BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** 24 de abril de 2025
Al contestar Cite Este No. **2025-EE-37949**
Folios: Anexos:
**ORIGEN:** DIANA SOFIA RIOS OLIVEROS - 011100-Subdirección De Determinantes En Salud
**DESTINO:** VALERIA LARA DUARTE ESAP - -
**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales
**ASUNTO:** Respuesta a su petición número SDQS. 1605752025 radicada en la plataforma "Bogotá te Escucha" de la Alcaldía Mayor de Bogotá

011100

**Señora**
**VALERIA LARA DUARTE**
Peticionaria
valeria.lara@esap.edu.co
EASP

Asunto: Respuesta a su petición número SDQS. 1605752025 radicada en la plataforma "Bogotá te Escucha" de la Alcaldía Mayor de Bogotá

Respetada Señora Valeria.

Reciba cordial Saludo.

La Secretaría Distrital de Salud, se permite dar respuesta a sus preguntas del asunto en referencia, en los siguientes términos:

1. Informe detallado con la trazabilidad de la política pública CAMAD (Centro de Atención Móvil para Drogodependientes), donde se evidencie qué ocurrió antes, durante y después de su implementación.

RSTA/ Los Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD) no fueron una politica sino una estrategia implementada durante la administración del Plan de Desarrollo "Bogotá Humana" (2012–2016), centrada en el enfoque de reducción de riesgos y daños por consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), particularmente dirigida a personas habitantes de calle, jóvenes y Población Privada de la Libertad (PPL).

La estrategia se fundamentó en el reconocimiento del consumo de SPA como un asunto de interés en salud pública, un elemento en que se enmarca la salud mental y un fenómeno multicausal. También partió de reconocer los resultados de los Estudios Nacionales de Consumo de SPA en Colombia del 2008 respecto al 2013 del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC)[1], con lo cual se destacaron los siguientes puntos:

a) El consumo de SPA, tanto legales como ilegales, se constituye en un problema de salud pública a nivel nacional y distrital, que afecta principalmente a jóvenes y adolescentes.

b) El consumo de tabaco ha disminuido tanto en el país como en el Distrito Capital, y la disminución en Bogotá ha sido mayor que la del promedio del país.

c) En Colombia aumenta el consumo de alcohol y de sustancias ilícitas. Bogotá permanece por debajo del promedio nacional, respecto al consumo de SPA ilegales.

d) El abuso de sustancias psicoactivas ilícitas en Bogotá se ha incrementado en los últimos 6 años, con mayor aumento en el grupo de adolescentes y jóvenes.

e) La situación actual del consumo de SPA evidencia la necesidad de fortalecer procesos intersectoriales orientados a la prevención, detección oportuna, la garantía de la atención e intervenciones indicadas, específicamente estrategias de Reducción de Daños.

Antes de la implementación de los CAMAD, las personas usuarias de SPA que requerían servicios de salud por temas relacionados con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) eran atendidas principalmente a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), bajo los lineamientos generales del sistema de salud, pero sin una política pública clara que reconociera integralmente el consumo como un asunto de salud pública. La atención solía centrarse en un enfoque clínico-tradicional, en muchos casos limitado al tratamiento de urgencias, sin garantizar una atención continua, integral ni con enfoque diferencial o comunitario.

Hasta el año 2012, cuando se expidió la Ley 1566, no existía un marco normativo robusto que reconociera el consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica, ni que estableciera el deber del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud para esta población. La oferta institucional era fragmentada, con escasa articulación intersectorial y sin estrategias diferenciadas para poblaciones especialmente vulnerables, como habitantes de calle, jóvenes en riesgo o personas privadas de la libertad. Adicionalmente, las acciones estaban más orientadas hacia la abstinencia como único indicador de éxito terapéutico, dejando de lado enfoques más amplios como la reducción de daños.

La expedición de la Ley 1566 de 2012 marcó un punto de inflexión, al establecer el derecho de todas las personas con problemas de consumo a recibir atención en salud de manera integral y oportuna, reconociendo que el consumo problemático es una condición de salud que debe ser abordada desde una perspectiva de derechos humanos y salud pública. Sin embargo, la implementación efectiva de esta ley enfrentó retos, entre ellos la falta de adaptación de los servicios de salud convencionales a las realidades sociales y culturales de las personas consumidoras. Es en este contexto donde estrategias como los CAMAD adquieren relevancia, al buscar superar esas

barreras mediante modelos móviles, territoriales y centrados en el enfoque de reducción de riesgos y daños.

Con el contexto previamente descrito, surge la estrategia CAMAD como una respuesta a la necesidad de generar una oferta de atención en salud a personas en situación de alta vulnerabilidad, a través de una demanda inducida para acceder a servicios básicos de atención en salud y servicios sociales. Las acciones desarrolladas por los CAMAD se enmarcaron en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto (2007), la Política Pública Distrital para la Prevención y Atención del Consumo de SPA, la Ley 1641 de 2013 para la atención integral a habitantes de calle, y la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que permite considerar estas acciones como medidas para prevenir y contener eventos de alta externalidad en salud, como lo es el consumo de drogas.

En el Distrito la estrategia CAMAD, se enmarcó en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016: "*Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: El ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo"*y se materializó a través del programa *"Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad"* que se desarrolló a través del proyecto de inversión número 869: "Salud para el buen vivir", de la Secretaría Distrital de Salud.

La operación de los CAMAD se llevó a cabo entre septiembre de 2012 y junio de 2016, implementándose tres (3) modalidades de atención: CAMAD Móvil, CAMAD Mediano Umbral y CAMAD Cárcel:

- **CAMAD Móvil:** Eran unidades móviles de atención primaria en salud, que prestaban servicios como: Medicina general, Psicología, Trabajo social y Odontología; aunque las unidades itinerantes no contaron con servicio de Odontología. La población objetivo fueron las personas que presentaban abuso de SPA en situación de vulnerabilidad y marginalidad, a las que generalmente se identifican como habitantes de calle.

- **CAMAD Mediano Umbral:** Instalado en la Unidad Primaria de Atención del Ricaurte;atendía ciudadanos habitantes de calle, personas que se dedican al reciclaje, personas en situación de desplazamiento forzado, reinsertados, desmovilizados, población privada de la libertad (los que estaban en detención domiciliaria), población LGBTI, estudiantes y ciudadanos en general. Este CAMAD contaba con el servicio adicional de Psiquiatría.

- **CAMAD Cárcel:** Buscaba intervenir variables psicosociales asociadas al consumo de SPA entre la PPL; operaba en la Cárcel Distrital, a través de una Atención Primaria en Salud que incluía servicios por Psicología, Odontología, Trabajo social, e incorporaba los servicios de Psiquiatría, Terapia ocupacional, arte y educación física, mediante la coordinación de un amplio equipo profesional interdisciplinario.

Durante el período de operación, se instalaron hasta diez y seis (16) unidades CAMAD en distintas localidades, principalmente en la red pública, entre ellas: Hospital Centro Oriente (CAMAD Bronx, CAMAD Cárcel Distrital, CAMAD Mediano Umbral); Hospital Chapinero (CAMAD Jóvenes); Hospital Suba (CAMAD Jóvenes Suba Rincón); Hospital Usaquén (CAMAD jóvenes); Hospital Usme (CAMAD Danubio); Hospital Vista Hermosa (CAMAD Jóvenes Ciudad Bolívar- el lucero); Hospital del Sur (CAMAD Sur - Kennedy); Hospital Pablo VI Bosa (CAMAD jóvenes Bosa Central y Noroccidental); Hospital Rafael Uribe(CAMAD Rafael Uribe); CAMAD UBA Móvil Jóvenes CIUDAD BOLÍVAR - Jerusalén; Hospital de Fontibón (CAMAD Fontibón); Hospital de Usaquén (CAMAD Jóvenes Usquen Verbenal Oriental) y Hospital San Cristóbal (Los libertadores), entre otros.

La estrategia promovió acciones de articulación intersectorial con entidades como la Secretaría de Integración Social, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON, la Secretaría de Gobierno – CEACSC, así como con el nivel nacional. También se realizaron mesas de trabajo para facilitar el acceso a servicios, generar alternativas de tratamiento y participar en programas como TREATNET (iniciativa global liderada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)y actividades relacionadas con consumo de heroína.

Adicionalmente, se fortaleció la capacidad instalada de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) mediante asistencias técnicas a los equipos operativos, e iniciativas de articulación con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en los territorios, para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en las familias y comunidades.

También se llevaron a cabo eventos de intercambio técnico y académico, como el *Conversatorio Internacional sobre Reducción de Daños* y la *Conferencia Latinoamericana de Políticas sobre Drogas*.

Actualmente desde la entidad no se desarrolla la estrategia de los CAMAD. Sin embargo, reconociendo el valor de realizar intervenciones de prevención en los distintos niveles y, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo “*Bogotá Camina Segura 2024-2027”,* la apuesta de abordajes en la ciudad funciona en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)

que se ejecuta según lo ordena el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 518 de 2015, a través de convenios entre la Secretaría Distrital de Salud y las Subredes Integradas de Servicios de Salud en los entornos de vida: comunitario, educativo, institucional y laboral teniendo en cuenta diferentes grupos poblacionales.

De esta manera, se implementa la estrategia de salud pública denominada "*SPAcios de bienestar"* que, a través de la prevención selectiva e indicada, busca abordar los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), mejorando el bienestar y la calidad de vida de las personas y comunidades. Lo anterior, mediante intervenciones diferenciales ajustadas a las características, los riesgos y las potencialidades de cada grupo poblacional desde donde se implementa.

La estrategia de *SPAcios de bienestar* se configuran con intervenciones que parte de la valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y la construcción de planes de bienestar, orientados a la reducción, sustitución o abandono del consumo de SPA y otras prácticas que incrementan los riesgos o daños en los individuos. Estas intervenciones se ajustan según el curso de vida y los entornos de las personas. Adicionalmente, la estrategia busca el fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias, promoviendo la inclusión social y el acceso a servicios de salud y sociales.

La estrategia opera desde las Subredes Integradas de Servicios de Salud en los entornos de vida: comunitario, educativo, institucional y laboral en los siguientes grupos poblacionales

- Niños, niñas, adolescentes y sus redes de apoyo familiar: a través de Zonas de Orientación Escolares en las Instituciones Educativas Distritales priorizadas en el marco de la estrategia de *"Entornos inspiradores"* de la Secretaría de Educación Distrital.

- Adolescentes y jóvenes: en el entorno cuidador comunitario y en el marco de Zonas de Orientación Universitarias, según concertación con Instituciones de Educación Superior e Instituciones Técnicas Laborales.

- Población general mayor de 18 años: en el entorno cuidador comunitario a través de procesos de educación en salud pública con énfasis en prevención del abuso de alcohol y la prevención del uso de tabaco y derivados y dispositivos electrónicos como vapeadores.

- Población privada de la libertad (PPL) y adolescentes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA): en el entorno cuidador institucional.

- Poblaciones diferenciales priorizadas por el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y, de manera específica, dirigida a: personas que se inyectan drogas (PID), personas en situación de calle (CHC), población diversa (LGBTIQ) y personas que realizan actividades sexuales pagadas (ASP).

A continuación, se relacionan las actividades que se desarrollan en el marco de la estrategia:

A. **Valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas:** la actividad es concebida en el marco de la intervención breve y la aplicación de herramientas de tamizaje del consumo. A través del proceso se valora el riesgo del individuo, se brindan herramientas de educación en salud pública, se canaliza a la red de servicios de salud y sociales y se establecen objetivos de cambio de conducta relacionada con el uso o abuso de sustancias psicoactivas.

B. **Implementación de planes de bienestar:** con base en los objetivos de cambio y según concertación con la persona, se implementan sesiones individuales y colectivas orientadas al fortalecimiento de factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas como: habilidades para la vida, afrontamiento, inclusión social, educativa o laboral, entre otras.

C. **Cierre**: se da por culminado el plan de bienestar del individuo tras el cumplimiento de objetivos de cambio del consumo de sustancias psicoactivas o la disminución de conductas de riesgo asociadas. Así mismo, se brindan orientaciones finales que conlleven a la estabilización del cambio de conducta adquirido. Esto sujeto al plan de bienestar que se construya con la población objetivo.

Sumado a lo anterior, se implementan las Jornadas SPAcios Libres de Riesgos como acciones integrales itinerantes que incorporan el enfoque de derechos humanos, de género, por curso de vida y territorial, asegurando que todas las personas que transitan por el entorno cuidador comunitario reciban intervenciones para la prevención y la detección temprana asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. Estas jornadas incluyen valoración de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas; intervención breve orientada hacia la modificación de patrones de consumo y la percepción del riesgo, en el marco de la entrevista motivacional; identificación del riesgo en salud sexual y salud reproductiva a través de tamizajes para VIH, sífilis y hepatitis B y la activación de rutas de atención en salud a servicios de mayor complejidad, de acuerdo con las necesidades específicas de la población, fortaleciendo la capacidad de las personas para generar entornos más saludables y seguros.

2. Información en relación con el manejo actual del manejo de personas drogodependientes en la ciudad.

RSTA/ Las acciones que se desarrollan a nivel distrital para la atención del consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran enmarcadas en el Modelo Territorial de Salud, el cual está centrado en el individuo, la familia y la comunidad, desarrollando estrategias de intervención en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, fundamentadas en la gestión integral del riesgo en salud, con los enfoques familiar y comunitario, y el principio de diversidad étnica, cultural y territorial, con base en la estrategia de Atención Primaria Social.

Este Modelo de Salud opera a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- (Resolución 3202 de 2016 de MSPS), las cuales son definidas como herramienta obligatoria que establece ante los integrantes del sector salud, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención, a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los mismos, en los entornos en los cuales se desenvuelve, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: (i) Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, (ii) Rutas para Grupos de Riesgo y (iii) Rutas para Eventos Específicos, las cuales se desarrollan a partir de los cursos de vida, abordando los momentos del continuo de la vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de la interacción de diferentes factores, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural, entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Dentro de las rutas de grupos de riesgo se encuentra la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población con Riesgo o Presencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento Manifiestos Debido al Uso de Sustancias Psicoactivas, cuyo objetivo es contribuir al disfrute del derecho a la salud y la calidad de vida, a través de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, basadas en la evidencia, con calidad y libre de cualquier práctica de estigma y discriminación. Esta ruta se encuentra priorizada en el distrito y con sus acciones individuales busca brindar las atenciones necesarias para abordar el consumo de sustancias psicoactivas, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de diversos servicios de atención en salud, establecidos a partir de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de

Salud y Protección Social "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*", así:

**Tabla No. 1.** Servicios para la atención de la población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

| Grupo | Código y denominación |
|---|---|
| Consulta Externa | C. 312- Enfermería<br>C. 328- Medicina General<br>C. 344- Psicología<br>C. 345- Psiquiatría |
| Internación | C.135- Hospitalización en consumo de Sustancias Psicoactivas |
| | C.132- Hospitalización Parcial |
| | C. 138-Cuidado Básico del Consumo de Sustancias Psicoactivas |
| Atención Inmediata | C.1102- Urgencias |

Fuente: Grupo funcional RIAS - SPA, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud.

Así las cosas, la atención individual de las personas con consumo de sustancias psicoactivas, es competencia de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de su red de prestadores, y se efectúa en los servicios detallados en la Tabla No 1, en los cuales se desarrollan las siguientes intervenciones: Valoraciones por equipo interdisciplinario, psicoterapia individual, familiar y grupal y otras actividades individuales y grupales que se realizan según el plan terapéutico, y las necesidades y características del paciente, cumpliendo así con lo establecido en la Ley 1566 de 2012 "*Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas"*, y que en su artículo dos consagra que: *"Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas licitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos"*.

De esta manera, se manejan actualmente los casos de personas drogodependientes en la ciudad.

3. Datos relevantes en relación con los CAMAD.

RSTA/ La estrategia CAMAD, implementada por el Distrito entre 2012 y 2016, dejó como resultado una serie de datos significativos derivados del proceso de atención y acompañamiento a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA). A continuación, se presentan algunos de los principales resultados consolidados durante la vigencia de la estrategia:

- Se fortaleció la capacidad instalada del talento humano institucional mediante procesos de capacitación y cualificación en temas como reducción de riesgos y daños.

- Durante el periodo septiembre-diciembre de 2012, en los dos primeros CAMAD que tuvo la ciudad (Móvil Centro Oriente y Móvil Hospital del Sur), se atendieron 2.300 personas (1.829 hombres y 471 mujeres), de las cuales 1.755 presentaban consumo problemático de SPA. Se prestaron un total de 9.164 atenciones, incluyendo 494 canalizaciones a hogares de paso o comunidades terapéuticas de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)[2].

- En el año 2013, la estrategia operó con 4 CAMAD en sectores como el Bronx (Mártires), El Amparo (Kennedy), Rafael Uribe Uribe – Antonio Nariño y la Cárcel Distrital. Se brindó atención integral a 11.844 personas en condición de vulnerabilidad. La estrategia promovió la adherencia a procesos de atención, mitigación de riesgos, y fortalecimiento de redes de soporte socioafectivo[3].

- En 2014, fueron atendidos 2.958 ciudadanos habitantes de calle. Se identificaron 1.675 personas con seguimiento efectivo y canalización al 100% a servicios sociales y de salud, distribuidos por ciclo vital: menores de un año (18), 1 a 5 años (160), 6 a 13 años (166), 14 a 17 años (80), 18 a 26 años (286), 27 a 59 años (763), y 60 años o más (202)[4]

- Durante el año 2015, en el marco del desarrollo de la estrategia CAMAD, se realizaron 1.325 canalizaciones de ciudadanos habitantes de calle, como población en situación de vulnerabilidad y con factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estas canalizaciones se distribuyeron de la siguiente manera: 57 hacia

servicios de urgencias, 97 hacia procesos de rehabilitación del Plan Obligatorio de Salud (POS), 759 a servicios de la Secretaría de Integración Social y 315 al Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON)[5]

- En el periodo comprendido entre enero y mayo de 2016, se atendieron un total de 14.565 personas, de las cuales 1.678 fueron identificadas como ciudadanos habitantes de calle. Del total de personas atendidas, el 46% (n=6.690) reportó consumo problemático de sustancias psicoactivas, mientras que el restante porcentaje fue clasificado como población con alto riesgo de iniciar consumo. Durante este periodo se llevaron a cabo 50.030 atenciones en salud y psicosociales, reflejando una media de 3,4 atenciones por usuario. Dentro de la población menor de 25 años —que ascendió a 10.630 usuarios—, el 40,1% (n=4.268) reportó consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales. Las 20.306 atenciones registradas en este grupo incluyeron consultas de enfermería (3.400), trabajo social (3.402), psicología (3.840), medicina general (3.095), odontología (291), psiquiatría (204), además de 2.019 tamizajes (VIH, sífilis, TBC) y 4.055 participaciones en grupos conversacionales. A corte de mayo, se habían realizado 863 canalizaciones en esta población, distribuidas así: rehabilitación POS (768), urgencias POS (19), Secretaría de Integración Social (17), IDIPRON (7) y Secretaría de Desarrollo Económico (52). Esta caracterización refleja una aproximación integral que no solo abordó el consumo problemático, sino también las necesidades de salud mental, apoyo psicosocial y vinculación con redes institucionales[6].

- Entre los resultados más significativos de la implementación de la estrategia CAMAD, se destaca que logró brindar atención a cerca de 53.000 personas entre septiembre de 2012 y mayo de 2016. De esta población atendida, aproximadamente el 70% no contaba con afiliación al sistema de salud, mientras que el 26,5% se encontraba vinculado al régimen subsidiado. Asimismo, el 22% de los usuarios manifestó encontrarse en condición de habitabilidad en calle. Entre quienes reportaron su ocupación, se observó que el 54,8% eran estudiantes, de los cuales una parte importante cursaba estudios de bachillerato. En cuanto a la participación por sexo, se evidenció que las mujeres

representaron el 26,5% entre la población no estudiantil atendida, mientras que, en el caso de las personas estudiantes, esta proporción aumentó al 44%[7].

Con lo anterior, damos respuesta a su petición en el marco de lo establecido en la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,



**DIANA SOFIA RIOS OLIVEROS**
Subdirectora de Determinantes en Salud

Elaboró Michelle Mateus Yepes y Carolina Sánchez -Contratistas -Subdirección de Determinantes en Salud; Luisa Bonilla - Referente SPA, Sandra Charry -Líder RIAS - Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Revisó: Jhanny Andrea Osorio- Abogada- Dirección de Provisión de Servicios de Salud; Juan Patiño-Profesional Especializado-Dirección de Acciones Colectivas
Revisó: Fernando Peña Díaz- Director de Provisión de Servicios de Salud

Referencias:

[1] Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), Ministerio de Justicia y del Derecho y Ministerio de la Protección Social (2008). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/Nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf
[2] SEGPLAN Proyecto de Inversión 869 de 2012-2016
[3] SEGPLAN Proyecto de Inversión 869 de 2012-2016
[4] SEGPLAN Proyecto de Inversión 869 de 2012-2016
[5] SEGPLAN Proyecto de Inversión 869 de 2012-2016
[6] SEGPLAN Proyecto de Inversión 869 de 2012-2016
[7] Zuleta, P., Santos, D., & Zuleta, H. (2019). *Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)* (Documentos CEDE No. 17138). Universidad de los Andes, Facultad de Economía, CEDE.