caicedo, L. P. & Gil, C. (2019). *Políticas y programas de drogas con base en la realidad y la agencia de las mujeres que cultivan coca o amapola*. Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género. https://www.humanas.org.co/alfa/dat_particular/ar/arc_75898_q_Politicasyprogramasdedrogas.pdf
- Campbell, N. D. & Herzberg, D. (2017). Gender and critical drug studies: An introduction and an invitation. *Contemporary Drug Problems*, 44(4), 251-264. <https://doi.org/10.1177/0091450917738075>
- Caplehorn, J. R., Dalton, M. S., Haldar, F., Petrenas, A. M. & Nisbet, J. G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse*, 31(2), 177-196. <https://doi.org/10.3109/10826089609045806>
- Caracol Radio. (2016, 1 de septiembre). Ya va en 1.300 la cifra de habitantes de calle en Pereira. *Caracol Radio*. https://caracol.com.co/emisora/2016/09/01/pereira/1472730623_426331.html
- Caracol Radio. (2019, 17 de abril). Aumentaron las riñas entre integrantes de la comunidad LGBT. *Caracol Radio*. https://caracol.com.co/emisora/2019/04/17/pereira/1555499861_878959.html
- Cárdenas, M. (2009). *Introducción a la economía colombiana*. Alfaomega.
- Case, A. & Deaton, C. (2020). *Deaths of despair and the future of Capitalism*. Princeton University Press.

- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer.
- CBC News. (2019, 19 de abril). “No judgement here”: Women-only overdose prevention site nears 2nd anniversary. CBC. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/no-judgement-here-women-only-overdose-prevention-site-nears-2nd-anniversary-1.5105014>
- CDC. (2020). *About the CDC-Kaiser ACE study*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- CDC. (2020, 2 de julio). Is it possible to “overdose” or have a “bad reaction” to marijuana? | FAQs | Marijuana. CDC. <https://www.cdc.gov/marijuana/faqs/overdose-bad-reaction.html>
- CEPAL. (1990). *Transformación productiva: la tarea prioritaria de desarrollo en América Latina y el Caribe en los años noventa*. CEPAL.
- Chen, C.-Y., Storr, C. L. & Anthony, J. C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34(3), 319-322. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.021>
- Crackdown Podcast. (2019, 28 de agosto). The cost of cereal, N.º 8 [audio en podcast]. <https://crackdownpod.com/podcast/episode-8-the-cost-of-cereal/>
- Comisión Global de Política de Drogas. (2018). *El problema mundial de la percepción de las drogas: ¿Cómo contrarrestar los prejuicios sobre las personas que usan drogas?* Global Commission on Drug Policy. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/03/GCDP-Report-2017_Perceptions-SPANISH.pdf
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford University Press.
- Connell, R. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- Connell, R. W. & Pearse, R. (2015). *Gender in world perspective*. Polity.
- CouvretteA., Brochu S. & Plourde C. (2016). The “deviant good mother”: Motherhood experiences of substance-using and lawbreaking women. *International Journal of Drug Policy*.
- Csete, J., A. Kamarulzaman, M. Kazatchkine, et al. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-80.

- Cuomo, C. J. (1996). War is not just an event: Reflections on the significance of everyday violence. *Hypatia*, 11, 30-45.
- DANE (2019). *Boletín técnico de pobreza monetaria en Colombia*. DANE.
- DANE. (2020). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2019 (ENCSPA)*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>
- Dávila, M. X. (2020). *Las tragedias de la prohibición: guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que usan drogas*. Dejusticia-Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/10/CARTILLA-DSR-VERSION-WEB.pdf>
- Davis, J. P., Christie, N. C., Dworkin, E. R., Prindle, J., Dumas, T. M., DiGuseppi, G., Helton, J. J. & Ring, C. (2020). Influences of victimization and comorbid conditions on latency to illicit drug use among adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107721. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107721>
- Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Fondo de Cultura Económica.
- DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Milloy, M.-J., Montaner, J. & Wood, E. (2009). Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(1), 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02387.x>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M. & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: A multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Díaz, Á. M. & Grisales, D. (2019). *Enfoque de género en la política pública para el tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)* [tesis de especialización]. Universidad Católica de Pereira, Pereira, Colombia.
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008*. Guadalupe S.A.

- Dom, G. *et al.* (2016). The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1).
- Drogas&Género. (2020, 18 de junio). vi Encuentro #GéneroyDrogas: miradas feministas al abordaje de drogas. *Drogas&Género*. <https://www.drogasgenero.info/videos-y-presentaciones-vi-encuentro-generoydrogas-miradas-feministas-al-abordaje-de-drogas/>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- El Espectador. (2010, 14 de mayo). Pereira, otra víctima de la heroína. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/pereira-otra-victima-de-la-heroina/>
- Escobar Roldán, M. (2019, 2 de julio). Despenalizar el uso de drogas: lecciones desde Portugal. *Dejusticia*. <https://www.dejusticia.org/despenalizar-el-uso-de-drogas-lecciones-desde-portugal/>
- Espitia, J. & Garay, L. (2019). *Dinámica de las desigualdades en Colombia en torno a la economía política en los ámbitos socioeconómico, tributario y territorial*. Ediciones Desde Abajo.
- Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5), 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.06.009>
- Falcón, C. M. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos Adictivos*, 261-275.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Galai, N., Safaeian, M., Vlahov, D., Bolotin, A. & Celentano, D. D. (2003). Longitudinal patterns of drug injection behavior in the ALIVE Study cohort, 1988-2000: Description and determinants. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 695-704. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg209>

- Galea, S. (2007). Neighborhood income and income distribution and the use of cigarettes, alcohol, and marijuana- *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6), S195-S202.
- Giacomello, C. (2020). *Mujeres que usan drogas y privación de la libertad en México: análisis y propuestas a partir de las voces de mujeres y adolescentes en cárceles y centros de tratamiento*. Equis: Justicia para las Mujeres. <https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Mujeres-que-usan-drogas-y-privacion-de-la-libertad-en-Mexico.pdf>
- Gil Montoya, R. (2014). Primera memoria escrita y primeros lectores en Pereira (Risaralda, Colombia) a comienzos del siglo xx: el ingreso a la vida moderna. *HISTORELo. Revista de Historia Regional y Local*, 6(12), 203-236. <https://dx.doi.org/10.15446/historelo.v6n12.42097>
- Gilbertson, F. (2020). Fiona's Story. En J. Buxton, G. Margo & L. Burger (Eds.), *The impact of global drug policy on women: Shifting the needle*, (pp. 41-46). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-83982-882-920200006>
- Grajales Morales, S. (2020, 29 de enero). Crítica situación de vendedores ambulantes en Pereira. *Caracol Radio*. https://caracol.com.co/emisora/2020/01/29/pereira/1580299682_051831.html
- Guerra, J. C. (2011). El abuso del consumo de sustancias psicoactivas en gestantes. *Umbral Científico*, (18), 69-85. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=304/30421523010>
- Guillén, A., Marín, C., Panadero, S. & Vásquez, J. J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study T among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive Behaviors*.
- Harm Reduction Coalition. (s. f.). Understanding naloxone. *Harm Reduction Coalition*. <https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/overdose-basics/understanding-naloxone/>
- Harm Reduction International (HRI) (s. f.). What is harm reduction? *Harm Reduction Coalition*. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Hernández, M. Á. (s. f.). Placer-displacer. *Miguel Ángel Sánchez Hernández*. <http://psicologopsicoanalista.es/trabajos/PlacerDisplacer.pdf>
- Herrera Parra, E. (2012). El fenómeno de las pandillas juveniles en Dosquebradas: vínculos con una aparente crisis de sentido. *Grafías Disciplinarias*, 51-64.

- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4-27.
- Heyman, G. M. (2013). Addiction and choice: Theory and new data. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00031>
- Hubbard, P. & Sanders, T. (2003). Making space for sex work: Female street prostitution and the production of urban space. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27(1), 75-89.
- Johnson, D. (1992). *Jesus' son*. Farrar, Straus, and Giroux.
- INPUD & ANPUD. (2020). *Words matter: Language statement and reference guide*. INPUD Secretariat. https://www.inpud.net/sites/default/files/000596_INP_Terminology%20booklet_v11.pdf
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C. & McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Knaul, F. M., Bustreo, F. & Horton, R. (2020). Countering the pandemic of gender-based violence and maltreatment of young people: The Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 395(10218), 98-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33136-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33136-8)
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Lang, T., Barling, D. & Caraher, M. (2009). *Food policy: Integrating health, environment and society*. Oxford Scholarship Online. DOI: [10.1093/acprof:oso/9780198567882.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198567882.001.0001).
- López, E. M. (2019). *Reconstruyendo memoria. Una mirada al pasado*. Centro de Memoria de la Fundación de Pereira [tesis de pregrado] Universidad Católica de Pereira, Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5626/1/DDMARQ205.pdf>
- López-Jurado, R., López Medina, J. A. & González Lucena, T. (2011). Amenorrea hipotálamo hipofisaria. *Actualización Obstetricia y Ginecología 2011*, 1-12.
- Macaulay, F. (2020). Gendering drug policy. En J. Buxton, G. Margo & L. Burger (Eds.), *The impact of global drug policy on women: Shifting the*

needle, (pp. 23-32). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-83982-882-920200004>

Maté, M. G. (2010). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. (Illustrated Edition). North Atlantic Books.

McDowell, L. (1999). *Gender, identity, and place. Understanding feminist geographies*. University of Minnesota Press.

Mejía, W. (2003). *Prostitución femenina: negocio y marginalidad. Realidades y alternativas en el Eje Cafetero colombiano*. Solidaridad Internacional Colombia.

Milanese E., Merlo R. & Machín J. (2000). *Redes que previenen*. Colección Cuadernos para la Acción N.º 1.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia (2015). *La heroína en Colombia. Producción, uso e impacto en la salud pública. Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. ODC. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia, 2016*. Minsalud. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co034492016_estudio_evaluacion_diagnostico_servicios_tratamiento_consumidor_sustancias.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-naloxona-final-2.pdf>

Nagelhout Rowe, C. *et al.* (2016). Neighborhood-level and spatial characteristics associated with lay naloxone reversal events and opioid overdose deaths. *Journal of Urban Health*, 93(1), 117-130.

Nagelhout, G. E., Hummel, K., De Goeij, M., De Vries, H., Kaner, E. & Lemmens, P. (2017). How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: A systematic realist literature review. *The International Journal on Drug Policy*, 44, 69-83. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.03.013>

- Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013*. Observatorio de Drogas de Colombia.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2017). *Reporte de Drogas de Colombia*. Observatorio de Drogas de Colombia.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2003). *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas de las drogas 2003*. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.
- Ortiz Londoño, D. (2020, 10 de octubre). Alerta en Pereira por aumento de explotación sexual a menores de edad. *Caracol Radio*. https://caracol.com.co/emisora/2020/10/01/pereira/1601573707_252896.html
- Pereira Cómo Vamos. (2019). *Informe de calidad de vida 2019*. Pereira Cómo Vamos.
- Pereira, I. (2020, 26 de junio). El origen perdido: la reducción de daños para las mujeres consumidoras de drogas. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/judicial/el-origen-perdido-la-reduccion-de-danos-para-las-mujeres-consumidoras-de-drogas-article/>
- Pereira Arana, I. & Ramírez Bolívar, L. (2019). *Los caminos del dolor: acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Editorial Dejusticia.
- Petchesky, R. P. (2003). *Global prescriptions. Gendering health and human rights*. Zed Books.
- Piñuñuri, R., Mardones, C., Valenzuela, C., Estay, P. & Llanos, M. (2015). Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN, Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2070-2078. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8636>
- Poteat, T. et al. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Purkey, E. & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for

equity-oriented health care. *International Journal for Equity in Health*, 18(1).

- Quintana, A. P. (2008). El conflicto por la gestión del servicio de acueducto en el municipio de Dosquebradas, Risaralda. Un estudio desde la ecología política [tesis de doctorado] Universidad de Barcelona, Barcelona. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/718/APQR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, A. (2012). Perseguir el vicio y amparar la virtud: prostitución, lujuria y control en Pereira, 1857-1907 [tesis de pregrado] Universidad Del Rosario, Bogotá, D. C. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3954>
- Ritterbusch, A. E. (2016). Mobilities at gunpoint: The geographies of (im)mobility of transgender sex workers in Colombia. *Annals of the American Association of Geographers*, 106(2), 422-433.
- Ritterbusch, A. E. et al. (2016). Ni aquí ni allá: las geografías emocionales de las trabajadoras sexuales transgénero, víctimas del conflicto armado. *Notas de Política*, (25).
- Ritterbusch, A. E. et al. (2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Global Public Health*, 13.
- Robertson, L. (2007). Taming space: Drug use, HIV, and homemaking in downtown Eastside Vancouver. *Gender, Place and Culture*, 14(5), 527-549.
- Roig-Forteza, A. (2019). *Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias*. WOLA. https://womenanddrugs.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres_SPA_Dec.2019.pdf
- Romo, N. (s. f.). *Perspectiva de género en drogodependencias*. <https://www.oviedo.es/>. <https://www.oviedo.es/documents/25041/437417/C%C3%B3mo+incluir+perspectiva+de+g%C3%A9nero+en+las+intervenciones+para+reducir+el+abuso+de+drogas.pdf/8da10f6d-209b-46fe-90a8-66d87c7fab50>
- Ruiz Mantilla, J. (2010, 2 de mayo). El precio de la prostitución. *El País*. https://elpais.com/diario/2010/05/02/eps/1272781618_850215.html
- Sachs, J. D. (2006). *The end of poverty: Economic possibilities for our time*. Penguin Books.

- Sanders, T. (2016). Inevitably violent? Dynamics of space, governance and stigma in understanding violence against sex workers. *Studies in Law Politics and Society*, 71, 93-114.
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Observatorio de Drogas de Colombia.
- Seddon, T. (2008). Women, harm reduction and history: Gender perspectives on the emergence of the British System of drug control. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.004>
- Segura, A. (2020). Ética en, de y para la salud pública. *Eidon*, (53) 22-35.
- Semana. (2008, 18 de febrero). Los baby sicarios. *Semana*. <https://www.semana.com/on-line/articulo/los-baby-sicarios/91092-3/>
- Sen, G., George, A. & Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies.
- Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C. & Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: A literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>
- Singer, M., Bulled, N. & Ostrach, B. (2012). Syndemics and human health: Implications for prevention and intervention. *Annals of Anthropological Practice*, 36(2), 205-211. <https://doi.org/10.1111/napa.12000>
- Smith, N. (1993). Homeless/global: Scaling places. En J. Bird (Ed.), *Mapping the futures: Local cultures and global change*. Routledge.
- Stoicescu, C., Richer, A. & Gilbert, L. (2020). Nexus of risk: The co-occurring problems of gender-based violence, HIV and drug use among women and adolescent girls. En J. Buxton, G. Margo & L. Burger (Eds.), *The impact of global drug policy on women: Shifting the needle*, (pp. 49-57). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-83982-882-920200008>
- Stoicescu, C., Ameilia, R., Irwanto, null, Praptoraharjo, I. & Mahanani, M. (2019). Syndemic and synergistic effects of intimate partner violence, crystal methamphetamine and depression on HIV sexual risk behaviors among women who inject drugs in Indonesia. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 96(3), 477-496. <https://doi.org/10.1007/s11524-019-00352-6>

- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission Report. *Lancet (London, England)*, 393(10173), 791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- Szalavitz, M. (2016). *Unbroken brain. A revolutionary new way of understanding addiction*. St. Martin's Press.
- Teets, J. M. (1995). Childhood sexual trauma of chemically dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(3), 231-238.
- Tirado Acero, M. (2015). El trabajo sexual desde una perspectiva de los derechos humanos: implicaciones del VIH/sida e infecciones de transmisión sexual. *Civilizar*, 14(27), 97-110.
- The Lancet. (2017). Syndemics: Health in context. *The Lancet*, 389(10072), 881. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30640-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30640-2)
- Tobón, E. (2008). *Habitus de la mujer errante en sus rutas nómadas por la ciudad de Pereira* [tesis de pregrado] Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira. <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/2204>
- Tomczyk, S., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2016). Latent classes of polysubstance use among adolescents: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 12-29.
- UNAIDS. (2018). *Germany: Taking a human-rights based approach to injecting drug use*. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/october/20181015_germany
- UNODC. (2020). *World drug report 2020. Booklet 2. Drug use and health consequences*. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf
- Uprimny, R., Martínez, M., Cruz, L. F., Chaparro, S. & Chaparro, N. (2016). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: una guía para la reforma de políticas en Colombia*. Dejusticia-Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=738874>

- Vergara, E. (2013). *Segundo informe. Políticas de drogas, narcotráfico, consumo y la mujer*. Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17.
- Ward, J. & Mattick, R. (1992). Key issues in methadone maintenance treatment. *New South Wales University Press*, 19-32.
- WHO. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. UN. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. Bloomsbury Press.
- Windsor, L. C., Benoit, E. & Dunlap, E. (2010). Dimensions of oppression in the lives of impoverished black women who use drugs. *Journal of Black Studies*, 41(1), 21-39.
- WOLA. (s. f.). *Mujeres, política de drogas y encarcelamiento*.
- WOLA, Dejusticia & IDPC. (s. f.). Género y políticas de drogas: enfoques innovadores frente a las leyes de drogas y el encarcelamiento. *Women, Drug Policies and Incarceration in the Americas*. <https://mujeres-ydrogas.wola.org/gender-and-drug-policy-exploring-global-innovative-approaches-to-drug-policy-and-incarceration/>
- Wright, M. W. (2004). From protests to politics: Sex work, women's worth, and ciudad Juárez modernity. *Annals of the Association of American Geographers*, 94(2), 369-386.
- Wright, M. W. (2006). *Disposable women and other myths of Capitalism*. Routledge.
- Wright, M. (2010). Geography and gender: Feminism and a feeling of justice. *Progress in Human Geography*, 34(6), 818-827.
- Zhang, H. (2014). The poverty trap of education: Education-poverty connections in Western China. *International Journal of Educational Development*, 38, 47-58.

Anexos

ANEXO 1. FORMATO DE ENTREVISTA

1. Datos de identificación

Nombre: Real (opcional) _____

Identitario o apodo _____

Nacimiento:

Fecha. Día ____ Mes ____ Año ____ Ciudad _____

Identificación: Posee documento Sí ____ No ____

Tipo RC ____ TI ____ CC ____ PA ____ CE ____ PEP ____

Número (opcional) _____

Lugar de residencia:

Características poblacionales: Desplazada ____ Víctima de violencia ____ Reintegrada ____ Migrante ____ Persona en situación de discapacidad ____ Mujer cabeza de hogar ____ Otra _____, ¿Cuál? _____

Grupo étnico: Indígena ____ Afrodescendiente ____ Raizal ____ RROM ____ No aplica ____ Otro ____ ¿Cuál? _____

2. Contexto familiar y personal

Estado civil

Soltera___ Casada___ Unión libre___ Separada___ Divorciada___

¿Con quién vive, a quién acude cuando tiene un problema o cuál es su círculo de apoyo?

¿Dónde vive? (pieza, residencia...)

¿Tiene hijos o hijas?

No___ Sí___ ¿Cuántos?___

¿Qué hacen sus hijos? ¿Quién los cuida (si alguien los cuida) cuando está trabajando o consumiendo? ¿Cuántos años tienen?

¿Cómo es su relación con ellos? ¿Con quién viven? ¿Alguna vez ICBF le ha quitado los hijos o ha sentido temor ante la posibilidad de que le sean arrebatados por ser consumidora de drogas?

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Cómo ha sido la relación? ¿Se ha visto mediada por el consumo? ¿De qué forma? (Inició consumo por la pareja o gestiona para los dos)

¿Cómo era su vida familiar cuando era niña? ¿Alguien consumía drogas o alcohol en su entorno de hogar?

¿Cómo cree que el consumo de drogas ha afectado su vida familiar (antes, ahora)? ¿Cómo le gustaría que fuera?

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia física o psicológica? ¿En qué circunstancias (por pares, parejas, en el lugar de consumo)? (Si nos quiere contar)

¿Tiene algún pasatiempo o forma de entretenimiento o algo que le guste hacer? ¿A qué le gustaría dedicar tiempo? ¿Qué le gustaría aprender o estudiar?

3. Derechos sexuales y reproductivos

¿Ha tenido acceso a planificación familiar/anticonceptivos (información y acceso a diferentes métodos)?

¿Ha tenido a su disposición los métodos que ha necesitado?

¿Fue forzada a tener relaciones sexuales sin preservativo?

¿Alguna vez ha deseado/necesitado abortar? ¿Por qué razón? ¿Pudo acceder o no al aborto? ¿Dónde se lo hizo? ¿Cuánto tiempo debió esperar?

Si ha estado en embarazo, ¿cómo ha sido esa situación? ¿Acudió a algún servicio? ¿Ha sentido que al estar en esta condición hay motivación para hacer cambios (como dejar de consumir drogas, consumir menos, volver a su casa, etc.)?

¿Cómo fue el parto? ¿Fue víctima de violencia o de discriminación en los controles y en el parto por el hecho de usar drogas?

¿Qué pensaba sobre su consumo de drogas durante el embarazo?

¿Ha sufrido episodios, en su contra, de violencia o abuso sexual? ¿En qué circunstancias? ¿Por parte de quién? (Si nos quiere contar)

4. Aspectos socioeconómicos

Nivel de escolaridad

Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitaria _____
Ninguna _____ Lee _____ Escribe _____

Tiene encuesta SISBEN

Sí _____ No _____

Posee certificado de habitante de calle⁴⁸

Sí _____ No _____

Actividad económica principal y tiempo que lleva ejerciéndola

48 La encuesta del SISBEN no puede ser aplicada en calle o en residencias u hoteles. El certificado de habitante de calle permite contar con la afiliación al sistema, pero también representa una barrera para la cobertura universal.

¿Alguna vez ha ejercido trabajo sexual?

Sí _____ No _____

¿Por qué razones empezó a ejercer trabajo sexual?

¿Alguna vez ha sido presionada a ejercer trabajo sexual?

¿Desearía haber conseguido o conseguir el dinero de otra forma? ¿Cómo?
¿A qué le hubiera gustado dedicarse?

¿Cómo gestiona para la droga? ¿Cuánto es su ingreso promedio? (diario,
mensual...)

Ese ingreso, ¿para qué le alcanza? (vivienda, alimentación, ducha, necesidades fisiológicas)

¿Ha recibido algún beneficio por parte de Protección Social o de algún otro programa? (albergue, apoyo psicosocial, formación, alimentación, subsidio...) ¿Por parte de quién?

5. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

¿Qué sustancias consume? ¿Desde cuándo?

¿Cómo fueron esas primeras veces?

¿Qué lugares suele frecuentar para uso a consumo de sustancias psicoactivas? (por ejemplo, zona específica, en su residencia, etc.)

¿Con qué personas suele consumir o usar sustancias psicoactivas? (sola, acompañada, etc.)

¿Qué cosas o situaciones cree usted que han influido en su vida para consumir drogas?

Si consume o ha consumido heroína:

¿Ha tenido sobredosis? ¿Cómo fue? ¿Qué hizo?

¿Sabe qué es la naloxona? ¿La ha usado?

¿Ha tenido infecciones a causa de la inyección? (por compartir jeringas o no encontrarse la vena)

¿Cuáles son las diferencias de consumir drogas para un hombre y para una mujer?

¿Ha tenido acceso a la metadona? ¿Ha estado en un programa de sustitución?

¿Ha considerado, en algún momento, dejar el consumo? ¿Qué tipo de dificultades ha encontrado para hacerlo?

¿Qué redes de apoyo ha tenido en su situación de consumo? ¿De qué maneras la han apoyado?

¿Ha recibido atención de programas de reducción de daños? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Había atención hacia las mujeres? ¿Cómo era el trato?

¿Ha participado en programas de rehabilitación para el consumo? ¿Cómo fue? ¿Cómo se sintió como mujer ahí? ¿Hubo diferencias? ¿De qué tipo?

¿Piensa que la tratan diferente por ser mujer?

¿Ha participado de algún programa de atención para mujeres?

¿Alguna vez ha recibido ataques por parte de la Policía o de alguna otra autoridad? ¿De alguna institución? ¿Qué pasó?

¿En algún momento de su vida ha sido llevada en contra de su voluntad a algún sitio? (UPJ, centro de rehabilitación) ¿Cómo fue?

¿Ha sido discriminada por ser una mujer que usa drogas? ¿En qué circunstancias?

¿Conoce sus derechos como mujer consumidora de SPA? ¿Considera que no tiene alguno?

¿Qué cosas considera que serían necesarias para atender a las mujeres que consumen drogas?

6. Salud

¿Está afiliada al SGSSS?

Sí___ No ___ Contributivo___ Subsidiado ___ Vinculado ___

¿Asiste a los servicios de salud? (citas médicas, odontológicas, citologías)
Si no lo hace, ¿cómo lo resuelve cuándo lo necesita?

¿Ha recibido información de prevención en salud? ¿De qué tipo? ¿Sobre qué temas?

Se ha realizado exámenes como

Citologías _____ ¿Cuándo? _____

Pruebas de VIH _____ ¿Cuándo? _____

VHC _____ ¿Cuándo? _____

TB _____ ¿Cuándo? _____

Enfermedad respiratoria _____ ¿Cuándo? _____

Enfermedades de piel _____ ¿Cuándo? _____

Gastrointestinales _____ ¿Cuándo? _____

Desnutrición _____ ¿Cuándo? _____

Otra, ¿cuál? _____

¿Cuándo? _____

¿Ha requerido algún tipo de atención en salud relacionada con el consumo o con la forma de gestionar y cómo ha resultado? (sobredosis, infecciones, ITS) ¿La han atendido? ¿En dónde?

¿Ha acudido a recibir atención de urgencias? ¿Cómo fue el trato?

¿Cuándo fue la última vez que consultó un médico? ¿Por qué motivo?

¿Por qué no asiste a los servicios de salud? ¿Ha encontrado barreras anteriormente? ¿No ha recibido atención, la han discriminado en algún servicio?

¿Alguna vez le han diagnosticado algún trastorno, como depresión o ansiedad, o algún trastorno de salud mental? ¿Cómo fue atendida?

¿Ha recibido algún otro diagnóstico en salud? (hipertensión, diabetes, cáncer...) ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento?

¿Cuáles considera que son los mayores riesgos para su salud? (relacionados con el consumo y con las condiciones de vida) ¿Cómo se ha visto afectada?

**ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DE USO DE
INFORMACIÓN ENTREGADA EN ENTREVISTA**

_____, identificada como aparece al pie de mi firma, autorizo en forma permanente al Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – Dejusticia, identificado con NIT 830131150, con sede principal en la calle 35 # 24-31 de la ciudad de Bogotá, para que almacene, compile, use, sistematice y organice los datos, informaciones y opiniones que expongo en la entrevista realizada el día _____, siempre y cuando sea en cumplimiento de las actividades de investigación en el marco del estudio sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres que usan drogas ilícitas en los municipios de Dosquebradas y Pereira.

También declaro que se me han informado las generalidades del proyecto, así como que no se hará referencia a mi nombre en ninguno de los documentos y productos que surjan de esta investigación.

Dejando constancia de mi consentimiento libre, previo, e informado:

Firma : _____

Nombre : _____

C.C. : _____

ANEXO 3. INSTRUCTIVO CON CATEGORÍAS PARA LA CODIFICACIÓN EN NVIVO

Número	Categoría/Relación	Descripción
1.	Información general	
1.1	Edad	Indicar si es el nombre real (a petición de la entrevistada) o el apodo.
1.2	Lugar de nacimiento	Ciudad, departamento
1.3	Ciudad de residencia	Pereira o Dosquebradas
1.3.1	Motivos de reubicación	¿Por qué se mudó de su ciudad de origen a Pereira/Dosquebradas? ¿Hace cuántos años?
1.4	Ocupación principal	Describir si es formal o informal
1.6	Identidad de género	En caso de que la persona tenga una identidad de género diversa
2.	Contexto familiar y personal	
2.1	Estado civil	Soltera, casada, en unión libre, separada, divorciada
2.2	Red de apoyo	¿Quiénes conforman la red de apoyo? Pareja, amigos, amigas, empleadores, pares comunitarios, servicios de reducción de daños, etc.
2.3	Lugar y condiciones de residencia	Residencia, habitación, calle
2.4	Hijos e hijas	Número de hijo(as), edades, cuántos están con ellas, quién asume el cuidado cuando están trabajando y/o consumiendo. Si están en edad escolar, ¿asisten al colegio?

Número	Categoría/Relación	Descripción
2.4.1	Separación de los hijo(as)	En virtud de su consumo, documentar situaciones de separación de sus hijos o hijas, de intervenciones del ICBF para la separación familiar y con quién han estado sus hijos e hijas cuando se han separado de la madre. En el mismo sentido, documentar casos en los que las mujeres hayan recibido cuidado de sus nietos o nietas.
2.5	Relaciones de pareja	En caso de haber tenido pareja, documentar si la relación ha estado mediada por el consumo de SPA y de qué maneras, ya sea por iniciación, intercambios de sexo por drogas, entre otros.
2.6	Antecedentes del entorno familiar	Descripción sobre el entorno en el que se formó la mujer, con especial atención a casos de consumo de SPA en la familia, afectaciones por este consumo, victimización física o psicológica en la familia, o en el entorno de formación. <i>Nota: Para casos de acoso, abuso o violencia sexual en la infancia y adolescencia, remitir a la categoría de salud sexual.</i>
3.	Derechos sexuales y reproductivos	
3.1.	Salud sexual	
3.1.1	Acceso a servicios y materiales de prevención de ETS	Describir si ha tenido acceso, o si ha enfrentado barreras para acceder a estos dispositivos y servicios. Describa también quiénes han sido los proveedores de asistencia en salud para estos servicios y las rutas de atención.
3.1.2	Acceso a servicios de salud para ETS	Describir si ha tenido acceso, o cuáles son las barreras que ha enfrentado para acceder a estos dispositivos y servicios. Describa también quiénes han sido los proveedores de asistencia en salud para estos servicios y las rutas de atención.
3.1.3	Relaciones sexuales, prevención y consentimiento	Documentar los casos en los que la entrevistada ha sido forzada a tener relaciones sin usar condón.
3.1.4	Violencia sexual	Documentar casos de acoso, violencia y abuso sexual, teniendo en cuenta los entornos en los que ha ocurrido, si fue en la familia, en entornos de trabajo sexual, o en el consumo de SPA.
3.2	Salud reproductiva	
3.2.1	Acceso a métodos de planificación reproductiva	Posibilidad y procesos de acceder a métodos de planificación, con <i>debido consentimiento</i> , identificando rutas de atención, prestadores, barreras de acceso.
3.2.2	Acceso a servicios de salud gineco-obstétricos	Documentar el acceso a servicios generales de salud en materia preventiva, y consultas con especialistas de salud ginecológica (citologías, etc.).

Número	Categoría/Relación	Descripción
3.2.3	Embarazos	Documentar cuántos embarazos reporta haber tenido y la posibilidad de contar con controles durante el embarazo, atención en parto, atención posparto. Barreras en la atención, por ejemplo, discriminación por parte del personal de salud o dificultades en el aseguramiento, entre otros.
3.2.3.1	Consumo de SPA y embarazo	Documentar el consumo de SPA durante los embarazos, qué efectos considera tenía esto sobre sí misma y sobre el embarazo, y la atención en salud que recibió (o no) en este sentido.
3.2.4	Acceso a IVE	Documentar los casos de IVE que ha experimentado, si han sido con debido consentimiento y la ruta de atención para el servicio.
4.	Aspectos socioeconómicos	
4.1	Último grado cursado	Formación primaria, secundaria o superior
4.2	Encuesta SISBEN	Sí o no
4.3	Certificado de habitante de calle	Sí o no
4.4	Fuentes de ingreso	Descripción de las actividades de las cuales deriva su ingreso económico. Ingreso mensual o semanal promedio por esta actividad
4.5	Trabajo sexual	Describir cómo fue el proceso de involucramiento en esta actividad (presión de una pareja, de un par, necesidad). Describir también si hay intención de continuar en esta actividad o cambiar de actividad económica, y las razones para ello. Incluir aspectos que las entrevistadas señalen como relacionados con el trabajo sexual.
4.6	Subsidios y beneficios	Describir si ha sido beneficiaria de algún tipo de programa social, ya sea de alcaldías, gobernaciones o de actores de la sociedad civil, que incluya apoyos en alimentación, vestuario, transporte, educación o vivienda.
5.	Consumo de sustancias psicoactivas	
5.1.	Sustancias ilícitas de uso habitual	Describa qué sustancias ilícitas consume activamente, o ha consumido en el pasado y desde cuándo.
5.2	Iniciación en el consumo	Describa la iniciación en el consumo según el relato de la entrevistada, incluyendo la descripción sobre la experiencia de las primeras veces, por qué o quién inició, la edad que tenía, entre otros.
5.3	Abastecimiento y lugar de consumo	Lugares que frecuenta para el consumo y para la compra de SPA

Número	Categoría/Relación	Descripción
5.4	Red de consumo	Redes de personas con quienes consume y posibles nexos de cuidado u hostilidad en estas redes.
5.5	Consumo de heroína (en caso de que sea usuaria de heroína)	Acceso a servicios de reducción de daños y posibilidades de tratamiento voluntario, incluyendo las posibles barreras. Problemas asociados al consumo, por ejemplo, sobredosis, infecciones, síndrome de abstinencia, etc.
5.6	Mujeres y uso de SPA	Consideraciones sobre la discriminación o el trato diferencial hacia las mujeres que usan drogas en comparación con sus contrapartes masculinas. Esto incluye comportamiento de pares, de familiares, de prestadores de salud, entre otros. Incluya experiencias de servicios de reducción de daños y de atención específica con enfoque de género. Incluir episodios de violencia policial y otros tipos de violencia (callejera, en el trabajo sexual, de pareja, etc.).
5.7	Procesos búsqueda de atención y necesidades de tratamiento	En caso de que se haya mencionado, documentar los intentos de búsqueda de tratamiento y los obstáculos que se ha encontrado en este camino. Incluya el trato diferenciado hacia las mujeres en dichos procesos de búsqueda de tratamiento, o en el tratamiento mismo. Incluir las necesidades de tratamiento que muchas expresan.
5.8	Consecuencias en salud por el consumo	Casos de sobredosis u otras afectaciones de salud directamente derivadas por el consumo de SPA.
6.	Salud	
6.1	Afiliación al sistema de salud	Sí, no, en qué régimen.
6.2	Necesidades de atención en salud	Descripción de necesidades en salud no asociadas al consumo y de qué maneras ha recibido atención; a través de qué rutas.

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES: la justicia colectiva étnica y la reparación a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en Colombia

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam

2011

• DOCUMENTOS 2

LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS Y SOLUCIONES. Lecciones del proceso de construcción del decreto de reparación y restitución de tierras para pueblos indígenas en Colombia

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Natalia Orduz Salinas

2012

• DOCUMENTOS 3

LA ADICCIÓN PUNITIVA:

La desproporción de leyes de drogas en América Latina

Publicación digital e impresa

Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Parra Norato

2012

• DOCUMENTOS 4

ORDEN PÚBLICO Y PERFILES RACIALES:

experiencias de afrocolombianos con la policía en Cali

Publicación digital e impresa

Yukyan Lam, Camilo Ávila

2013

• DOCUMENTOS 5

INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO:

la geografía judicial de los delitos de drogas en Colombia

Publicación digital

Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo,

Felipe Jiménez Ángel

2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Annika Dalén

2013

• DOCUMENTOS 7

LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL TRABAJO:

Un estudio experimental en Bogotá

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Juan Camilo Cárdenas C.,

Juan David Oviedo M., Sebastián Villamizar S.

2013

• DOCUMENTOS 8

**LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN COLOMBIA**

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

**LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN
PARCIAL DEL ABORTO**

Publicación digital e impresa

Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y ENFOQUE DE GÉNERO

Publicación digital e impresa

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

**RAZA Y VIVIENDA EN COLOMBIA: la segregación residencial
y las condiciones de vida en las ciudades**

Publicación digital e impresa

María José Álvarez Rivadulla, César Rodríguez Garavito,
Sebastián Villamizar Santamaría, Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

**PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES Y PARTIDOS.
Posibilidades a partir de la reforma política de 2011.**

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

**BANCADA DE MUJERES DEL CONGRESO:
una historia por contar**

Publicación digital

Sylvia Cristina Prieto Dávila, Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

OBLIGACIONES CRUZADAS: Políticas de drogas y derechos humanos

Publicación digital

Diana Guzmán, Jorge Parra, Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

GUÍA PARA IMPLEMENTAR DECISIONES SOBRE DERECHOS SOCIALES

Estrategias para los jueces, funcionarios y activistas

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

VIGILANCIA DE LAS COMUNICACIONES EN COLOMBIA El abismo entre la capacidad tecnológica y los controles legales

Publicación digital e impresa

Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

NO INTERRUPIR EL DERECHO

Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE

Publicación digital

Nina Chaparro González, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

DATOS PERSONALES EN INFORMACIÓN PÚBLICA: oscuridad en lo privado y luz en lo público

Publicación digital e impresa

Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?

Una tensión entre seguridad e intimidad

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO

ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA:

una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación: Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo, Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez, Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO.

***El papel del juez constitucional cuando la interrupción
del embarazo no se garantiza***

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

**EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO**

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén,
Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS:

***abordaje de la atención en salud
desde un enfoque de derechos humanos***

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

**SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO
DE DERECHOS HUMANOS:**

justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ.

La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo, Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES:

la participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González, Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LA PAZ AMBIENTAL:

retos y propuestas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA

Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO

Publicación digital e impresa

Ana María Ramírez Mourraille, María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO

Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

SIN REGLAS NI CONTROLES

*Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas
dirigida a menores de edad*

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

ACADEMIA Y CIUDADANÍA

Profesores universitarios cumpliendo y violando normas

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco, Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa
Nelson Camilo Sánchez León
2017

• DOCUMENTOS 36 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa
Carolina Villadiego Burbano, Sebastián Lalinde Ordóñez
2017

• DOCUMENTOS 37

DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny Yepes, Sergio Chaparro Hernández,
Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 38 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO

Los retos de los municipios productores en el posacuerdo
Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández, Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 39 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA Y PROYECTOS PRODUCTIVOS
Ideas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa
Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie Paola Botero Giraldo,
Laura Gabriela Gutiérrez Baquero
2017

• DOCUMENTOS 40

CÁRCEL O MUERTE
El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

Publicación digital
Ana Jimena Bautista Revelo, Anna Joseph, Margarita
Martínez Osorio
2017

• DOCUMENTOS 41

SOBREDOSIS CARCELARIA Y POLÍTICA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández, Catalina Pérez Correa
2017

• DOCUMENTOS 42

SOBREPESO Y CONTRAPESOS

La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad

Publicación digital e impresa

Valentina Rozo Rangel

2017

• DOCUMENTOS 43

VÍCTIMAS Y PRENSA DESPUÉS DE LA GUERRA

Tensiones entre intimidad, verdad histórica y libertad de expresión

Publicación digital e impresa

Vivian Newman Pont, María Paula Ángel Arango,

María Ximena Dávila Contreras

2018

• DOCUMENTOS 44

LO QUE NO DEBE SER CONTADO

Tensiones entre el derecho a la intimidad y el acceso a la información en casos de interrupción voluntaria del embarazo

Publicación digital

Nina Chaparro González, Diana Esther Guzmán,

Silvia Rojas Castro

2018

• DOCUMENTOS 45

POSCONFLICTO Y VIOLENCIA SEXUAL

La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz

Publicación digital

Ana Jimena Bautista Revelo, Blanca Capacho Niño,

Margarita Martínez Osorio

2018

• DOCUMENTOS 46

UN CAMINO TRUNCADO: LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN MONTES DE MARÍA

Publicación digital e impresa

María Ximena Dávila, Margarita Martínez, Nina Chaparro

2019

• DOCUMENTOS 47

ETIQUETAS SIN DERECHOS. Etiquetado de productos comestibles: un análisis desde los derechos humanos

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo, Ana María Narváez

2019

• DOCUMENTOS 48

RENDICIÓN DE CUENTAS DE GOOGLE Y OTROS NEGOCIOS EN COLOMBIA: la protección de datos personales en la era digital

Publicación digital e impresa
Vivian Newman Pont, María Paula Ángel Arango
2019

• DOCUMENTOS 49

ELOGIO A LA BULLA: protesta y democracia en Colombia

Publicación digital e impresa
Sebastián Lalinde Ordóñez
2019

• DOCUMENTOS 50

LOS TERCEROS COMPLEJOS: la competencia limitada de la Jurisdicción Especial para la Paz

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski, Alejandro Jiménez Ospina, Hobeth Martínez Carrillo, Daniel Marín López
2019

• DOCUMENTOS 51

**DIME DÓNDE ESTUDIAS Y TE DIRÉ QUÉ COMES
Oferta y publicidad en tiendas escolares de Bogotá**

Publicación digital e impresa
Valentina Rozo Ángel
2019

• DOCUMENTOS 52

**LOS CAMINOS DE DOLOR
Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia**

Publicación digital e impresa
Isabel Pereira, Lucía Ramírez
2019

• DOCUMENTOS 53

**LOS SEGUNDOS OCUPANTES EN EL PROCESO DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS:
reto a la reparación con vocación transformadora**

Publicación digital e impresa
Hobeth Martínez Carrillo
2019

• Documentos 54

CANNABIS EN LATINOAMÉRICA: la ola verde y los retos hacia la regulación

Publicación digital e impresa
Alejandro Corda, Ernesto Cortés, Diego Piñol Arriagada
2019

• Documentos 55

ACCESO, PROMOCIÓN Y PERMANENCIA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO.

Avances, retos y recomendaciones

Publicación digital e impresa

Silvia Ruiz Mancera, Lucía Ramírez Bolívar,

Valentina Roza Ángel

2020

• Documentos 56

ENTRE LA BATA Y LA TOGA: el rol de los tribunales de ética médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos

Publicación digital e impresa

María Ximena Dávila, Nina Chaparro

2020

• Documentos 57

LA IMAGINACIÓN MORAL EN EL TRÁNSITO HACIA LA PAZ

Publicación digital

Ivonne Elena Díaz García

2020

• Documentos 58

FESTÍN DE DATOS. Empresas y datos personales en América Latina

Publicación digital e impresa

Coordinadores académicos: Vivian Newman Pont,

Juan Carlos Upegui, Daniel Ospina-Celis

2020

• Documentos 59

CATASTRO PARA LA PAZ. Tensiones, problemas, posibilidades

Publicación digital e impresa

Felipe León, Juana Dávila Sáenz

2020

• Documentos 60

¿RESTITUCIÓN DE PAPEL? Notas sobre el cumplimiento del posfallo

Publicación digital

Cheryl Morris Rada, Ana Jimena Bautista Revelo,

Juana Dávila Sáenz

2020

•Documentos 61

¿A QUIÉNES SANCIONAR? Máximos responsables y participación determinante en la Jurisdicción Especial para la Paz

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski, Michael Cruz Rodríguez,
Hobeth Martínez Carrillo
2020

•Documentos 62

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN EL FÚTBOL. Construir una caja de herramientas para una igualdad de género en el juego bonito

Publicación digital
Rachel Davidson Raycraft, Rebecca Robinson, Jolena Zabel
2020

•Documentos 63

LOS PUEBLOS ÉTNICOS DE COLOMBIA. Derechos territoriales y reparaciones. Módulo de formación para procuradores y servidores del Ministerio Público

Publicación digital e impresa
María Paula Tostón Sarmiento
2020

•Documentos 64

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SECTOR EXTRACTIVO EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
Fabio E. Velásquez
2021

•Documentos 65

LA GUERRA EN MOVIMIENTO. Tomas guerrilleras y crímenes de guerra en la ejecución del plan estratégico de las FARC-EP en el Tolima (1993-2002)

Publicación digital e impresa
Juana Dávila Sáenz, Felipe León, Bibiana Ramírez,
Ricardo Cruz, Juan Diego Restrepo
2021

•Documentos 66

OMISIONES QUE MATAN. Estándares en seguridad vehicular y calidad del aire, su impacto en los derechos humanos

Publicación digital e impresa
Paula Angarita Tovar, Johnnatan García,
Diana Guarnizo Peralta
2021

TERRITORIO WAYÚU: entre distancias y ausencias. Pobreza alimentaria, malnutrición y acceso a agua potable en los entornos escolares de Uribí

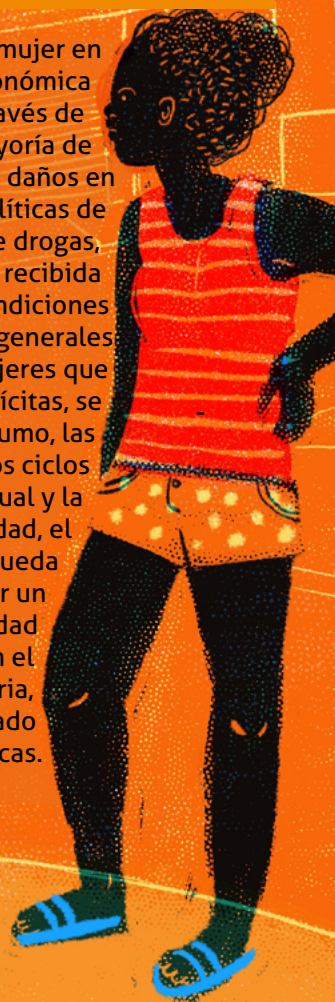
Publicación digital e impresa

Julián Gutiérrez-Martínez, Ana María Narváez Olaya,
Johnattan García Ruiz, Diana Guarnizo Peralta
2021

DOCUMENTOS 68

Mujeres, calle y prohibición: Cuidado y violencia a los dos lados del Otún

El libro explora lo que significa usar drogas y ser mujer en contextos de vulnerabilidad económica en las ciudades de Pereira y Dosquebradas, a través de entrevistas con 54 mujeres, en su mayoría de las redes atendidas por los programas de reducción de daños en esas ciudades. Las políticas de drogas, y la experiencia femenina con el uso de drogas, considerada como transgresora, es recibida con misoginia institucional, exacerbando así condiciones adversas de salud y condiciones generales de vida. Tomando como referencia los relatos de 54 mujeres que usan distintas drogas ilícitas, se abordan las experiencias en el inicio del consumo, las condiciones estructurales de vida, los ciclos de violencia que han experimentado, la salud sexual y la agencia reproductiva, la maternidad, el papel de la reducción de daños en sus vidas, y la búsqueda de tratamiento. El libro propone, por un lado, que la política actual de drogas empeora la calidad de vida de mujeres inmersas en el consumo, y propone, desde la experiencia comunitaria, unas claves para incluir enfoques de cuidado en estas políticas.



ISBN 978-958-5597-82-2



DERECHOS HUMANOS de IGUALDAD de SOCIOECONÓMICA