

Experiencias de habitantes de calle que asisten al Programa de Salud Camad Rafael Uribe Uribe en Bogotá

The Experiences of Homeless Persons Attending the Health Program Camad Rafael Uribe Uribe in Bogotá

Experiências de pessoas moradoras de rua que participam do Programa de Saúde Camad Rafael Uribe Uribe em Bogotá

Sandra Jimena Farigua Buitrago, Mag.¹;

Jessica María Pedraza Calderón, Mag.¹;

Rodrigo Andrés Ruiz Lurduy, PhD ^{*1}

Recibido: 13 de septiembre de 2017 / **Aprobado:** 22 de mayo de 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7263>

Para citar este artículo: Farigua-Buitrago SJ, Pedraza-Calderón JM, Ruiz-Lurduy RA. Experiencias vividas de personas habitantes de calle que asisten al Programa de Salud Camad Rafael Uribe Uribe en Bogotá. Rev Cienc Salud. 2018; 16(3):429-46.

DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7263>

Resumen

Introducción: la habitabilidad en la calle crea condiciones para el consumo de sustancias psicoactivas ilegales (SPAI) que afectan la salud y que hacen de estas personas un grupo vulnerable. El programa de Centros de Atención Médica a Drogodependientes (Camad) fue una propuesta novedosa que intentó abordar esta situación con la perspectiva de la prevención y la atención en salud *in situ* de dicha población. El objetivo fue interpretar las experiencias vividas de un grupo de habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe en Bogotá Colombia, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la atención en salud en el Camad. **Materiales y métodos:** se realizaron entrevistas semiestructuradas y un abordaje enmarcado en el paradigma cualitativo desde un enfoque comprensivo-hermenéutico. **Resultados:** los resultados dan cuenta del programa Camad y su efecto en la vida de los habitantes de calle, quienes por medio de sus experiencias

¹ Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Fundación Universitaria del Área Andina.

* Autor de correspondencia: rruiz13@areandina.edu.co

construyen un significado propio sobre la atención en salud; también reflejan que los espacios creados por el programa apuntaron a la prevención y mitigación del riesgo en el consumo de SPAI, sin lograr un cambio notorio por la complejidad del problema. *Conclusión:* los habitantes de calle tienen experiencias que cuentan la relación con el Camad, en cuanto a la atención de la salud y la promoción del autocuidado, pero relacionan de manera deficiente el éxito en el control del consumo de sustancias psicoactivas.

Palabras clave: investigación cualitativa, salud pública, personas sin hogar, instituciones de atención ambulatoria, centros de tratamiento de abuso de sustancias.

Abstract

Introduction: Street habitability creates conditions for the consumption of illegal psychoactive substances (SPAI) that affect health and make these people a vulnerable group. The Camad program was a novel proposal that attempted to address this situation with the perspective of prevention and on-site care of this population. The objective is to interpret the lived experiences of a group of homeless of the locality Rafael Uribe Uribe in Bogota Colombia, in relation to the consumption of psychoactive substances and the health care in Camad. *Materials and methods:* Semi-structured interviews and an approach framed in the qualitative paradigm focused on the comprehensive-hermeneutical approach were carried out. *Results:* The results show the Camad program and its effect on the lives of street people, who through their experiences build their own meaning on health care; they also reflect that the spaces created by the program aimed at preventing and mitigating the risk of SPAI consumption without achieving a noticeable change due to the complexity of the problem. *Conclusion:* The homeless have experiences that relate to the relationship with Camad in terms of health care and self-care promotion, but poorly relate success in controlling the use of psychoactive substances.

Keywords: Qualitative research, public health, homeless persons, ambulatory care facilities, substance abuse treatment centers.

Resumo

Introdução: a habitabilidade na rua cria condições para o consumo de substâncias psicoativas ilegais (SPAI) que afetam a saúde e que fazem destas pessoas um grupo vulnerável. O programa Camad foi uma proposta inovadora que tentou abordar esta situação com a perspectiva da prevenção e a atenção em saúde in situ de dita população. O objetivo é interpretar as experiências vividas de um grupo de moradores de rua da localidade Rafael Uribe Uribe em Bogotá, Colômbia, em relação com o consumo de substâncias psicoativas e a atenção em saúde no Camad. *Materiais e métodos:* realizaram-se entrevistas semiestruturadas e uma abordagem enquadrado no paradigma qualitativo desde um enfoque compreensivo-hermenêutico. *Resultados:* os resultados dão conta do programa Camad e o seu efeito na vida dos moradores de rua, os quais através de suas experiências constroem um significado próprio sobre a atenção em saúde; também refletem que os espaços criados pelo programa apontaram à prevenção e mitigação do risco no consumo de SPAI sem conseguir uma mudança notória pela complexidade do problema. *Conclusão:* os moradores de rua tem experiências que contam a relação com o Camad referente à atenção da saúde e à promoção do autocuidado, mas relacionam de maneira deficiente o sucesso no controle do consumo de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa, saúde pública, pessoas sem lar, instituições de atenção ambulatoria, centros de tratamento de abuso de substâncias.

Introducción

Diversos estudios han señalado el consumo de sustancias psicoactivas como uno de los principales problemas relacionados con las personas en condición de habitabilidad en la calle (1-8). En la última década, los esfuerzos distritales han estado dirigidos a mitigar, prevenir y tratar los riesgos y consecuencias que el abuso y adicción a estas sustancias trae para la salud física y mental de los habitantes de calle; así como su correlación con eventos de violencia, microtráfico, deterioro del tejido social, estigmatización y marginalidad de esa población (9-15). Las cifras de consumo de SPAI observan un aumento en la población general, y los debates y regulaciones actuales en tema de drogas han ido trasladando el problema del campo de lo penal, al campo de la salud pública (16-20). El Estado colombiano en los últimos años ha sido coherente con este desplazamiento del problema, incorporando en la solución de este, enfoques integrales para el abordaje de personas con abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, desde los DD.HH., la Ley 1566 de 2012 y la Constitución Nacional en su Artículo 49 (21-23).

En este orden de ideas, y siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales; tanto el Ministerio de Salud Nacional, como la Secretaría de Salud Distrital y la Secretaría de Integración Social del Distrito de Bogotá, adelantaron acciones en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y su impacto en la población (24-26). Dentro de este contexto, y respecto a las personas en condición de habitabilidad en la calle, en 2012 se creó el programa Centros de Atención Médica a Drogodependientes (Camad), como una política dirigida a la atención primaria de dicha población, con un enfoque preventivo y asistencial *in situ* (27, 28). Los Camad adoptaron algunas de las políticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio y evitar el modelo centrado en la hospitalización y reclusión de los sujetos. Diseñados desde un enfoque de reducción de riesgo y mitigación del daño en la salud de la población vulnerable al consumo, el programa estableció intervenciones multidisciplinarias (profesionales en psicología, trabajo social, medicina, odontología, psiquiatría, psicopedagogía, terapia ocupacional, especializados en salud mental y farmacodependencia) con el propósito de garantizar el bienestar social de ciudadanos segregados y promover en ellos hábitos de vida saludable (26, 27).

Los Camad fueron distribuidos en 13 localidades dentro de la ciudad de Bogotá D.C. Según las cifras de atención inicial, el Camad ubicado en la localidad Rafael Uribe Uribe, situado al noroccidente de Bogotá, había prestado atención a 3971 personas en todos sus servicios entre 2013 y octubre de 2015, un 11.48% del total de población atendida por el programa en toda Bogotá (29-32).

Ante la escasa información disponible sobre las experiencias vividas por las personas en condición de habitabilidad en la calle dentro del programa, y el interés por originar

información sobre su implementación en los territorios que sirva como insumo para la evaluación, reflexión y diseño de acciones políticas en el campo de la salud pública a mediano plazo, este estudio se planteó como objetivo principal, presentar e interpretar los significados de las experiencias de atención en salud que las personas en condición de habitabilidad en la calle tuvieron en el programa Camad en la localidad Rafael Uribe Uribe de Bogotá (33, 34).

La base de este estudio es la información aportada por los habitantes de calle mediante las entrevistas; en concreto, a los relatos dirigidos a contar sus experiencias de vida y conocimientos frente a la triada: habitabilidad en la calle, consumo de sustancias psicoactivas y Camad (33, 35).

Materiales y métodos

Esta investigación buscó, desde un enfoque cualitativo, interpretar y comprender las experiencias vividas por un grupo de habitantes de calle en la atención del Camad de Rafael Uribe Uribe, obtenidas desde una serie de entrevistas semiestructuradas. Para lograr esto, se aceptaron los acercamientos epistemológicos de Demaziere y Dubar, mencionados por Pretto, eligiendo la postura ilustrativa. En cuanto a dicha postura, las diversas afirmaciones que realizan los investigadores sobre las entrevistas son ilustradas mediante citas obtenidas de las transcripciones. De este ejercicio, se desprendieron el análisis de contenido y temático (34). A partir de las entrevistas, con el análisis de contenido se obtuvo una fragmentación de las entrevistas, lo que permitió elaborar clasificaciones y taxonomías iniciales de los relatos. La información fue segmentada y clasificada tomando en cuenta los elementos de significado aportados por cada sujeto. Para la segunda parte, en el análisis temático, se realizó una individualización y aislamiento de temas y subtemas, desde las entrevistas en su conjunto. Todo esto para comparar esos elementos fragmentados por contenido, con el objeto de encontrar estructuras comunes transversales (34, 36). Como lo que se intenta es generar conocimiento y comprender el fenómeno social desde las subjetividades, más allá de una simple conjetura de datos, esta investigación se estableció como interpretativa frente a las experiencias de las personas en condición de habitabilidad de la calle, el consumo de SPAI y la atención en Salud en el Camad (36, 37). Vale la pena anotar que, al ser una propuesta interpretativa, puede cambiar y el fenómeno puede ser comprendido y descifrado de diversas maneras (37, 38).

Se aplicaron entrevistas individuales a los habitantes de calle que formaron parte del grupo de personas atendidas en el último año desde junio de 2015 a junio de 2016 en el Camad Rafael Uribe Uribe. Las entrevistas semiestructuradas fueron orientadas por el interés de conocer las experiencias de atención en salud dentro del Camad Rafael Uribe Uribe. Las preguntas fueron

sometidas a un piloto previo con la población y a su validación por parte de pares académicos y los profesionales del Camad para asegurar que cumplieren con los propósitos, y se ajustaran a los criterios metodológicos establecidos (39-41).

Este estudio está enmarcado en el paradigma cualitativo, centrado en un enfoque comprensivo-hermenéutico; apartado de la postura positivista como exclusividad para dar una explicación suficiente de la realidad. Por lo tanto, al tratar el campo de la subjetividad y la intersubjetividad no pretende ni intenta explicar el fenómeno de estudio como un objeto reproducible y predecible, sino más bien como una individualidad. Por lo tanto, el estudio está basado en la comprensión y no en la causalidad (37, 40).

Se realizó un muestreo por conveniencia para incorporar los informantes que voluntariamente aceptaron participar previa firma del consentimiento informado. La cantidad de sujetos entrevistados se dio por la disposición de los mismos a responder las preguntas que se plantearon (41, 42). En el estudio se entrevistaron seis habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe, dos mujeres y cuatro hombres. Las características epidemiológicas de cada uno de los participantes se refieren a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá - Colombia.

Entrevistado		Características Sociodemográficas				Historia de Consumo de SPAI			
No	Seudónimo	Sexo	Edad	Estudios	Ocupación	Sustancia	Tiempo	Consumo	Motivo
1	Águila	M	42	Técnico	Parqueo	Bazuco	25 años	Solo	Afectivo
2	Bravo	M	27	Bachiller	Ninguna	Bazuco	6 años	Solo	Inducción amigos
3	Soldado	M	35	Técnico	Reciclaje	Bazuco	8 años	Solo	Inducción amigos
4	Bonita	F	45	Bachiller	Reciclaje	Marihuana y bazuco	15 años	Sola	Inducción amigos
5	Risas	M	35	Primaria	Reciclaje	Marihuana y bazuco	18 años	Solo	Inducción amigos
6	Panda	F	35	Primaria	Reciclaje	Marihuana	9 años	Solo	Inducción amigos

Criterios de inclusión

- Habitantes de calle mayores de 18 años de la localidad Rafael Uribe Uribe que asistieron al Camad de la localidad.
- Habitantes de calle que firmen el consentimiento informado.
- Habitantes de calle con historia de consumo de SPAI.

Criterios de exclusión

- Habitantes de calle que se encuentren bajo efectos tóxicos al momento de la entrevista.
- Habitantes de calle que no sepan leer ni escribir.
- Habitantes de calle que rechacen participar en el estudio.

Recolección de la información

La recolección de la información fue realizada por los autores, quienes recibieron capacitación en la realización de entrevistas y acompañamiento en el abordaje de este tipo de población. Antes de la realización de las entrevistas se les explicó a los participantes los alcances de estas, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, el anonimato y la forma en que se manejaría la información en cumplimiento de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (43), posteriormente para todos los casos señalados se firmó el consentimiento informado.

Resultados

Durante el análisis de las entrevistas emergieron una serie de categorías que permitieron una clasificación inicial de la información. De acuerdo con los pasos de interpretación y análisis, aparecen las categorías y subcategorías. Este ejercicio permitió elaborar una estructura de las experiencias relatadas por los habitantes de calle con respecto a la atención en salud durante el periodo de atención de los Camad, el consumo de SPAI, y la vida en la calle (figura 1).

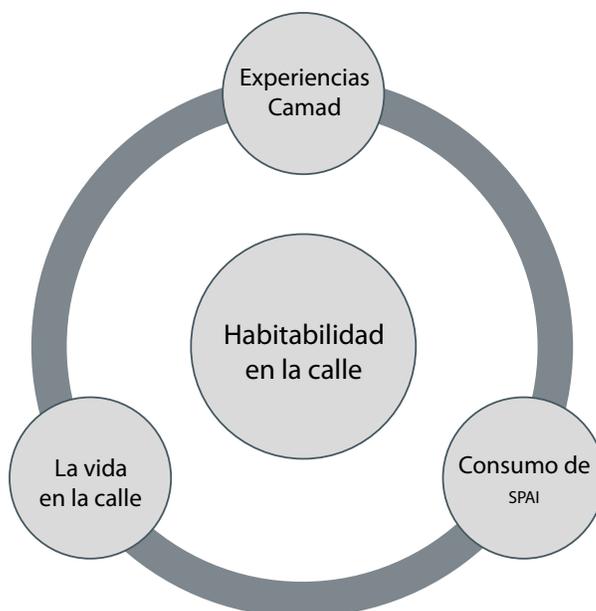


Figura1. Estructura de categorías sobre experiencias de habitabilidad en la calle

La primera categoría resultó centrada en los aspectos de la *vida en la calle*. Dentro de esta aparecen tres subcategorías desde los relatos: *soledad*, *marginalidad* y *oportunidades*. La categoría *consumo de sustancias Ilícitas* se relaciona con la *pérdida de vínculos*, la *dependencia* y la *adaptación a la calle*. Por último, y como categoría central en toda la investigación, están las experiencias Camad; de la información recolectada por las entrevistas y los relatos de las personas en condición de habitabilidad en calle, surgieron tres subcategorías que configuran dichas experiencias: *atención en salud*, *prevención y mitigación del riesgo consumo de SPA*, *inclusión* y *autocuidado* (figura 2).



Figura 2. Subcategorías de la estructura central del estudio sobre Habitabilidad en Calle de la localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá - Colombia

La *vida en la calle* es un acto de soledad, aunque las referencias directas fueron pocas, en los relatos se percibe esa condición como una característica intrínseca de la habitabilidad en calle. Mucho más fuerte e insistente es la sensación de *marginalidad*. La vida en la calle resulta difícil, porque dicha opción de vida va acompañada del estigma, la discriminación y el rechazo social; es una constante que la relación de estos sujetos con la sociedad civil y el entorno esté mediada por este tipo de percepción y de significado en su bienestar (44, 45). Sin embargo, la calle es también un escenario de oportunidades y de autonomía; ella les provee las condiciones materiales de subsistencia, por medio de diferentes actividades útiles para la ciudad y la comunidad en general (tabla 2).

Las experiencias con el consumo de SPAI se ven reflejadas de forma transversal en todas las respuestas que dieron las personas en condición de habitabilidad en calle. Respecto a la *Pérdida de Vínculos*, es evidente que algunos mezclan los sentimientos de culpa con el consumo y la necesidad de ocultar esa práctica del ámbito social y de familiares; de la misma forma en que es constante la percepción del consumo de SPAI como un acto de ruptura con

los vínculos sociales e incluso de deterioro de estos. Por su parte, respecto a la *Dependencia*, la mayoría tiene hábitos que reflejan los años de consumo continuo, tanto que reconocen los efectos de cada sustancia en su cotidianidad y así mismo establecen rutinas para consumirlas. También reconocen una dualidad en el uso de ellas, al relacionarlas con efectos de satisfacción y a la vez de miedo, según sea la etapa del efecto. Coincidiendo con Scoppetta (18), para todos los casos entrevistados, las personas identifican la *Adaptación a la Calle* con el consumo de SPAI; los habitantes de calle expresan que las experiencias vividas por su condición están enmarcadas por las sustancias psicoactivas y el quehacer diario. El consumo y la necesidad de sentirse bien en medio de su condición aparecen como elementos recurrentes en la configuración de la identidad en la calle (tabla 2).

Respecto a la *Atención en Salud*, hay una clara asociación entre el estado de la salud y las oportunidades de atención en los Camad; los entrevistados perciben que el programa les brinda ayuda en problemáticas de salud que, de una u otra forma, resultarían críticas sin su presencia en el territorio, la posibilidad de acceder a profesionales y especialistas para dar tratamiento a sus afecciones, aunado a la facilidad para realizarse controles o exámenes diagnósticos de acompañamiento. El Camad es identificado como un espacio de salud importante. Respecto a la *Mitigación y Prevención del Riesgo Consumo SPAI*; si bien, no hay un efecto radical dentro del programa, los sujetos perciben que la asistencia que se brinda en el territorio es una puerta de entrada a los procesos de rehabilitación y a la disminución del consumo. En las entrevistas se señala que las acciones que emprende el programa posibilitan el ingreso de los sujetos a otros espacios de rehabilitación de manera voluntaria, aunque reconocen que dicho proceso de encerramiento constituye una de las barreras más difíciles de superar. De las preocupaciones que persisten en este tipo de intervenciones, persisten la asistencia voluntaria de los sujetos al programa, la libertad de decisión en la permanencia dentro de la atención en salud y la rehabilitación; esto, más que depender de la calidad de los servicios ofrecidos, radica en “la fuerza de voluntad” de los sujetos. Las personas en condición de habitabilidad en calle, así mismo, comprenden la relación e importancia entre la atención en salud y la reducción del riesgo y del daño que ocasiona el consumo de SPA. Dentro de los elementos más importantes de sus experiencias, resulta el trabajo en terreno del Camad con sus profesionales en la búsqueda de los usuarios en los sitios en donde cotidianamente los habitantes de calle pasan el tiempo.

Por último, respecto a la *Inclusión y Autocuidado*, los sujetos experimentan la atención total del programa por parte de los profesionales como familiar, desinteresada, afectiva e incluyente. La posibilidad de acceder a servicios básicos y a rutinas de autocuidado como el baño, la alimentación, el descanso, sumadas a un recibimiento y trato afectivo por parte de los profesionales, les permiten de manera esporádica reconstruir los lazos rotos y superar la marginación sistemática que la sociedad tiene sobre estas personas. Un elemento significativo es el paso de la subsistencia —reciclaje, cuidado de carros, favores—, a las carencias

de afecto que emergen como una necesidad y respuesta a las situaciones que se viven en la calle. A este respecto, señalan que el acompañamiento por medio de actividades de atención en el Camad fueron claves para mantener un vínculo con la sociedad y recibir un apoyo emocional. Las necesidades de afecto se proyectan en una leve reducción del consumo y en experiencias en las que se ven a sí mismos aceptados, independiente de las condiciones en las que viven, sujetos de atención y afecto por medio del abrazo y del diálogo (tabla 2).

Tabla 2. Resultados de las Unidades de Análisis de las subcategorías producto de la entrevista a los habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá - Colombia

Categoría	Subcategoría	Unidad de análisis: entrevistas
Vida en calle	<i>Soledad</i>	
		Bonita: yo soy un habitante, pero ando sola.
		Panda: siempre ando solo, desde hace 4 años, trabajo solo, como solo, duermo solo, vivo solo, ando solo.
	<i>Marginalidad</i>	
		Risas: para mí, habitante de calle, que andamos muchos en la calle y hacemos muchas cosas, y pues que tampoco eso no es bueno que uno de habitante de calle esté jodiendo la gente, esté robando las cosas de por ahí.
		Águila: [mueve la cabeza negando]. Es difícil que lo atiendan a uno por que la mayoría de la ciudadanía no acepta este tipo de situaciones, que uno recicle, que uno duerma por ahí. Al contrario, lo rechazan, lo discriminan, lo señalan, lo juzgan. Porque pues todos [pausa] en sí en la calle hay muchas personas que hacen mal, pero no todos.
		Águila: no todos, hay otros que, o sea, no sé por qué lo hacen, pero ya lo tratan a uno de la peor manera.
	<i>Oportunidades</i>	
		Águila: yo cuido carros a veces ahí en el Restrepo.
		Bravo: bien, reciclo, tengo mi apartamentico es todo organizado.
	Panda: para mí, ser habitante de calle es ser un guerrero. Sí claro, afrontar muchísimas situaciones.	
	Risas: yo vivo de solo reciclaje y de las tabernas del parque de Lourdes, que a mí me mandan por mandados, me mandan a comprar cualquier cosa, me mandan a pagar recibos de la luz, me mandan a pagar recibo del gas y eso... pero gracias a mi Dios de lo que yo llevo en la calle nunca me he pegado de nada, gracias a Dios.	
Consumo de SPAI	<i>Pérdida de vínculos</i>	
		Águila: lo mismo, de igual manera [pausa], obviamente que no a todos, porque todos no tienen el mismo carácter, ni la misma paciencia, hay unos que ya, de pronto, por tanto consumo de droga, de sustancias alucinógenas, pues entonces ya pierden muchas cosas, entonces no reciben la atención de la misma manera.
		Soldado: de pronto es como [piensa] como una forma de uno que no tiene un apoyo, una familia, algo estable [risas] tengo una hija, perdí negocios, perdí todo.
		Panda: no [se ríe] pues que conocí a alguien que pensé que era bueno, pero no, no era bueno, era malo. Siempre que se emborracha me pega, ya lo dejé, me sigue buscando y vuelvo con él pero ya no es lo mismo.

(continúa)

	<p>Dependencia</p> <p>Águila: cuando consumo algo, cómo que le digo yo [pausa], es como usted sentir como una satisfacción, algo se siente, algo bueno, es algo, yo no sé, es inexplicable, pero cuando a los 15 segundos que se termina la reacción, el efecto de esa droga, ya uno cambia totalmente y le da por mirar pal piso, piensa uno que todo el mundo lo está mirando, que uno le debe algo a alguien. Así muchas cosas, pero es como miedo.</p> <p>Consumo de SPAI Risas: marihuana... consumo bazuco de noche no más. La marihuana en el día, que lo pone a uno armonioso, lo pone a uno a comer, le da engomarse o lo deja a uno ¿sí?... digamos, hay un televisor allá y uno se queda engomado mirando ese televisor, mirando lo que dan, que es lo que hacen, entonces uno se queda mirando...</p> <p>Adaptación en calle</p> <p>Soldado: llegué por bobo [risa] por probarla, por eso de la farra, los amigos.</p> <p>Águila: Hace [pausa], hace más de 25 años; vivir en la calle y consumir.</p>
<p>Experiencias Camad</p>	<p>Atención en salud</p> <p>Bonita: me imagino que es un medio de ayuda, que es una forma de ayudar a los necesitados, es una forma de ayuda.</p> <p>Risas: la primera vez que yo llegué fue en el parque de Lourdes, el del lado de las residencias, un muchacho me dijo: ¡ey! vaya al parque que allá están dando <i>guapanela</i> con pan, están dando refrigerios en un carro grande y están ayudando, que si tiene un dolor de muela, que si tiene alguna herida o algo allá le están ayudando pa' eso. Ahí fue cuando yo los distinguí a ellos y comencé a ir cuando ellos decían en cualquier lado que iban a estar, que iban a estar aquí, que iban a estar allá al frente, que iban a estar acá al frente, que iban a estar en el parque allá en el Olaya; yo iba a veces, iba, a veces no iba.</p> <p>Risas: pa' mí el Camad es que nos ayudan a nosotros la gente, ahoritica, a los habitantes de calle.</p> <p>Águila: pongámosle en el momento que uno está, ha estado bien sucio de tanto tiempo de estar en la calle, porque uno desafortunadamente tuvo que pasar por esta situación [pausa], y al llegar al Camad puede uno bañarse, le prestan servicio médico, le prestan atención psicoterapéutica [pausa], además de que son personas que ya lo conocen a uno de hace muchos años, es prácticamente como si fueran familia de uno.</p> <p>Águila: nada, seguir adelante. Si uno viene aquí al Camad, es el que lo atiende a uno, el odontólogo o médico.</p> <p>Bonita: que le agregaran, cómo te dijera yo, que vinieran más seguido, más pendientes. Ellos vienen, pero, pues cada día llegan más personas y hay más personas que llegan en estado degradante, y sí sería bueno que el Camad estuviera más pendiente de esto, de pronto, no sé, 2, 3 veces en el mes, porque aquí el Camad nos ha ayudado mucho.</p> <p>Bravo: porque nos brinda algo que uno no tiene en el momento, como prescripción médica y alimentación.</p> <p>Soldado: bueno, porque no todas las personas brindan un apoyo de una peluquería, una odontología, o sea. O sea, las veces que he venido me ha gustado las veces que he venido...</p> <p>Risas: que nos dan una <i>aguapanelita</i>, un pan, nos dan cosas de odontología, enfermería y de cosas que uno necesita para uno mismo y que nos ayudan mucho a nosotros los habitantes de calle; nos colaboran con lo que nosotros necesitamos, si tenemos una herida o algo que nos ayudan, nos la curan, nos dan el remedio y eso.</p> <p>Bonita: donde nos atienden los médicos, un sitio muy bueno, no me quejo porque nos han ayudado para odontología, para citología; la medicina, me parece muy bueno, me gustaría que este proyecto siguiera porque si es bueno.</p>

(continúa)

Experiencias
Camad

Prevenición y mitigación del riesgo consumo SPAI

Águila: la rebaja del consumo [piensa] es muchísimo, porque yo anteriormente andaba con el costal, con la cobija a la hora que fuera [silencio], ya hoy en día no, sigo consumiendo, pero no de la misma manera que lo hacía antes.

Águila: lo que pasa es que ellos manejan mucho la parte psicológica; entonces con toda la clase de actividades que ellos hacen pues logran que las personas distraigan su mente en otras cosas para que no estén pensando en el consumo, esa es la forma de lo que hace el Camad con las personas de la calle.

Panda: con unas pastillas que le dan a uno, pero las pastillas le dan sueño a uno. Mmm, para que ya uno deje de consumir. Pues sí me han ayudado, pero no... no he podido.

Águila: son muchas cosas lo que brindan ellos, porque son bastantes cosas, así como le estaba diciendo al comienzo, le dan a uno la oportunidad hasta de pronto si uno quiere de llevárselo por allá para una parte que se llama vía libre, claro que hoy en día no se llama vía libre [pasa] y allá uno puede estar interno; si no que lo que pasa es que [pasa], son cosas que uno no, de pronto uno no, todos no tenemos la misma fuerza de voluntad para, para de pronto estar encerrado en una parte 15, 20 [días], 1 mes, 6 meses; ya uno está acostumbrado a estar al aire libre, a estar caminando pa' un lado, pa' otro.

Águila: [suspira] Prácticamente es por medio de todos estos centros, donde uno ha estado por parte de lo que es vía libre, orientar, oasis, eh, autocuidado. Entonces uno ha ido allá y entonces, eh así como le digo se mete uno, dura 6, 7, 9 meses, pero ya es cuando uno quiere; entonces esa es la forma en la que le he podido bajar al consumo.

Bravo: La ayuda, pues sí me han hablado, hogares de paso, convenios buenos; a mí sí, también va en uno bajarle al consumo. Capacitación, nos tienen convenios, buenos baños, pues acá hay mucho.

Águila: hay muchos que no vuelven. Porque ya no quieren ellos [pasa], no es porque no los quieran atender ni porque les presten mala atención, sino porque ya no quieren, no quieren.

Inclusión y autocuidado

Águila: lo que me motivó es que son personas que tienen [pasa] tienen un [pasa] tienen una [pasa] o sea, no les importa, sino simplemente le sirven a uno.

Bravo: pues me ha gustado mucho lo de la recreación, baño, pues es que acá se ve mucho viejito y pues esto tampoco, es eso.

Soldado: mi vida ha mejorado un poquito más.

Panda: porque uno llega y no importa de la manera que uno llegue, si no, si está sucio, si está limpio, de igual forma lo van a abrazar, le van a dar un beso en la mejilla ¿no? pero lo van a tratar con carisma.

Bonita: ¿Cómo se llama? Sí, enflaquecimiento, o sea cambio de cuerpo porque la salud sigue igual.

Águila: sí claro. Para mí fue una ayuda porque [pasa], porque, así como le digo, me podía bañar, podía comer algo, en momentos, pongámosle, en momentos así, cuando hay estos climas, que uno se levanta y de dormir de pronto en un andén, de dormir se moja o algo, viene uno demasiado sucio [pasa], entonces llega uno acá y le brindan ese calor que tal vez lleva uno mucho tiempo sin conocer, que es el calor de familia, el calor de otra persona, que le digan a uno venga cómo está, qué tiene, qué le pasa, en qué le podemos ayudar, cosas así.

Águila: ellos mismos lo buscan, ¡uy! fue excelente porque yo estaba muy mal, estaba muy mal, estaba hasta en muletas.

Discusión

Los resultados dan cuenta del programa Camad y su efecto en la vida de los habitantes de calle, quienes, por medio de sus experiencias, construyen un significado propio sobre la atención en salud; esto ha permitido una interpretación de los hechos basada en la subjetividad de sus relatos (33). En este sentido, los entrevistados narran el contacto que tuvieron con el programa y sus experiencias en la atención en salud. Claramente, el habitante de calle de la localidad requiere atención frente al consumo de SPAI, y la iniciativa Camad aparece como un primer paso en el territorio para impactar la vida de las personas entrevistadas y transformar sus hábitos de autocuidado. Los resultados reflejan que los espacios creados por el programa apuntan a la prevención y mitigación del riesgo, así como a la rehabilitación de los sujetos frente a la farmacodependencia. Sin embargo, variables complejas como la presencia y continuidad del programa, junto con la agencialidad y libertad de los sujetos, limitan el alcance de los Camad; la novedad de la propuesta, y su corto periodo de implementación, demuestran que en cuestión de Políticas Públicas es necesario un diseño de largo alcance que involucre de manera constructiva las particularidades de la población (4, 46, 47).

En este sentido, el esfuerzo de este tipo de programas por generar espacios de atención primaria en salud da respuesta a una necesidad de cuidado que es dependiente de los servicios ofrecidos por el Estado y por la Comunidad. La marginalidad social hace que el habitante de calle sea especialmente vulnerable y que requiera de acciones concretas por parte de la administración distrital. El programa Camad aborda desde esta perspectiva el problema, pero resulta frágil al no resolver a fondo las dinámicas detrás del consumo como el trabajo informal, la marginalidad, la pérdida de los derechos y las amenazas a su integridad (10). Vale resaltar que el Camad se constituyó como un espacio sin discriminación y esta situación fue percibida de manera positiva por los entrevistados, impactando su mundo psicoemocional. Las acciones que se formularon estuvieron dirigidas a la inclusión del habitante de calle y a la reducción de su condición de vulnerabilidad por medio de la atención en salud, cumpliendo de manera parcial con dichos objetivos en la población (29, 32, 48, 49).

La relación con la prevención por parte del programa Camad y su impacto sobre el consumo es escasa. En las experiencias frente al Camad, los habitantes de calle dejaron entrever que el programa les ofreció atención, para algunos, significativa, pero con abordajes parciales con respecto a sus necesidades; esto por la misma dinámica de atención en salud y los cuidados especiales frente al consumo de sustancias psicoactivas ilegales.

La situación de calle lleva a escenarios de salud que se reflejan con afecciones físicas y psicológicas, que se ven agravadas por las dificultades para acceder al sistema integral de atención. El programa Camad asiste al habitante de calle *in situ* y esto permite un abordaje más cercano de la problemática (12, 46, 48-50).

La salud, el tiempo en la calle, el consumo de SPAI, la carencia y dificultades en las relaciones familiares y personales son comunes en todos los estudios (1-4, 12, 46, 48-50). La capacidad para valerse de manera significativa ante una sociedad que los margina y una política que los desconoce son elementos persistentes en la cotidianidad de este tipo de población. El programa Camad intentó hacer parte de una política distinta, partiendo de la territorialización e involucrando contenidos de acompañamiento psicoafectivo en la atención en salud como estrategia terapéutica fuerte (27, 28). Pero, como se advierte en otros estudios, es probable que las señales de impacto en el consumo de SPAI no se evidenciaran por el corto tiempo de su aplicación y por la itinerancia misma del programa y de los habitantes. A parte del manejo de adicciones, el debate que persiste de manera general en los estudios es la dificultad de superar la marginación social de las personas en condición de habitabilidad en calle, uno de los elementos que, por no resolverse de manera efectiva, actúa como factor determinante en el deterioro de la salud y el consumo de SPAI (4 12 46 48-51).

Conclusión

Los habitantes de calle presentan condiciones específicas y características que los hacen vulnerables; el programa Camad fue una propuesta que en su momento intentó ser innovadora en la forma como se debía abordar la situación. Las experiencias vividas que se recuperaron de un grupo de habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe indican que, si bien no dejaron señales claras del impacto sobre el consumo de SPAI, sí dieron cuenta de un programa basado en la promoción de la prevención y el autocuidado como mecanismo para mejorar las condiciones de vida. Esta falta de avances sustanciales frente al consumo crónico a partir del programa Camad —a pesar de los interesantes esfuerzos en atención en salud dispuestos en el territorio— es posible vincularla a las dificultades que enfrentan las personas en condición de habitabilidad en calle para continuar con los programas de tratamiento para su adicción, sumado a los vacíos que los programas hasta el momento tienen para comprender e interpretar la realidad cotidiana de estos sujetos desde sus vivencias. Profundizar en sus expectativas frente a la sociedad, su marginación y los reparos que tienen de los procesos de inclusión diseñados para mejorar su calidad de vida; conocer sus experiencias y ampliar su participación como ciudadanos desde su saber son elementos claves para tener en cuenta al momento de diseñar programas integrales para esta población en un futuro.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a las personas en condición de habitabilidad en calle que participaron abiertamente en este estudio; a la doctora Claudia Osorio, del programa Camad para la localidad Rafael Uribe Uribe, líder del programa para el momento en el que se realizó el presente trabajo; y a la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Referencias

1. Nieto CJ, Koller SH. Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta Investig Psicol.* 2015;5(3):2162-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649005.pdf>
2. Zuluaga-Ramírez LA. Revisión a la implementación de los programas de retorno, una mirada a partir de tres estudios de caso en el oriente Antioqueño. *Ágora U.S.B.* 2015;15(2):447-55. doi: <http://dx.doi.org/10.21500/16578031.1624>
3. Hernández-Carrillo ME, Álvarez K, Osorio-Sabogal IA. Consumo autorreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2015;17(2):217-28. doi: [10.15446/rsap](https://doi.org/10.15446/rsap)
4. Quintero J. Los Camad de Bogotá. Los centros de atención médica a drogadictos entre el discurso político y la acción técnica. Serie reforma legislativa en materia de drogas. [internet] 2012 [citado 2017 nov 7] ;(22):1-12. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/dlr22s.pdf>
5. Thompson Jr. RG, Wall MM, Greenstein E, Grant BF, Hasin DS. Substance-Use Disorders and Poverty as Prospective Predictors of First-Time Homelessness in the United States. *Community Ment Health J.* 2017;53(3):324-33. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0045-z>
6. Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana CEACSC. Auto-suministro de cannabis en población habitante de la calle en Bogotá. Complejidades en torno al tráfico y consumo de bazuco, efectos y alternativas para su tratamiento en el contexto de la salud pública, la convivencia y la seguridad ciudadana. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; [internet] 2014 [citado 2017 nov 7]. Disponible en: https://scj.gov.co/sites/default/files/documentos_oaiee/CEACSC_2004-2015.pdf
7. Kresina F. Medication Assisted Treatment of Drug Abuse and Dependence: Global Availability and Utilization. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov.* 2007;2:79-86. doi: [10.2174/15748910779561652](https://doi.org/10.2174/15748910779561652)
8. Klein JW, Reddy S. Care of the homeless patient. *Med Clin N Am.* 2015;99:1017-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.05.011>
9. Ministerio de la Protección Social en convenio con la Universidad Nacional de Colombia. Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle. Informe final [internet]. 2007 [citado 2017 nov 24]. Disponible en: <http://www.siamisderechos.org/banco/todo/ATT1359514894.pdf>

10. Correa ME. La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Trabajo Social. 2007;9:37-56. DOI: [10.15446/ts](https://doi.org/10.15446/ts)
11. Consejo de Bogotá. Proyecto de Acuerdo de 2005 [internet]. 2005 [citado 2017 nov 20] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15979>
12. Pedraza-Hoyos JH, Portilla-Ordoñez SE. Impacto del programa atención a drogadictos en el Distrito Capital- Bogotá 2012 [internet]. 2012 [citado 2017 nov 27]. Disponible en: <http://unimilitar-dspace.metabiblioteca.org/bitstream/10654/10496/1/PedrazaHoyosJorgeHernan2013.pdf>
13. Tirado Otálvaro AF, Correa Arango ME. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina [internet]. 2009 [citado 2017 nov 28]; 11(18):23-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239016503003.pdf>
14. Gamboa Castiblanco J, Gómez JD. Análisis de un programa de auto cambio guiado sobre el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas (SPAS) en mujeres habitantes de la calle. [internet]. 2014 [citado 2017 dic 1]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16598>
15. Baez J, González Jiménez AM, Fernández Jaimes C. Una propuesta para la concepción y abordaje del habitante de la calle desde una perspectiva psicoanalítica. Rev CES Psicol 2013;6(2):1-14. DOI: [10.21615/2243](https://doi.org/10.21615/2243)
16. Alcaldía Mayor de Bogotá. Abuso de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C. Vigilancia Epidemiológica del Abuso de Sustancias Psicoactivas a través del Subsistema VESPA en el Distrito Capital [internet]. 2012 [citado 2017 dic 1]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/SIVIM/Bolet%C3%ADn%20VESPA%202012.pdf>
17. Naciones Unidas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: Guía práctica de planificación y aplicación [internet]. 2003 [citado 2017 dic 6]. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
18. Scoppetta DGO. Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias. DNE-ODC [internet]. 2010 [citado 2017 dic 4]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>
19. Observatorio de Drogas Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia DNE-ODC [internet]. 2011 [citado 2017 dic 4]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf
20. Observatorio de Drogas Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Informe Final DNE-ODC [internet]. 2013 [citado 2017 nov 25]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-043 [internet]. 2015 [citado 2017 nov 27]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>

22. Organización de los Estados Americanos (OEA). Drogas y salud pública. En OEA, editor. El problema de drogas en las Américas: Estudios [internet]. 2011 [citado 2017 nov 20]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44143/OEA_El_problema_de_las_drogas_en_las_Am%C3%A9ricas_2013__117_p._.pdf?sequence=18
23. Congreso de la Republica. Ley 1566 de 2012. [internet] (2012 jul 31) [citado 2017 nov 20]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf>
24. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas [internet]. 2013 [citado 2017 nov 10]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 [internet]. 2014 [citado 2017 nov 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>
26. Ministerio de Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto [internet]. (2007 abr) [citado 2017 nov 3]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
27. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Atención Primaria en Salud: Programa Territorio Saludable-Territorios de Atención Humanitaria Integral a Consumidores de Drogas [internet]. 2015 [citado 2017 nov 4]. Disponible en: <https://corporacion-ats.com/pdf/2015/2.Mauricio%20Molina%20.pdf>
28. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Atención Primaria en Salud: Programa Territorio Saludable-Territorios de Atención Humanitaria Integral a Consumidores de Drogas. 2do. Encuentro Nacional de Regionalización de la Política de Drogas [internet]. 2015 [citado 2017 nov 7]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/encuentro-regiones/docs/5-centro-atencion-movil-drogodependientes.pdf>
29. Secretaría Distrital de Salud. Balance General de Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” [internet]. 2015 [citado 2017 nov 13]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/3%20%20BALANCE%20GENERAL%20DEL%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20DISTRITAL%20BOGOTA%20HUMANA%202012-2016.pdf>
30. Alcaldía Mayor de Bogotá. Abuso de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C. Vigilancia Epidemiológica del Abuso de Sustancias Psicoactivas a través del Subsistema VESPA en el Distrito Capital [internet]. 2012 [citado 2017 nov 20]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/SIVIM/Bolet%C3%ADn%20VESPA%202012.pdf>
31. Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana CEACS 2004-2015 [internet]. (2015 dic) [citado 2017 nov 17]. Disponible en: https://scj.gov.co/sites/default/files/documentos_oaiee/CEACSC_2004-2015.pdf
32. Veeduría Distrital. Vivir en Bogotá. Condiciones de Seguridad 2014 [internet]. (2015 Mar). [citado 2017 nov 5]. Disponible en: http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/VIVIR%20EN%20BOGOTA.%20CONDICIONES%20DE%20SEGURIDAD%202014_0.pdf

33. Moreno A. La investigación convivida: La experiencia vivida como horizonte epistemológico - práctico de la investigación en ciencias sociales. *Espac Abierto*. [internet]. 2007 [citado 2017 nov 7]; 16(2):223-41. Disponible en: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/1238/1240>
34. Pretto A. Analizar las historias de vida: reflexiones metodológicas y epistemológicas. *Tabula Rasa*. 2011;(15):171-94. doi: <https://doi.org/10.25058/issn.2011-2742>
35. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad [internet]. 2001 [citado 2017 nov 7]. Disponible en: <http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1K7H81GYJ-G94DMX-2R1>
36. Kossoy A. La construcción de la identidad social: cuestiones metodológicas para su análisis. xxvii Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. viii Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología [internet]. 2009 [citado 2017 nov 16]. Disponible en: <http://cdsa.academica.org/000-062/1169.pdf>
37. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 2012;12(2):199-205.
38. Mieles-Barrera MD, Tonon G, Alvarado-Salgado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística* 2012;(74):195-225.
39. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th edition. London: SAGE Publications, Inc; 2014.
40. Kornblit AL. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.
41. Escalante GE, Páramo MdlÁ. Aproximación al análisis de datos cualitativos: aplicación en la práctica investigativa. Santiago: Universidad del Aconcagua [internet]. 2011 [citado 2017 nov 5] Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/177/aproximacion-al-analisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf
42. Vanegas CBC. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010; 6(6):128-42.
43. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [internet]. 1993 [citado 2017 nov 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
44. Jarvis J. Individual determinants of homelessness: A descriptive approach. *J Hous Econ*. 2015;(30):23-32. doi: [10.1016/j.jhe.2015.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jhe.2015.10.001)
45. Rojas-Aravena F, editor. *Seguridad humana: Nuevos enfoques*. San José: FLACSO [internet]; 2012 [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2012/12042.pdf>
46. Quintero J. Bogotá's medical care centres for drug addicts (Camad). An initiative wedged between political discourse and technical action. *Series on Legislative Reform of Drug Policies* [internet]. 2010; (22) 1-12. [citado 2017 nov 20]. Disponible en: <https://www.tni.org/en/publications/legislative-reform-series/item/4212-bogotas-medical-care-centres-for-drug-addicts-camad>

47. Revuelta Vaquero B. La implementación de las políticas públicas. *Dikaion* [internet]. 2007 [citado 2017 nov 15]; 21(16):135-56. Disponible en: http://uca.edu.sv/mcp/media/archivo/4a7899_laimplementaciondepoliticaspUBLICASrevueltabarquero.pdf
48. Gutiérrez-Gordillo JS. De la indigencia en el Bronx al Plan distrital de desarrollo de Gustavo Petro (2012-2014) [tesis de grado]. Universidad Colegio mayor de Nuestra Señora del Rosario; [internet]. 2015 [citado 2017 nov 21]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11911/1.010.208.609%20-%202015.pdf?sequence=1>
49. Munévar-García FY. Análisis de la gestión pública de la política distrital para el habitante de calle en el marco del plan de gobierno de la Bogotá humana en la localidad de mártires-Bogotá DC-periodo 2014 [tesis de especialización]; 2015 [internet]. [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/4119>
50. Daniels JP. Bogotá tackles basuco addiction. *Lancet*. 2015;386(9998):1027-28. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00189-0)
51. Klein JW, Reddy S. Care of the homeless patient. *Med Clin N Am*. 2015;99:1017-38. doi: [10.1016/j.mcna.2015.05.011](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.05.011)