

# Estigma hacia habitantes de calle, consumo de drogas y género. Consecuencias en derechos humanos y salud pública<sup>1</sup>

Stigma toward homeless people, drug use and gender.  
Consequences in human rights and public health



<sup>2</sup>

Sebastián Tamayo Salinas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7399-9041>

sebastian.tamayos@udea.edu.co

Universidad de Antioquia, Colombia

<sup>3</sup>

Eliana María Hernández

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8620-6496>

emaria.hernandez@udea.edu.co

Universidad de Antioquia, Colombia

<sup>4</sup>

Andrés Felipe Tirado-Otálvaro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9010-1494>

felipe.tirado@upb.edu.co

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

Recibido: 14 diciembre 2022

Aceptado: 12 octubre 2023

## Resumen

**Objetivo:** comprender la estigmatización hacia la población habitante de calle, su relación con el consumo de drogas, el género y sus consecuencias, desde la perspectiva del personal asistencial de Medellín. **Métodos:** investigación cualitativa con alcance descriptivo-interpretativo. Los datos fueron generados mediante grupos focales. La información fue analizada con técnicas de la teoría fundamentada y contrastada con la literatura científica sobre el tema. **Resultados:** emergieron dos concepciones sobre el habitante de calle: desechable y ciudadano. Sobre el género, se destacaron los múltiples estigmas hacia las mujeres y la población LGBTI en condición de calle, se describen las consecuencias que tiene la estigmatización. **Conclusión:** vivir en la calle y tener un estilo de vida contrario a los valores dominantes hace que los habitantes de calle sean discriminados, deshumanizados y corregidos por parte de la sociedad, lo cual se agrava cuando se pertenece a los géneros no hegemónicos. Esta situación limita la garantía de derechos humanos fundamentales, en especial el derecho a la salud.

**Palabras clave:** estigma social, habitantes de calle, uso de drogas, género, derechos humanos, salud pública.

Citar como: Tamayo Salinas, S., Hernández, E. M., & Tirado-Otálvaro, A. F. (2024). Estigma hacia habitantes de calle, consumo de drogas y género. Consecuencias en derechos humanos y salud pública. *Diversitas*, 20(1), 197-214. <https://doi.org/10.15332/22563067.10229>

<sup>2</sup> Autor de correspondencia. Psicólogo, Magister en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: sebastian.tamayos@udea.edu.co Teléfono: +57 3104120375; Grupo de investigación en salud mental GISAME.

<sup>3</sup> Psicóloga, Magister en Salud Mental. Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: emaria.hernandez@udea.edu.co. Grupo de investigación en salud mental GISAME

<sup>4</sup> RN, MSc, PhD. Profesor titular, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Investigación en Cuidado. Dirección: Circular 1ra # 70-01, Medellín, Antioquia Colombia. Teléfono: +57 (4) 448 83 88. Correo electrónico: felipe.tirado@upb.edu.co

## Abstract

**Objective:** comprehend the stigmatization of the homeless population, its relationship with drug use, gender and its consequences from the perspective of the assistance personnel in Medellín. **Methods:** qualitative research with a descriptive-interpretative scope. Data were generated through focus groups. The information was analyzed with grounded theory techniques and contrasted with the scientific literature on the subject. **Results:** two conceptions of the homeless person emerged: disposable and citizen. About gender, the multiple stigmas towards women and the LGBTI population living on the streets were highlighted, and the consequences of stigmatization were described. **Conclusion:** Living on the street and having a lifestyle contrary to the dominant values, makes homeless people to be discriminated, dehumanized and corrected by society, which is worse when belong to non-hegemonic genders, this situation limits the guarantee of fundamental human rights, especially the right to health.

**Keywords:** social stigma, homeless, drugs use, gender, public health, human rights.

## Introducción

La persona habitante de calle a partir de ahora, HDC, es definida, en Colombia, como aquel sujeto que #independiente de su género, condición étnica o edad# hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de manera permanente o transitoria (Ley 1641, 2013) . A diferencia de estos, una persona en situación de calle hace del espacio público el escenario propio para su supervivencia, aunque su estancia es temporal, dado que cuenta con un lugar privado donde estar y pernoctar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La población HDC es más vulnerable que el resto a determinadas enfermedades físicas y psíquicas, debido a sus condiciones de vida, a sus hábitos y conductas (RIOD, 2019), y ya que sus comportamientos son

diferentes a la norma social construida, son altamente discriminados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). En el más reciente censo nacional, se estima que el 0.13 % de los colombianos se encuentra viviendo en la calle. Este es un fenómeno propio de los grandes centros urbanos, como Medellín, ciudad en la cual se estima hay aproximadamente 3.788 HDC (DANE, 2020).

Por sus condiciones de vulnerabilidad social, los HDC padecen de una trimorbilidad, definida como una combinación de mala salud física, mala salud mental y abuso de drogas, por lo que precisan de asistencia social y sanitaria (Omerov et al., 2020); sin embargo, el acceso a estos servicios se ve limitado por situaciones como la falta de documentación, baja afiliación al sistema de salud, desconocimiento sobre los derechos que tienen y factores humanos en el personal asistencial, como actitudes negativas, prejuicios, estigma y discriminación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El estigma, para Goffman (1963), es considerado como un atributo profundamente devaluador, que degrada, desacredita y reduce a la persona que lo porta a una etiqueta, a un ser menospreciado. Otros autores, como Link y Phelan (2001), amplifican el concepto de estigma y lo desglosan en cinco componentes: elementos de etiquetado, aplicación de estereotipos, separación entre “ellos” y “nosotros”, pérdida de estatus y discriminación, que concurren en una situación desigual de poder.

Este fenómeno se complejiza cuando, además de ser HDC, se incluyen otras condiciones estigmatizadas, como el uso de drogas (Gomez et al., 2021), vivir con VIH (Davila et al., 2018), ser mujer (Vázquez y Panadero, 2020) y tener una orientación sexual diferente a la binaria (Fraser et al., 2019).

En los asuntos relacionados con el género pueden evidenciarse estas inequidades y desventajas. Vivir en la calle es una experiencia diferente para hombres y mujeres, la mujer HDC aumentan su vulnerabilidad a abusos de distinto tipo, mayor rechazo social por alejarse de estereotipos de género y la aparición de problemas de salud (Bufarini, 2020; Vázquez y Panadero, 2020). Sobre la población LGBTI en condición de calle se ha encontrado que el consumo de drogas es una de las situaciones que facilita la llegada a las calles. Así mismo, es un factor que se incrementa cuando se ha sido víctima de discriminación (Ecker et al., 2020).

Si bien la habitanza en calle es multicausal, según el DANE (2021), el uso de drogas fue la principal razón por la que los HDC comenzaron a vivir allí (36.9 %), seguido de dificultades familiares (30.3 %) y el gusto personal (8.6 %). Respecto al consumo de drogas, el Estado ha tenido tradicionalmente dos respuestas: medicalización y criminalización, lo que ha puesto etiquetas en quienes consumen que los representan como enfermos o delincuentes (Vázquez y Stolkiner, 2009).

Las personas con trastornos por consumo de sustancias muchas veces son percibidas como culpables de su condición (Fontesse et al., 2019) y son una de las condiciones más estigmatizadas, incluso más que el VIH y la esquizofrenia (Van Boekel et al., 2013).

El estigma también está presente cuando los HDC se acercan a los servicios sociosanitarios. Están documentadas prácticas paternalistas y humillantes que se vivencian en estos hogares y servicios de atención. Algunos HDC describen haber sido etiquetados y estigmatizados cuando buscaron atención sanitaria, y afirman que prevalecen actitudes negativas como falta de atención, poca empatía y escasa comprensión por parte del personal asistencial (Omerov et al., 2020). Además, la mayoría

de HDC desconoce los programas estatales dispuestos para su atención (DANE, 2021).

Con los planteamientos anteriores, este estudio tuvo como objetivo comprender la estigmatización hacia la población habitante de calle, su relación con interseccionalidades #como el consumo de drogas y el género# y sus consecuencias, desde la perspectiva del personal asistencial que trabaja en el Sistema de Atención al Habitante de Calle (SAHC), de la Unidad de Programas Sociales Especiales de la Secretaría de inclusión social, familias y derechos humanos de la Alcaldía de Medellín.

## **Metodología**

### ***Tipo de estudio***

Se realizó una investigación cualitativa con un alcance descriptivo-interpretativo, teniendo como soporte teórico el interaccionismo simbólico, escuela de pensamiento que considera que los significados sobre las personas y las cosas son construidos en un proceso de interacción (Bruce y Blumer, 1988).

### ***Participantes***

Este estudio contó con la participación de 31 funcionarios que se dedican a atender HDC para el servicio estatal de la Alcaldía de Medellín. La muestra fue integrada por personal de salud y psicosocial, escogidos sin importar su formación académica ni su género, pues la intención fue tener la perspectiva sobre el fenómeno de estudio desde la mirada de diferentes perfiles.

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional (Gerrish, 2008), el cual se caracteriza por elegir las personas que cumplen con las características de interés para el estudio, con el fin de resaltar situaciones, procesos o episodios en

un grupo social (Sampieri et al., 2014). En este caso, los criterios de inclusión fueron: hacer parte del equipo asistencial que trabaja en contacto directo con población HDC de la ciudad de Medellín y que estuvieran dispuestos a participar del estudio. Fueron excluidas tres personas que se negaron a firmar el consentimiento informado.

### **Instrumentos**

Con apoyo de una matriz de análisis categorial, se elaboró un guion de entrevista partiendo de categorías *a priori* como estigma hacia la población HDC; consumo de drogas y HDC; género y HDC, e implicaciones de la estigmatización. Algunas de las preguntas que guiaron las discusiones fueron: para ustedes, ¿qué es el estigma? ¿De qué forma son estigmatizados los HDC? ¿De qué manera se discrimina a la población sexual diversa que vive en las calles? ¿Qué piensa de las mujeres HDC? ¿Qué implicaciones tiene el estigma hacia los HDC?

### **Procedimiento**

Para cumplir los objetivos del estudio, se llevaron a cabo tres grupos focales, con el fin de profundizar en las categorías definidas *a priori*, pero que permitieran la emergencia de nuevas categorías como estigma hacia la población LGBTI que habita las calles, acceso a servicios de salud y limitación de derechos de los HDC.

Debido a la contingencia sanitaria por el COVID-19 y las medidas restrictivas dispuestas por el gobierno colombiano, se realizaron los grupos focales por medio de encuentros virtuales, puesto que esta técnica permite obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro del contexto social (Balcázar et al., 2015).

Los encuentros fueron grabados por medio de la plataforma Google Meet y se obtuvo apoyo de la Secretaría de Inclusión Social para convocar a los participantes a la reunión virtual, donde se dieron a conocer las características, los objetivos y la metodología del estudio. Cada grupo focal contó con la participación de entre 8 y 13 personas, el consentimiento informado se tomó mediante formulario de Google, cada encuentro tuvo una duración de 2 horas y, luego de la grabación, fueron transcritos.

### **Análisis de información**

Para el análisis, fueron aplicadas técnicas de análisis de la teoría fundamentada. Se inició con una codificación abierta o microanálisis, explorando el texto transcrito línea por línea, segmentándolo en frases cortas con sentido para la generación de los primeros códigos, lo cuales, a su vez, fueron agrupados en categorías descriptivas de acuerdo con su afinidad (Strauss y Corbin, 2002). Este proceso se realizó en el programa Microsoft Excel TM®.

El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas fue procesual, pasando de un nivel descriptivo a uno analítico y, posteriormente, a uno interpretativo; utilizando una lógica iterativa, en la medida que permitió pasar de los datos a los códigos, pero también interactiva, en la medida que buscó integrar las voces de los participantes con el análisis de los investigadores y la literatura científica revisada durante el proceso (Charmaz, 2006).

Para asegurar la calidad de los datos se revisaron los códigos y las categorías entre los tres investigadores durante todo el proceso. La escritura de memos analíticos, teóricos y reflexivos permitió la abstracción analítica y orientó la búsqueda de literatura científica al respecto (Glaser, 1992). El proceso reflexivo por parte de los tres investigadores estuvo presente durante todo el proceso

de la investigación y pretendió evaluar qué elementos propios de la subjetividad de los integrantes del equipo de investigación podrían influenciar en el proceso de generación, análisis e interpretación, dando cumplimiento a los criterios de rigor para la investigación cualitativa (Engward y Davis, 2015). En la discusión se analizaron los procesos de estigmatización mencionados en los resultados y se relacionaron con los hallazgos de otros estudios en un proceso de triangulación.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia,

mediante el acta 21030002-0028-2021. Al finalizar el análisis de los datos, se envió un informe técnico al SAHC y a los participantes para que conocieran un resumen de los hallazgos generales de la investigación.

## Resultados

Este estudio contó con la participación de 31 funcionarios del SAHC, que se dedican a la atención de HDC en la ciudad de Medellín. La edad promedio fue de 36 años y su experiencia profesional promedio era de 8 años en áreas de la salud y las ciencias sociales (ver tabla 1).

Tabla 1. Información sociodemográfica de los participantes.

<i>Característica</i>	<i>N = 31</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
<i>Femenino</i>	18	58 %
<i>Masculino</i>	13	42 %
<i>Grado de escolaridad</i>		
<i>Superior incompleto</i>	6	19 %
<i>Superior completo</i>	16	52 %
<i>Posgrado</i>	9	29 %
<i>Área de formación</i>		
<i>Psicología</i>	10	32 %
<i>Trabajo social</i>	6	19 %
<i>Personal administrativo</i>	4	13 %
<i>Educador terapéutico</i>	3	9.7 %
<i>Pedagogías</i>	3	9.7 %
<i>Áreas de la salud</i>	3	9.7 %
<i>Ciencia política</i>	1	3.2 %
<i>Comunicador social</i>	1	3.2 %

Fuente: elaboración propia

Tras el análisis cualitativo de los datos, se construyeron cuatro categorías que serán presentadas a continuación.

### ***Habitantes de calle, entre la etiqueta del desechable y la del ciudadano***

Para los participantes, el estigma es un señalamiento y una etiqueta que se pone sobre los otros, en especial sobre las personas que tienen conductas distintas a la norma social:

"El estigma es el rechazo que nos generan personas que tienen gustos diferentes a los nuestros" (ASM, Trabadora social, grupo focal 4/03/2021).

Durante los grupos focales, se mencionó que para la población general existen estereotipos hacia la población HDC, como violadores, consumidores de drogas, vagos, ladrones, parásitos, basura o gaminos (manera despectiva como se nombran a los HDC en Medellín), que no tienen una escala de valores y que son poco funcionales a la sociedad. Estos estereotipos desencadenan emociones, como el miedo, por parte de la sociedad hacia esta población.

Por otro lado, también se mencionó que una de las etiquetas más frecuentes para referirse a la población HDC, que todavía se utiliza en la cotidianidad, es la de "desechable", y se destacó que esta manera de nombrarlos tiene múltiples implicaciones, porque desde el lenguaje se les desecha como si no sirvieran. Este etiquetamiento implica que "ya no hay nada que hacer con ellos, no hay cómo recuperarlos" (ES, psicóloga, grupo focal, 2/03/2021 ). Despojar a las personas HDC de sus características humanas constituye un proceso de deshumanización generado por el estigma, lo que puede facilitar el surgimiento de la violencia, como se ha visto en otras poblaciones.

En contraste, en el SAHC, los HDC son nombrados ciudadanos, debido al enfoque de derechos de la política pública para esta población en la ciudad. Los participantes reconocen que existen personas HDC que son limpios, visten bien, son inteligentes, tienen estudios, entre otras características contrarias al estereotipo predominante.

Sobre el tema del consumo, los participantes también relataron que para la comunidad en general, todos los HDC son drogadictos; sin embargo, destacan que ellos como personal asistencial que trabaja día a día con esta población saben que no necesariamente todos los HDC consumen drogas. Adicional a esto, mencionan que existen diversidad de circunstancias diferentes al consumo que llevan a que las personas habiten las calles, tales como falta de trabajo, problemas familiares, desplazamiento forzado, trastornos mentales o simplemente el gusto por vivir en la calle.

También afirman que, antes de trabajar en el SAHC, compartían concepciones parecidas al estereotipo dominante. En este sentido, manifiestan que una de las causas de la estigmatización es el desconocimiento, pues cuando se establece un contacto más cercano con ellos, se deconstruyen los estigmas.

"no todo el que está en calle es un 'gamin', porque muchas veces... hay algunos casos de personas que manejan muy buen autocuidado, que incluso que tienen un nivel intelectual, son muchas cosas que uno se va dando cuenta, pero cuando va conociendo la población." (SQ, trabajadora social, grupo focal 25/02/2021)

### ***Doble estigma: ser mujer y habitar las calles***

La categoría género es otro determinante social que tuvo gran fuerza en el análisis de los datos. Los participantes mencionaron que

si bien a nivel general los asuntos relacionados con el género han tenido un gran avance en los últimos años, todavía se evidencia que la sociedad sigue siendo muy drástica en los juicios contra el género femenino, pues la connotación negativa de una mujer HDC es mayor que la de los hombres en esta situación.

“No es lo mismo ver el chico que ingresa por esa puerta siendo hombre en pantaloneta, sin camisa y descalzo, a que entre una chica recién salidita de la olla (forma de llamar a los lugares en los que habitan los HDC) con un trapito medio tapando los brasieres y con un calzoncito roto.” (MB, educadora terapéutica, Grupo focal 03/04/2021)

Con relación al consumo de drogas, uno de los entrevistados refiere que la mujer es más vulnerable en este aspecto, porque a nivel social son más señaladas, pues el consumo en las mujeres tiene particularidades como, por ejemplo, que se presenta mayor uso de medicamentos de manera recreativa. Una de las participantes menciona que para la mujer HDC, el síndrome de abstinencia se manifiesta diferente y le genera inestabilidad emocional.

Igualmente, los participantes refieren que en su experiencia con el SAHC existen cuestiones de género que determinan los medios para conseguir drogas, ya que los hombres pueden recurrir a pedir, robar o reciclar, mientras que las mujeres utilizan medios como la seducción y la prostitución, lo cual las expone a riesgos adicionales.

“el hombre es más ágil para conseguir sus drogas, ejemplo: robar, pedir o reciclar, mientras que en las mujeres es: vender su cuerpo, exhibirse, posiblemente también robar, pero entonces sería más vulnerable porque igual en eso sería golpeada y sería más débil.” (ASM, Trabadora social, grupo focal 4/03/2021).

El SAHC cuenta con un componente dedicado a la resocialización del HDC. En este contexto, los participantes manifiestan importantes

reflexiones: algunos afirman que trabajar con mujeres HDC usuarias de drogas es más difícil que trabajar con hombres, consideran que los aspectos emocionales dificultan la resocialización de ellas, ya que durante el proceso de tratamiento presentan más agresividad. Teniendo esto en cuenta, las familias acompañan de manera distinta a los HDC según su género y suelen ser más permisivas con los hombres, ellos pueden tomarse más tiempo en resocialización e incluso tener varios tratamientos apoyados por la familia, mientras que para las mujeres existe una premura porque terminen de forma rápida y exitosa su proceso. Además, el personal asistencial refiere que existen casos en los que los hombres HDC se interponen en el proceso de resocialización de sus parejas:

“es muy difícil traer las chicas a los grupos -de apoyo-, los hombres se interponen en los procesos, diciéndoles: si usted va para proceso, yo la dejo” (MB, educadora terapéutica, Grupo focal 03/04/2021)

Estos condicionantes externos dificultan que las mujeres tengan un adecuado proceso de recuperación, situación que, según los participantes, amerita pensar en la posibilidad de adoptar un enfoque diferencial para la mujer, dado que los tratamientos, tal como están, son diseñados por hombres y para hombres.

El estigma hacia la población habitante de calle LGBTI [t3]

Esta categoría desarrolla la interseccionalidad que existe entre hacer parte de la población LGBTI y habitar las calles. Los participantes mencionaron que al estar en una cultura homofóbica y patriarcal, la población sexual diversa es más vulnerable al estigma y la opresión, no solo por vivir en las calles, sino por su identidad de género, lo que constituye un doble estigma. Si bien en tiempos recientes se ha producido una conciencia sobre las

inequidades en estas cuestiones, todavía prevalecen sesgos sociales y culturales. Los participantes refieren que son necesarios procesos educativos con enfoque de género para cambiar las grandes brechas que persisten entre el género hegemónico (el masculino) y los demás.

Desde la perspectiva de los participantes, la vulnerabilidad aumenta en la medida en que se pertenece al mismo tiempo a diferentes grupos en desventaja, que se apartan de la norma social. Una persona HDC genera rechazo, más aún si se trata de un miembro de la comunidad LGBTI y, peor aún, si es consumidor de drogas:

“aparte de marica, marihuanero; aparte de travesti, periquero” (MG, trabajador social, Grupo focal, 2/03/2021).

Los participantes manifiestan su preocupación, porque la población LGBTI, en términos de salud mental, presenta más trastornos y consumo de mayor riesgo:

“son las que más desarrollan enfermedades mentales y son las que más duro se dan, Las chicas y las trans se dan súper duro y estoy hablando en el nivel de consumo” (MB, educadora terapéutica, Grupo focal 03/04/2021)

Al interior del SAHC, la condición sexual diversa sigue siendo un tema tabú, los participantes relatan que durante las entrevistas de ingreso, momento donde se caracteriza la persona para ingresar el sistema, algunos HDC que hacen parte de la comunidad LGBTI ocultan y niegan su orientación sexual. Los participantes manifiestan que a pesar de que existe población LGBTI que se encuentra viviendo en las calles y que puede necesitar asistencia social, son muy pocos los que se acercan al SAHC. La causa de esta situación, como lo argumenta una de las participantes, es que: “En la población HDC hay personas LGBTI, ellos

son como muy cerrados en su mundo, entonces posiblemente dentro de ellos también se genere un rechazo” (ASM, Trabajadora social, grupo focal, 4/03/2021).

### ***Consecuencias de la estigmatización***

La estigmatización hacia los HDC tiene múltiples implicaciones. En el presente apartado se describen las consecuencias en términos de derechos humanos, haciendo énfasis en el derecho a la salud.

Con relación a los derechos humanos, indicaron que son múltiples los derechos que se les vulneran a personas HDC, empezando por el derecho a no ser discriminado, pasando por el libre desarrollo de la personalidad, hasta el derecho a recibir un trato digno. Los participantes afirman que el derecho al trabajo es uno de los más vulnerados, pues aunque los HDC hayan pasado por una resocialización y salido de la vida en calle, es muy difícil conseguir un empleo formal. Resulta complicado que los empleadores incluyan este tipo de personas en sus empresas, lo que limita las posibilidades de reinserción al mundo laboral.

Otro derecho que resulta vulnerado es el de una vivienda digna. Los HDC, por su condición, no tienen un hogar que habitar. Los participantes manifiestan la necesidad de que estas personas puedan acceder a una vivienda, en especial cuando han superado el proceso de resocialización. Si la persona abandona las calles, necesita donde quedarse.

El derecho a la salud fue el derecho vulnerado que más mencionaron los participantes. El sistema de seguridad social y salud colombiano está basado en un modelo de aseguramiento, en el que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son aseguradoras que brindan una cobertura en salud a la persona, dependiendo de su capacidad de

pago. Así, existe un régimen subsidiado, para quienes no pueden pagar su seguro por falta de ingresos; y un régimen contributivo, en el que se encuentran quienes tienen un empleo formal y aportan un porcentaje de su salario al sistema. En tal sentido, estar afiliado a dichas aseguradoras es un requisito fundamental para acceder a los servicios de salud.

Los participantes refieren que esto es un obstáculo grande para el HDC, pues aunque este tiene la posibilidad de estar afiliado en el régimen subsidiado bajo la figura de población pobre no asegurada, para ellos es difícil acceder a servicios de salud por circunstancias como carecer de dicha afiliación, no contar con un documento de identidad o no tener capacidad de pago.

A pesar de los múltiples problemas de salud que pueden padecer los HDC, por su condición se añaden algunos obstáculos para ser atendidos. Los participantes afirman que, aunque se encuentren afiliados, cuando la persona va en condiciones en las que se evidencia que es HDC, la atención se dificulta. En adición a esto, en los servicios de urgencias es difícil que sean atendidos con prioridad y acceder a servicios de alta complejidad, como cirugías o servicios especializados de salud mental, es un proceso lleno de obstáculos y demoras.

En algunas entidades de salud, a los HDC se les solicita un certificado que compruebe que están en dicha condición, lo cual puede constituir otra barrera de acceso, porque muy pocos tienen esta certificación. Sin embargo, aclaran que existe una mayor probabilidad de acceso cuando la persona está inscrito en el SAHC, ya que desde ahí pueden generar dicha certificación y ser remitidos.

Los participantes relatan que cuando hacen derivaciones al sistema de salud, existen algunas actitudes negativas del personal sanitario para atender a los HDC, lo cual se

configura en una barrera actitudinal, pues el personal de salud demanda que este tipo de población llegue limpio, con acompañante y sin consumo, lo cual es contrario al estilo de vida que llevan muchos de ellos: “escuchamos decir: ‘si lo traen a la cita que no venga sucio’, ‘pero que no huela mal’, ‘pero y entonces ¿en qué condiciones viene?’ y ‘entonces ¿quién lo va a traer’?” (ASM, Trabadora social, grupo focal, 4/03/2021).

Estas actitudes negativas, según los participantes, pueden llegar hasta el punto de una atención deshumanizada y una iatrogenia: “La médica de turno decía que cómo era HDC, entonces que iba a bajar el oxígeno para mirar a ver si se podía morir más rápido” (ASM, Trabadora social, grupo focal, 4/03/2021).

## Discusión

Este estudio buscó comprender el estigma hacia los HDC desde la visión del personal asistencial que los atiende. Sus hallazgos plantean de qué manera la interseccionalidad entre el estigma con categorías como el uso de drogas y asuntos de género tienen implicaciones para los HDC, en términos de afectación a diferentes derechos, en especial al derecho fundamental a la salud. A continuación, se discuten cada una de las categorías que emergieron tras el análisis de los datos.

En el discurso de los participantes emergieron dos concepciones sobre el HDC: la de desechable, extendida entre la población general, y la de ciudadano, empleada desde la institucionalidad. Antes de trabajar en el SAHC, el personal asistencial compartía la primera forma de verlos, pero una vez iniciado su trabajo con ellos, comienzan a concebirlos como ciudadanos.

En consideración con lo anterior, un estudio de representaciones sociales sobre el HDC en

Medellín también encontró dos maneras de representarlos: la temerosa y la compasiva. La primera argumenta que el HDC representa inseguridad, entonces las respuestas serían el aislamiento o la evitación, lo que se traduce en discriminación e incluso validación del exterminio social. Esta representación es compatible con la concepción del HDC como desechable, pues dicha etiqueta constituye una violencia simbólica que posteriormente puede desencadenar en violencia física (Navarro y Gaviria, 2009).

En la segunda, el HDC está representado como un marginado que vive necesidades y dificultades físicas, que pueden generar sentimientos de compasión, lo cual podría favorecer acciones de altruismo (Navarro y Gaviria, 2009). Esta representación es congruente con la categoría de ciudadanos presente en el enfoque de derechos del SAHC de Medellín.

Los hallazgos de la presente investigación indican que existe una fuerte tendencia a deshumanizar a las poblaciones estigmatizadas. Frente a este tema, Fontesse et al. (2019) plantean que al representar a el HDC como desechable se configura un proceso inconsciente de deshumanización, en el cual se le despoja de las características humanas. En el personal asistencial, la deshumanización se utiliza como estrategia de afrontamiento para protegerse del agotamiento emocional y el estrés que conlleva el contacto diario con esta población (Fontesse et al., 2019), situación similar a la que se encontró en este estudio, en la que el personal asistencial afirma perder su sensibilidad para evitar el desgaste emocional.

Si bien el consumo de drogas es una conducta que genera rechazo y estigmatización (Tirado, 2018), en el presente estudio se encuentra que la doble condición de HDC y el estereotipo que los asocia con consumidores de drogas incrementa el estigma hacia esta

población. Adicionalmente, gran parte de la estigmatización se produce con base en la apariencia de una persona, porque quien observa a un individuo establece una línea de comportamiento de acuerdo con su aspecto. La suciedad que caracteriza muchos HDC y el entorno donde habitan, muchas veces lleno de basuras y desechos, hace que quien observe construya una metonimia entre el ambiente y del HDC, en la que se toman los atributos del lugar como los atributos de la persona y viceversa (Suárez, 2017). Aquí, también podría estar la clave del surgimiento del etiquetamiento como desechable.

Para Suárez (2017), la respuesta del Estado al fenómeno del HDC consiste en un modo de corrección en el cual se cambia la apariencia del HDC y su entorno a través de acciones de higiene. Al hacer este trabajo de fachada, se quita temporalmente esa connotación de peligro que involucra lo sucio. Sin embargo, deshumanizar los HDC puede legitimar el uso de otro tipo de medidas “correctivas”, como la limpieza social, que típicamente se ha ejercido por parte de actores ilegales contra individuos estigmatizados (Centro Nacional de Memoria Histórica - IEPRI, 2015).

Sobre los asuntos de género, este estudio encontró que la habitanza en calle y el consumo agregan otras vulnerabilidades a las mujeres y la población LGBTI, debido a la múltiple estigmatización social que dichas condiciones representan. En este punto cabe recordar que el estigma está atravesado por relaciones de poder, entonces los géneros que se apartan del modelo heteronormativo reciben un mayor rechazo como forma de sostener una estructura de relaciones basadas en la desigualdad y el ejercicio de poder (Keuroglia et al., 2019).

El modo de vida de HDC no corresponde con los mandatos de género que la sociedad machista le ha impuesto a la mujer: ser una buena madre, una buena esposa o buena hija, pues

desde esta postura tradicional, el entorno de la mujer debe ser la casa, el mundo de lo privado (Sánchez Pardo, 2009). Al vivir en el espacio público, la mujer habitaría un lugar que no le corresponde y, al mismo tiempo, en el que es una minoría, lo cual aumenta sus condiciones de vulnerabilidad, tal como se encontró en esta investigación.

En adición, el uso de drogas en las mujeres, al no corresponder con los mencionados mandatos de género, tiene mayor connotación negativa: doble penalización social y moral por “no hacer lo que se debe” (Llort et al., 2013; Keuroglia et al., 2019). Las mujeres usuarias de drogas reciben un reproche no solo social, sino también moral, lo que supone un reto a los valores dominantes (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005).

En los resultados se destacó además que las diferencias de género también se expresan en los diferentes medios utilizados para conseguir drogas. En el caso de la mujer HDC, por ejemplo, el trabajo sexual se utiliza como forma para conseguir dinero o protección, lo que facilita la aparición de distintas infecciones de transmisión sexual y violencias basadas en género (Keuroglia et al., 2019).

En el marco de los procesos de resocialización, se evidenció que las actitudes violentas de la mujer HDC que se mencionaron en los resultados también han sido documentadas por otros estudios: para ellas, la violencia se convierte en una respuesta a las frustraciones y disgustos, lo cual aumenta cuando están en abstinencia (De Souza et al., 2016). Del mismo modo, los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado por De Souza et al. (2016), al ser el consumo una conducta naturalizada para los hombres, las familias son más permisivas y comprensivas con ellos. Igualmente, el hombre se interpone muchas veces en el proceso de resocialización de ellas, como se mencionó en los resultados. Esta posición refleja la idea de que, al valer más, el

varón tiene la posesión de la mujer (De Souza et al., 2016).

Por otro lado, el estigma derivado de la vida en calle y del consumo de drogas tiende a aumentar las necesidades de las mujeres en materia de servicios sociales y sanitarios; pero, al mismo tiempo, restringe su acceso, lo cual refuerza el aislamiento social. Al respecto, ha sido documentado que los procesos de autoestigmatización son más frecuentes en las mujeres (Cassiani-Miranda et al., 2019), lo que desemboca en el ocultamiento de su condición, para evitar muchas veces sentimientos de vergüenza al ser etiquetadas como “sinvergüenza” (De Souza et al., 2016).

Como se comentó anteriormente, la calle produce vulnerabilidades mayores en los cuerpos feminizados. La población LGBTI en condición de calle es doblemente estigmatizada, debido a la homofobia. Incluso, llegan a ser discriminados por sus pares HDC, y este proceso es más marcado para los individuos transgénero (Ecker et al., 2020), lo cual dificulta que asistan a servicios sociosanitarios como el SAHC.

En los resultados, el personal asistencial afirma que la población LGBTI HDC experimenta peores problemas de salud mental y de consumo de drogas, lo cual es consistente con otras investigaciones que muestran como el aumento del estigma relacionado con población LGBTI se asoció con un aumento de las probabilidades de sufrir de ansiedad y depresión (Loschiavo et al., 2020). Igualmente, en la población LGBTI, el consumo de drogas constituye uno de los principales factores para vivir en las calles (Ecker et al., 2020).

Hacer parte de diferentes grupos poblacionales en desventaja favorece procesos de estigmatización, por lo cual pertenecer a la población LGBTI y ser,

además, HDC aumenta la vulnerabilidad (Fraser et al., 2019). Estas consideraciones son congruentes con los hallazgos del presente estudio, los cuales, a su vez, se podrían explicar desde el modelo sindrómico de los determinantes sociales de la salud, donde las disparidades #como la salud mental, la salud física, el género y la clase social# se consideran concurrentes, sinérgicas y se refuerzan mutuamente (Loschiavo et al., 2020).

Frente a los derechos humanos, los resultados de este estudio indican que tener una vivienda digna, una inserción laboral y un acceso al sistema de salud son derechos limitados en la población HDC. Esto mismo se puede encontrar en otras investigaciones (Omerov et al., 2020), situación que amerita un análisis detallado, pues en un país como Colombia habitar una vivienda, contar con un trabajo formal y con afiliación a salud son factores de logro a la hora de evaluar los procesos de resocialización en HDC (Calderón et al., 2018).

La garantía del derecho a la salud se ve limitada por diferentes situaciones, como las derivadas del sistema de salud colombiano o aquellas que son propias de los profesionales de la salud. Esta información es coherente con otras investigaciones que muestran cómo las actitudes negativas y la atención deshumanizada se convierten en brechas para la garantía del derecho fundamental a la salud (Omerov et al., 2020; Biancarelli et al., 2019; Tirado et al., 2019).

## Conclusión

El hecho de vivir en la calle, tener un estilo de vida y un aspecto contrario a los valores dominantes hace que los HDC sean discriminados, deshumanizados y objeto de diferentes formas de corrección por parte de la sociedad. Esta situación se agrava cuando se hace parte de géneros no hegemónicos, como

el femenino y la comunidad LGBTI, ya que esto limita la garantía de derechos fundamentales, en especial el derecho a la salud.

## Limitaciones

La pandemia de COVID19 limitó la recolección de datos al escenario virtual, lo cual dificultó captar una serie de contenidos como el lenguaje no verbal.

Cabe aclarar que al tratarse de un enfoque hermenéutico, el alcance de los hallazgos no es generalizable en términos estadísticos, por lo que es importante acercarse a los hallazgos en el contexto y la temporalidad en que fueron construidos.

## Fuente de financiación

La Facultad Nacional de Salud Pública apoyó con recursos humanos el proceso de publicación de este trabajo; sin embargo, la presente investigación se realizó con recursos propios. Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

## Referencias

- Balcázar, P., González-Arratia, N., Gurrola, G., & Moysén, A. (2015). Investigación cualitativa: Vol. №3. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/21589>
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R., & Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>

- Bruce, S. (1988). Symbolic Interactionism: Perspective and Method (Review). *The British Journal of Sociology*, 39(2), 292-295. <https://doi.org/10.2307/590791>
- Bufarini, M. (2020). Percibir y resistir los estigmas. Un estudio sobre la cotidianidad de personas en situación de calle. *Kamchatka, revista de análisis cultural*, (16), 215-230. <https://doi.org/10.7203/KAM.16.16592>
- Calderón Vallejo, G. A., Gómez Vargas, M., Zapata Colorado, J. E., y Dávila Cañas, L. (2018). Factores de logro en procesos de resocialización del habitante en situación de calle y consumidor de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 143-154. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.387>
- Cassiani-Miranda, C. A., Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2019). Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. *Duazary*, 16(2), 271-280. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2751>
- Centro Nacional de Memoria Histórica - IEPRI. (2015). *Limpieza social, una violencia mal nombrada*. <https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/limpieza-social.pdf>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Congreso de Colombia. (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para Habitantes De la Calle y se dictan otras disposiciones. [Ley 1641 de 2013]. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53735>
- DANE. (2020). *Censo Habitantes de la calle 2019*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/consolidadocincociudades-2019.pdf>
- DANE. (2021). *Censo Habitantes de la Calle 2021*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-generales-2021.pdf>
- Davila, J. A., Cabral, H. J., Maskay, M. H., Marcus, R., Yuan, Y., Chisolm, N., Belton, P., McKeithan, L., & Rajabuin, S. (2018). Risk factors associated with multi-dimensional stigma among people living with HIV/AIDS who are homeless/unstably housed. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 30(10), 1335-1340. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1484069>
- De Souza, M. R., De Oliveira, J. F., Guedes, M. C., & Carvalho, E. S. de S. (2016). Gender, violence and being homeless: the experience of women and high risk drug use. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), e59876. [10.1590/1983-1447.2016.03.59876](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876)
- Ecker, J., Aubry, T., & Sylvestre, J. (2020). Pathways Into Homelessness Among LGBTQ2S Adults. *Journal of Homosexuality*, 67(11), 1625-1643. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600902>
- Engward, H., & Davis, G. (2015). Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. *JAN Leading Global Nursing Research*, 71(7), 1530- 1538. <https://doi.org/10.1111/jan.12653>
- Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041>
- Fraser, B., Pierse, N., Chisholm, E., & Cook, H. (2019). LGBTIQ+ homelessness: A

- review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2677. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152677>
- Gerrish, K. (2008). *Investigación en enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Glaser, B. G. (1992). *Emergence Vs Forcing: Basics of Grounded Theory*. Sociology Press.
- Goffman, E. (1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gomez, M., Cañas, L., Ricardo, D., Morales, Z., Saldarriaga, L. M., Espinal, S., Tirado, A. F. y Osorio, J. (2021). Emociones, creencias y actitudes del personal asistencial hacia habitantes de calle que usan drogas en Medellín, Colombia. *Revista de Bioética y Derecho*, 39(3), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344658>
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02\\_Mujer\\_y\\_adiccion\\_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf)
- Keuroglia, L., Ramírez, J., Suárez, H., Castelli, L., Garibaldi, C. y Rossal, M. (2019). *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay*. Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás Cabacés, T. y Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (20), 9-22. 10.14198/ALTERN2013.20.01
- Loschiavo, C., Krause, K. D., Singer, S. N., & Halkitis, P. N. (2020). The confluence of housing instability and psychosocial, mental, and physical health in sexual minority young adults: The p18 cohort study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31(4), 1693-1711. <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0127>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Pública Social Para Habitante De Calle - PPSHC-. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitante-calle-2021-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamiento para la atención integran en salud de la población en situación de calle*. <https://minalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-atencion-integral-salud-poblacion-situacion-calle.pdf>
- Navarro, O. y Gaviria, M. (2009). Representaciones sociales del habitante de la calle. *Universitas Psychologica*, 9(2), 345-355.
- Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
- RIOD. (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones*. <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONS-UMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>
- Sampieri, R., Fernandez, C. y Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). McGraw-Hill.
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género*. Xunta de Galicia.

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. [http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria\\_Fundamentada.pdf](http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf)
- Suárez, C. (2017). Estigma, comunidades y modos de corrección para los habitantes de la calle en Bogotá (2000-2010). *Sociedad y Economía*, (32), 195-216.
- Tirado, A. F. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11-15. <https://doi.org/10.21501/24631779.2631>
- Tirado, A. F., Calderón, G. A., Restrepo, S. M., Vásquez, V. y Orozco, I. C. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Revista Psicología Em Pesquisa*, 13(1), 22-32. <https://doi.org/10.24879/2018001200300478>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones*, 16, 295-303.
- Vázquez, J. J., & Panadero, S. (2020). Meta-stereotypes among women living homeless: Content, uniformity, and differences based on gender in Madrid, Spain. *Journal of Community Psychology*, 48(5), 1316-1326. <https://doi.org/10.1002/jcop.22327>

## Notas

- 1 Artículo de investigación derivado de la investigación “Estudio multicéntrico sobre la reducción del estigma asociado al uso de drogas.”