



Los caminos del dolor

Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia

*Isabel Pereira Arana
Lucía Ramírez Bolívar*

DOCUMENTOS 52

DOCUMENTOS 52

Isabel Pereira Arana

Politóloga de la Universidad de los Andes (2008), y magíster en Estudios de Desarrollo, con énfasis en Conflicto y Construcción de Paz, del Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo de Suiza (IHEID) (2015). Su interés se centra en el impacto de las políticas de drogas en el desarrollo rural, la salud pública y los conflictos armados. Actualmente se desempeña como coordinadora de la línea de Política de Drogas de Dejusticia. Adicionalmente, es miembro del Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho (CEDD) y representante para Latinoamérica y el Caribe ante el Consorcio Internacional de Política de Drogas (IDPC). Entre sus publicaciones se encuentran *Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos* (2016); *Un ejercicio de equilibrio. Las políticas de drogas en Colombia después de UNGASS 2016* (2017) y *Voces desde el cocal: mujeres que construyen territorio* (2018).

Lucía Ramírez Bolívar

Abogada, especialista en Derecho Constitucional de la Universidad Nacional de Colombia (2008) y magíster en Trabajo Social con énfasis en Trabajo Social Internacional y Pobreza e Inequidad de la Universidad de Chicago (EE.UU.) (2015). Ha trabajado temas de política de drogas, migración forzada y derechos de las mujeres. En Dejusticia se ha desempeñado como investigadora de la línea de Política de Drogas y actualmente como coordinadora de investigaciones sobre migración. Sus últimas publicaciones son *Voces desde el cocal: mujeres que construyen territorio* (2018); *Género y derecho: módulo de formación auto dirigida para jueces y juezas de la Rama Judicial* (2016) y *Outcome Evaluation of an International Diversity Curriculum* (2016).

Los caminos del dolor

Acceso a cuidados
paliativos y
tratamiento
por consumo
de heroína en
Colombia

Isabel Pereira Arana

Lucía Ramírez Bolívar

Documentos Dejusticia 52

LOS CAMINOS DE DOLOR

Acceso a cuidados paliativos y tratamiento
por consumo de heroína en Colombia

ISBN: 978-958-5441-90-3 Versión digital

ISBN: 978-958-5441-89-7 Versión impresa

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia

Calle 35 N° 24-31, Bogotá, D.C.

Teléfono: (57 1) 608 3605

info@dejusticia.org

<https://www.dejusticia.org>

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

Creative Commons Attribution-Non Commercial Share-Alike License 2.5.



Revisión de textos: María José Díaz Granados

Fotografía portada: Sebastián Restrepo Calle

Preprensa: Diego Alberto Valencia

Cubierta: Alejandro Ospina

Bogotá, julio de 2019

Contenido

AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	13
¿Por qué es importante estudiar el impacto de las políticas de drogas y las barreras de acceso a medicamentos opioides desde la perspectiva de quienes usan drogas y sufren dolor?.....	16
Metodología.....	20
Estructura del documento y algunas precisiones conceptuales	26
CAPÍTULO 1. LA RESPUESTA DEL ESTADO FRENTE AL DOLOR: RETOS PARA GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS OPIOIDES	29
Medicamentos opioides: en la encrucijada entre esenciales y controlados	34
Los opioides en los cuidados paliativos.....	41
Dependencia de la heroína y tratamiento con opioides.....	46
El derecho a la salud en Colombia y su relación con el modelo regulatorio de los medicamentos opioides.....	55
CAPÍTULO 2. VIDAS AL MARGEN: USO DE HEROÍNA Y BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO EN COLOMBIA	61
Los mundos del H en Armenia, Pereira, Cali, Santander de Quilichao y Cúcuta.....	64
Las respuestas legales y de política pública a las personas que usan drogas.....	75
Ruta de acceso a tratamiento de sustitución con metadona.....	87
Barreras en la ruta de atención y sus impactos en los derechos humanos de las PQUD.....	99

CAPÍTULO 3. LAS PUERTAS GIRATORIAS DEL DOLOR: LA DISTANTE POSIBILIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	117
Dimensión de la necesidad de los cuidados paliativos: ¿por qué son necesarios en Colombia?	119
Respuestas legislativas y de política pública para las personas que necesitan cuidados paliativos	126
Rutas de acceso a los cuidados paliativos	136
Barreras de acceso a cuidados paliativos	152
CAPÍTULO 4. HACIA UNA ATENCIÓN EN SALUD QUE ALIVIE EL DOLOR	159
Algunas consideraciones finales	161
Recomendaciones generales	164
Recomendaciones para el alivio de dolor en los cuidados paliativos	169
Recomendaciones para el alivio del dolor a personas que usan heroína	170
Para una agenda de investigación sobre el Estado frente al dolor	172
GLOSARIO	175
REFERENCIAS	177
ANEXO	190

AGRADECIMIENTOS

El proceso de recorrer las ciudades de esta investigación y de caminar de la mano con quienes atienden a las poblaciones que este libro estudia, fueron posibles por la generosidad y solidaridad de muchos actores preocupados por mejorar la calidad de vida de quienes sufren. Las realidades que acá documentamos hablan de las virtudes de la sabiduría colectiva que decide buscar soluciones en medio del dolor.

Cada visita, cada recorrido de calle, cada encuentro con un paciente, estuvo siempre mediado por el ánimo de los profesionales en cada ciudad de acercarnos a una realidad, sin filtros y sin reparos. Al iniciar el proceso en Bogotá, contamos con la ayuda de Inés Elvira Mejía, Julián Quintero, Yanina Silva y Pablo Zuleta para establecer contacto con los operadores de los programas comunitarios y de reducción de daños. A su vez, Marta Ximena León del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), y Martha Franco, Mercedes Franco de la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC) nos enlazaron con los profesionales de cuidados paliativos. Por su parte, Andrés López, desde el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), fue un aliado clave, pues hizo el puente con los Fondos Rotatorios a nivel departamental, dando un respaldo institucional a nuestra investigación. Adicionalmente, junto con Diana Agudelo también del FNE revisaron el manuscrito final de este libro y nos brindaron importantes sugerencias. Con este mapa de aliados, emprendimos el camino hacia Cúcuta, Cali, Santander de Quilichao, Armenia y Pereira.

Al llegar a cada lugar nos encontramos con personas que fueron tejiendo la historia de su ciudad, compartiéndonos los retos, las posibles soluciones, y los caminos para ver lo que sucedía con las personas que

usan heroína y las personas al final de la vida. Agradecemos enormemente a los funcionarios y funcionarias de las alcaldías y gobernaciones, los pares comunitarios de los programas en calle, los profesionales de la salud en las IPS de cuidados paliativos y programas de metadona y trabajadores sociales, y cada persona que nos brindó su tiempo durante el trabajo de campo.

En Dejusticia, contamos con el arduo trabajo de los pasantes que contribuyeron, desde distintos ángulos, para nutrir los datos de este libro. En el segundo semestre de 2017, Federico Mejía colaboró en la elaboración de las bases de datos de contactos para realizar las visitas a cada ciudad. En el primer semestre de 2018, Ángela María Sánchez trabajó con nosotras en la elaboración y envío de decenas de derechos de petición que tenían como fin recabar la información de actores públicos y privados. En el verano de 2018, Antonio Sánchez escuchó varias horas de entrevistas, pasando las notas de los aspectos clave de cada conversación, y sistematizando la información de los actores en el formato que después sería el insumo principal para el análisis. En el segundo semestre de 2018, Ana María Malagón nos colaboró con los varios recursos de insistencia ante los actores que se negaron a contestar los derechos de petición, y además diseñó el instrumento para sistematizar la información – cuantitativa y cualitativa - de las respuestas que recibimos. También nos apoyó en las tareas logísticas para los talleres de socialización celebrados en noviembre de 2018. A ellos cuatro les debemos un enorme agradecimiento por la paciencia y entrega en sus labores.

El proceso de investigación, en el que nos apoyamos de los derechos de petición para conseguir información de otra manera no disponible, tuvo el apoyo y asesoría de María Paula Ángel, de la línea de transparencia, a quién agradecemos por su orientación y apoyo. Camila Soto desde el área de educación nos apoyó en el diseño de herramientas colaborativas para los talleres de socialización celebrados en noviembre de 2018. Mariana Escobar desde el área de comunicaciones también colaboró en este encuentro, así como en la recolección de testimonios en Cali, Pereira y Dosquebradas. El trabajo de campo contó con el valioso apoyo del equipo de soporte logístico de Dejusticia – especialmente William Morales y Andrés Castañeda. Por su parte, Jazmín Mejía y Luis Daza fueron un invaluable apoyo en el envío de la correspondencia de los derechos de petición. En general, agradecemos a todo el equipo de soporte administrativo y logístico de Dejusticia que hace posible cada investigación y cada libro.

Como es costumbre en Dejusticia, contamos con el espacio del seminario interno para recibir retroalimentación de nuestros colegas. Agradecemos especialmente a Mauricio García Villegas, Rodrigo Uprimny Yepes, Luis Felipe Cruz, Valentina Rozo, Diana Guarnizo, César Valderrama, Alejandro Rodríguez, Alejandro Jiménez, Ana María Ramírez, Helena Durán, Jazmín Mejía, Daniel Marín, Isabel de Brigard, Lucas Paulson, y Camila Soto, todos quienes nos compartieron sus comentarios y sugerencias para fortalecer el texto.

Siendo este un libro que aborda temas de especialidad médica, contamos con la sabiduría de cuatro colegas que leyeron y comentaron este libro. Desde su experticia en cuidados paliativos, Marta Ximena León y Paola Ruíz nutrieron el texto con su asesoría, mientras que Inés Elvira Mejía y Ana María Cano hicieron también lo propio sobre el trastorno de dependencia a la heroína y su tratamiento. A ellas cuatro, gracias por acompañarnos en este proceso y enseñarnos.

Dejamos lo más especial para el final, con nuestra gratitud para quienes viven la hostilidad de las ciudades, para quienes atraviesan el abandono de la medicina, para quienes las EAPB se volvieron el lugar de largas esperas y largos dolores. Cada persona que se sentó a hablar con nosotras y contarnos sus historias de vida sobre la lucha por vivir sin dolor, cuenta la historia de un país en el que aún el goce efectivo del derecho a la salud es muy distante. Estas personas narraron sus vidas, sus intentos por vivir bien, y sus expectativas de cambio, y les dedicamos este libro en la espera de hacer honor a la generosidad con la que nos recibieron.

INTRODUCCIÓN

Desde que existimos como especie, el ser humano ha sentido la necesidad de alterar sus estados de conciencia, modificar las funciones mentales, dominar sus propios estados de ánimo y aliviar los síntomas dolorosos de una enfermedad.¹ Los primeros hallazgos de esta antigua relación entre la especie humana y las sustancias psicoactivas (SPA) están vinculados, precisamente, con la amapola y sus derivados. En la Edad de Piedra, etapa prehistórica, se encontraron rastros de amapola en restos humanos en el norte de Italia y Suiza. Su uso también se registró por los sumerios en el año 6000 a. C., pues cultivaban la planta y extraían su jugo, y lo mismo sucedía en India. Los griegos elogiaban el poder que tenía esta planta para hacer olvidar las tristezas y no sentir siquiera el más horrible de los dolores. Los usos de los derivados de la amapola eran tanto médicos como recreativos, y estos fueron ampliamente usados en India, China y Oriente Medio. Para el siglo XVI su consumo ya se había popularizado en Europa (Brailowsky, 2002, pp. 169 y 282-283).

El régimen internacional de fiscalización de drogas, al que las sociedades se comprometieron desde el siglo XX, está afincado en el objetivo de “un mundo libre de drogas”, el cual no es humanamente posible, pues la búsqueda de placer y de estados alterados de conciencia por las drogas, el arte y otros medios son motivaciones intrínsecamente humanas. Algunos arqueólogos sugieren que las primeras civilizaciones cultivaban cereales para producir cerveza, y no como alimento. En realidad, aún no

1 Además, no somos la única especie inclinada a consumir sustancias psicoactivas (en adelante SPA). Varias especies del mundo animal escogen frutos podridos por su alto contenido de azúcar, que ya fermentados, producen un efecto embriagante (Brailowsky, 2002, p. 144).

conocemos una sola sociedad en toda la historia de la humanidad que haya existido sin consumir drogas (Szalavitz, 2016, p. 22).

Las sustancias opioides que están reguladas a nivel internacional son esencialmente fuentes de alivio para quienes experimentan graves dolores y sufrimiento físico y mental. En particular, los medicamentos derivados del opio, como la morfina o la metadona, alivian dolores graves y son usados por dos poblaciones en situación de sufrimiento: 1) personas al final de la vida con necesidades de cuidados paliativos, y 2) personas que sufren de dependencia de la heroína y cuyo tratamiento requiere de una sustancia opioide.² En la vida de una persona y sus allegados estos momentos requieren de unas políticas de salud basadas en el respeto por la dignidad y autonomía humanas.

Los opioides de los que se ocupa este libro son aquellos usados para el alivio del dolor, el manejo del síndrome de abstinencia y el tratamiento de mantenimiento o sustitución para quienes sufren de trastorno de dependencia de la heroína.³ En el primer grupo están opioides como la morfina, hidromorfona, oxicodona, buprenorfina, fentanilo y metadona. En el segundo grupo, la única sustancia usada en Colombia para este fin es la metadona, aunque en otros países se usa también la buprenorfina, sola o en una combinación con naloxona o la misma heroína de calidad farmacéutica.

El régimen internacional de fiscalización de las SPA las ha denominado también como narcóticos, derivado de la palabra griega *narkoyn*, cuyo significado es adormecimiento. Son sustancias que se categorizan como psicofármacos, dado que su accionar ocurre sobre el sistema nervioso central, y afecta funciones neurales básicas como la respiración y la sensación de placer y dolor. La morfina –el compuesto opioide más conocido– se aisló por primera vez en 1803 y fue nombrada así en honor a Morfeo, el dios del sueño. La heroína –un derivado más potente– se sintetizó en 1874 (Brailowsky, 2002, pp. 123 y 286). En 1915 se sintetizaron por primera vez las sustancias que antagonizan el efecto de los opioides. Este hecho fue de suma importancia, por el riesgo que tienen los opioides

-
- 2 Es importante aclarar que las personas que sufren dolores crónicos también requieren de medicamentos opioides para aliviar su sufrimiento, y se ven afectadas por el régimen de fiscalización de drogas. Sin embargo, las barreras enfrentadas por esta población para acceder a medicamentos opioides no son abordadas en esta investigación.
- 3 Ver usos de los distintos opioides en Brailowsky (2002, pp. 136-137).

de deprimir el sistema respiratorio y causar la muerte, y los antagonistas pueden revertir dicho efecto (Brailowsky, 2002, p. 130).

Los receptores opiáceos del cerebro –es decir, nuestro propio sistema opioide– se descubrieron en 1973 (Brailowsky, 2002, p. 130). El poder de los opioides sobre el cuerpo humano reside en el hecho de que estas sustancias impactan procesos naturales del cerebro, procesos innatos a lo que somos y sentimos. Como dice Maté, las drogas afectan y alteran la manera como actuamos, pues se parecen mucho a nuestro propio cerebro, y, de esa manera, opioides exógenos como la morfina pueden ocupar los espacios de los receptores que están ahí naturalmente e interactuar con nuestros sistemas de información cerebral (Maté, 2010, p. 157).⁴ Es por ello que los opioides son esenciales para manejar efectivamente el dolor en pacientes de cuidados paliativos, y a su vez el síndrome de abstinencia en personas que usan heroína de manera repetitiva.

El sistema mundial de fiscalización y control de drogas está en el centro de estas preocupaciones, pues mientras la política internacional se ha concentrado en asegurar “un mundo libre de drogas” a través de acciones de criminalización, erradicación y fiscalización, ha hecho poco por asegurar un mundo con drogas disponibles para quienes las necesitan para usos médicos (Global Commission on Drug Policy, 2015). En efecto, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, en su informe de 2010 sobre el sistema internacional de fiscalización, afirmó que “la consideración explícita de los derechos humanos está ausente de los tratados y no ha sido priorizada por los órganos de aplicación de esos tratados” (Grover, 2010, para. 11). Sin embargo, también destacó que en los casos en los que la aplicación de las leyes de drogas entre en conflicto con los derechos humanos, los segundos deben prevalecer.⁵

De esta manera, la política de drogas vulnera los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, tanto de las personas que usan estas sustancias, como de quienes las necesitan con fines médicos.⁶ Como se

4 Este no es solo el caso de los opioides, el cerebro humano también tiene un sistema endocannabinoide, cuyos receptores captan a los compuestos del cannabis, así como un sistema dopamínico, que capta los compuestos activos de estimulantes como la cocaína (Maté, 2010, p. 152).

5 *Ibid.*, párr. 10.

6 “La penalización del consumo y la tenencia de drogas constituye una violación de varios derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Otras infracciones del derecho a la salud son menos directas, pero se derivan del desvirtuado objetivo del régimen internacional de fiscalización de dro-

explicará en detalle en la siguiente sección, esta investigación se ocupa del análisis de los impactos de la política de drogas en estas dos poblaciones. Nuestro propósito es estudiar de qué maneras el sistema de salud colombiano y la aplicación las leyes de drogas en el país están vulnerando los derechos fundamentales de estas poblaciones en cinco ciudades del país, en particular el derecho a salud al imponer barreras de acceso a medicamentos opioides. Asimismo, formulamos recomendaciones de política pública que buscan contribuir a la superación de estos obstáculos y, en últimas, garantizar el acceso a los medicamentos opioides que estas personas necesitan para vivir con dignidad y sin dolor.

¿Por qué es importante estudiar el impacto de las políticas de drogas y las barreras de acceso a medicamentos opioides desde la perspectiva de quienes usan drogas y sufren dolor?

Conjugar un análisis sobre el goce del derecho a la salud de personas que usan heroína y de pacientes que sufren de enfermedades terminales parece desacertado a primera vista, pues, ¿qué tendría que ver la experiencia de quien sufre al final de la vida por un cáncer, con la de quien sufre por el consumo problemático de una sustancia declarada ilícita? Las vidas cotidianas de estas dos personas parecen tan lejanas que su estudio conjunto parecería mostrar más diferencias que similitudes en sus experiencias. Sin embargo, la experiencia del dolor y el síndrome de abstinencia comparten muchos más retos y soluciones de las que imaginamos. El derecho a la salud en ambos casos es vulnerado por las restricciones al acceso y disponibilidad de medicamentos opioides, pero además, la atención y el cuidado de ambas poblaciones están afincados en el convencimiento de que siempre es posible hacer algo para mejorar la calidad de vida de quienes sufren estos padecimientos.

Estas dos poblaciones, aunque vivan en mundos y realidades distintas, tienen mucho en común. Para mencionar algunos rasgos: son poblaciones que demandan los mismos medicamentos controlados, requieren

gas: por ejemplo, el acceso insuficiente a medicamentos esenciales. El Relator Especial considera que cada una de esas violaciones tiene su origen en última instancia en la atención desproporcionada que se da a la penalización y las prácticas de aplicación de la ley a expensas del disfrute del derecho a la salud y la reducción de los daños asociados a las drogas” (*Ibid.*, párr. 18).

un tratamiento interdisciplinar que va más allá de los opioides, llegan a los servicios de salud en momentos de gran vulnerabilidad, y son generalmente tratados con negligencia por parte de sistemas de salud que no se encuentran preparados ni en lo administrativo ni en lo profesional para enfrentar la muerte o la dependencia de las drogas.

Esta investigación está guiada por la necesidad de vincular los debates sobre el derecho a la salud con los debates sobre la reforma a las políticas de drogas. Las poblaciones de las que aquí hablamos son las más necesitadas de un cambio para que la fiscalización de estas sustancias deje de ser una barrera para alcanzar alivio, pero sabemos que estas barreras son diversas y están gravemente atravesadas por el estigma.

El estigma atado al consumo de opioides causa impactos serios en los derechos a la salud y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Son sustancias que alivian dolores severos y negar estos medicamentos a los pacientes los somete a un sufrimiento inimaginable. Los opioides también contribuyen al tratamiento y la recuperación de las personas que usan drogas (en adelante PQUD) y quieren dejar la heroína, así que la limitación en la provisión de estos medicamentos somete a las personas a una situación sin salida.

En el reporte del Consejo de Derechos Humanos sobre el impacto del problema mundial de las drogas en el goce efectivo de los derechos, este organismo destaca que la aplicación del sistema internacional de drogas –un modelo que criminaliza básicamente cualquier conducta frente a las sustancias ilícitas– ha derivado en impactos negativos particularmente en los derechos a la salud, a la vida y al debido proceso y, además, ha profundizado una serie de discriminaciones contra las mujeres, las minorías étnicas, la población infantil y los pueblos indígenas. Frente al derecho a la salud se subraya que aun cuando el consumo de drogas en algunas jurisdicciones constituya un delito o tenga sanciones administrativas, las personas que usan drogas poseen los mismos derechos que cualquier otro ciudadano y, como tales, tienen derecho a recibir tratamiento médico bajo estándares éticos que incluyan la posibilidad de tomar decisiones sobre el mismo.

De otra parte, el acceso a medicamentos esenciales bajo fiscalización es limitado o inexistente en muchos países del mundo, por miedo a la desviación a mercados ilícitos, lo que provoca sufrimiento a millones de personas. Al respecto, el Consejo de Derechos Humanos recomienda a los Estados que:

Debe protegerse el derecho a la salud velando porque las personas que consumen drogas tengan acceso a información relacionada con la salud y a un tratamiento sin discriminación. Los programas de reducción del daño, en particular la terapia de sustitución de opioides, deben estar disponibles y ofrecerse a los drogodependientes, especialmente a los que se encuentran en las cárceles y otros centros de detención. Se debe considerar la posibilidad de suprimir los obstáculos al derecho a la salud, entre otras cosas despenalizando el consumo y la posesión de drogas para uso personal; además, se debe incrementar el número de programas de salud pública. El derecho a la salud requiere un mejor acceso a los medicamentos esenciales fiscalizados, sobre todo en los países en desarrollo (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015, párr. 61).

El debate sobre la reforma a la política de drogas en un país como Colombia se ha concentrado en la reducción de los cultivos ilícitos y el narcotráfico, y este proyecto quiso ocuparse de estudiar dos poblaciones de las que poco se habla en el país: aquellos que necesitan cuidados paliativos, y aquellos cuyo consumo de heroína se tornó problemático y necesitan tratamiento. Estas no han sido las banderas tradicionales del movimiento prorreforma, ni tampoco de la investigación sobre las poblaciones afectadas por la política de drogas, aun cuando estas dos poblaciones han sido impactadas por la guerra contra las drogas y sus lógicas de fiscalización y control, así como por los efectos colaterales de la prohibición, incluyendo el estigma.

A pesar de la ausencia del debate sobre los impactos de la política de drogas en el derecho a la salud en los escenarios de discusión sobre la reforma a esta política, se han venido dando algunos avances en espacios internacionales. En 2016, los países del mundo acordaron el documento de resultados de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ungass) dedicada a las drogas, 2016. El documento titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas” tiene dos pilares de importancia especial para el tema de este libro. En primer lugar, dedica recomendaciones operacionales para que los Estados tomen las medidas necesarias para promover el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo, reconociendo la complejidad del fenómeno y la necesidad de usar programas basados en la evidencia, en colaboración con programas de base

comunitaria. También insta a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para tratar la sobredosis de opioides a fin de reducir la mortalidad relacionada con el uso de estas sustancias.

En segundo lugar, el documento final de la Ungass 2016 dedica el capítulo 2 al acceso a medicamentos controlados, con una sección titulada “Recomendaciones operacionales para asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas con fines exclusivamente médicos y científicos e impedir su desviación”, e invita a los Estados a simplificar y racionalizar los procesos de distribución de estos medicamentos para eliminar reglamentos excesivos que limiten el acceso.

Por otro lado, el enfoque punitivo de la guerra contra las drogas está limitando el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), pues no se ocupa de reducir los daños del uso de drogas. La búsqueda de coherencia entre las políticas de los ODS y las recomendaciones operacionales de Ungass 2016 es también una plataforma donde la salud de las personas que usan drogas está en juego. A nivel nacional al menos, países como Colombia, que ya han reportado sus informes nacionales voluntarios, se beneficiarían de agregar indicadores a los ODS que reporten sobre las políticas de drogas, y para ello es necesario hacer un cambio en las métricas, para pasar de medir simplemente el número de PQUD, a medir asuntos de mayor relevancia y profundidad que hablen de las condiciones de vida de estas poblaciones. Coleccionar datos en bruto sobre la prevalencia del uso de drogas sin tener en consideración el contexto en el que ello ocurre, ni las consecuencias para salud de las PQUD y para la salud pública, genera poca orientación para los tomadores de decisiones (International Expert Group on Drug Policy Metrics, 2018, p. 4).

El International Peace Institute sostiene que alinear las agendas –de la política de drogas y del desarrollo sostenible– tiene dos beneficios claros: 1) contribuirá a superar muchas de las limitaciones para una política efectiva de drogas, que se derivan de métricas subóptimas que miden el impacto y también, 2) hará posible que la aplicación de la política de drogas mejore, en lugar de obstaculizar, los esfuerzos para alcanzar los ODS (International Expert Group on Drug Policy Metrics, 2018, p. 3).

En línea con estos avances, la legislación colombiana contempla normas que tienen como objetivo garantizar el derecho a la salud tanto de las PQUD como de las personas que requieren cuidados paliativos –Ley Estatutaria del Derecho a la Salud, Ley de Cuidados Paliativos y Ley de

Atención al Consumo de SPA-. Sin embargo, la realidad dista de lo plasmado en estas leyes, por lo cual es necesario conocer en detalle los obstáculos que viven las personas que necesitan medicamentos opioides en Colombia y las maneras para mejorar estas situaciones.

La disponibilidad y el uso de los medicamentos opioides⁷ –objeto central de esta investigación– ha aumentado en Colombia gracias a la ampliación de los servicios de cuidados paliativos y de los programas de mantenimiento con metadona para las personas que usan heroína. A pesar del aumento de la disponibilidad de estos medicamentos, la oferta de servicios de cuidados paliativos y de tratamiento al consumo de heroína –que incluya el acceso efectivo a estos medicamentos– es insuficiente frente a la magnitud de la necesidad, como explicaremos en los capítulos 2 y 3 de este libro.

Metodología

La presente investigación se desarrolló entre mayo de 2017 y septiembre de 2018. Para alcanzar el objetivo planteado, la recolección de información se realizó a través de visitas de trabajo a las cinco ciudades y entrevistas, las cuales tuvieron una preparación previa para procurar una agenda de entrevistas y recorridos en instituciones de salud. En la primera fase de la investigación se realizaron entrevistas a expertos en el campo del consumo de SPA y los cuidados paliativos⁸ a través de las cuales se buscaba conocer los principios básicos del uso de opioides en cuidados paliativos, y del uso de la metadona en terapias de sustitución. Asimismo, dada la trayectoria de estos profesionales, a través de estas conversaciones se establecieron contactos y se identificaron actores clave para las visitas a las ciudades.

El proceso de selección de las cinco ciudades donde se llevó a cabo la investigación tuvo en cuenta los datos de prevalencia de consumo de

7 Según la definición del National Cancer Institute de Estados Unidos, un opioide es una sustancia usada para aliviar dolor moderado o grave. A diferencia de los opiáceos, que son derivados de la amapola, los opioides son sintéticos o semisintéticos. A lo largo de este libro usaremos el término “opioide” para referirnos a los medicamentos de este tipo, como la morfina, metadona, codeína, entre otros (ver Anexo 1 – Tabla de Medicamentos Opioides). Ver <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/opioide>

8 Pablo Zuleta, Julián Quintero, Yanina Silva, Marta Ximena León e Inés Elvira Mejía.

heroína en diferentes ciudades del país, las cuales fueron identificadas en el Estudio Nacional de Heroína de 2015, a saber: Bogotá, Medellín, Cali, Santander de Quilichao, Pereira, Armenia y Cúcuta. Seleccionamos estas ciudades como punto de referencia, pues esperamos que esta investigación contribuya a tender alianzas entre las organizaciones que trabajan por los derechos de las PQUD y las personas que trabajan en el área de cuidados paliativos. De esta manera, era más conveniente analizar y comparar las dos poblaciones en una misma área geográfica. En las siete ciudades preseleccionadas indagamos sobre la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos. Bogotá, al ser la capital del país, y sede de las especializaciones de Cuidados Paliativos existentes, cuenta con más servicios que las demás ciudades. Medellín, por su parte, es hogar de la primera clínica de dolor del país y también tiene un mayor número de servicios habilitados.⁹

Considerando los avances en el tema de cuidados paliativos en estas dos ciudades, y la capacidad de organizaciones locales y universidades para hacer diagnósticos similares, se decidió descartarlas. Por su parte, las cinco ciudades restantes ofrecían dinámicas particulares para observar fenómenos específicos, como son la interrelación entre ciudades y el impacto de los fenómenos migratorios en el acceso a medicamentos opioides. Con respecto a las dinámicas ciudad-región, Cali-Santander de Quilichao y Pereira-Armenia son ciudades que tienen dinámicas de intercambio constante para acceder a bienes y servicios, especialmente servicios de salud, y por ello debían ser estudiadas en conjunto. Con relación al impacto de la migración, Cúcuta, al ser el paso fronterizo entre Venezuela y Colombia, ofrecía la posibilidad de indagar sobre la garantía del derecho a la salud para personas migrantes y refugiadas que necesitan opioides. Así, las ciudades seleccionadas para el estudio fueron Cali, Santander de Quilichao, Armenia, Pereira y Cúcuta.

Para identificar a las instituciones prestadores de salud (IPS) que serían entrevistadas tomamos como fuente de referencia el Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS),¹⁰ que es la base de datos oficial

9 La información de servicios habilitados fue consultada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud. Ver <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

10 Para el caso de cuidados paliativos, el código de identificación es “Dolor y cuidados paliativos” (309), y para el caso de adicciones existen tres códigos: Atención a consumidor de SPA paciente agudo (123); Internación hospitalaria consumidor de SPA (127); Internación parcial consumidor de SPA (128).

donde se encuentran registradas todas las IPS habilitadas para prestar servicios dependiendo del tipo de especialidad médica, discriminadas por departamento, ciudad y tipo de servicio.¹¹ A partir de esta información se construyó una base de datos de actores relevantes que además fue complementada con información sobre prestadores disponible en internet y con referencias sugeridas por expertos en cada uno de los temas.

Las visitas a las ciudades se realizaron entre octubre de 2017 y febrero de 2018. En cada ciudad entrevistamos a los siguientes actores clave: Secretarías de Salud departamentales y municipales,¹² Fondos Rotatorios de Estupefacientes, profesionales de salud en IPS habilitadas para prestar servicios de cuidados paliativos y tratamiento a los trastornos por dependencia de las drogas, centros comunitarios y de escucha de atención a población en situación de calle, personas usuarias de heroína, pacientes de cuidados paliativos y familiares. En cada una de las ciudades procuramos entrevistar a las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) –antes EPS– pero su respuesta a nuestra solicitud fue en la mayoría de los casos ignorada. En el caso de las IPS no pudimos entrevistar a todas las que fueron incluidas en la base de datos del proyecto debido a la falta de respuesta de algunas, las dificultades para concertar una reunión, y por el limitado recurso humano y de tiempo con el que se contó para el trabajo de campo.

Asimismo, el número de entrevistas con pacientes y PQUD es limitado debido a las condiciones particulares en que se encuentran estas personas. Por un lado, los pacientes están en tratamiento o en la etapa de final de la vida y sus familiares están proveyendo los cuidados necesarios, por lo cual la posibilidad para atender una entrevista es muy limitada, y la solicitud puede llegar a ser irrespetuosa con su proceso personal. En el caso de las PQUD, las posibilidades de conversar con ellos se limitan en la mayoría de los casos a cuando se encuentran internados en un centro de tratamiento. En el caso de las personas que habitan en la calle o están en fase de consumo activo es muy difícil encontrar un espacio seguro para

-
- 11** En el caso de los servicios de cuidados paliativos, muchos de los prestadores registrados se dedican a manejo de dolor exclusivamente, o son clínicas de dolor, pero no prestan servicios de cuidados paliativos integrales.
 - 12** Para el caso de adicciones, generalmente estos temas los asume el referente de salud mental en las Secretarías de Salud. Para el caso de los cuidados paliativos encontramos que aún no está definido tan claramente el funcionario responsable de estos temas.

conversar y un momento en el cual ellos no estén bajo los efectos de las sustancias o atravesando la ansiedad de buscar la siguiente dosis.

En total se realizaron 103 entrevistas basadas en un instrumento previamente diseñado, con preguntas tanto de carácter informativo como de carácter descriptivo. La mayoría de entrevistados se podían ubicar en dos grupos. En el primer grupo están las autoridades de salud, que dieron un panorama general de la situación en cada ciudad. En el segundo grupo están los médicos y pacientes, que dieron un panorama sobre las barreras y sus impactos. En todos los casos se solicitó de manera verbal o escrita el consentimiento informado de los entrevistados para participar en la investigación. A lo largo del texto usamos las citas de algunos de los entrevistados, pero sus nombres han sido cambiados para proteger su identidad.

Adicionalmente, para conocer las dinámicas del consumo de heroína en cada ciudad nos acercamos a los operadores de programas de entrega de material higiénico –parafernalia necesaria para garantizar el consumo de heroína en condiciones higiénicas–, quienes nos facilitaron la posibilidad de acompañar sus recorridos de calle, o estar en los puntos de entrega a las horas clave. En cada ciudad, exceptuando Santander de Quilichao, hicimos este ejercicio. Estos recorridos hicieron posible hablar con las personas que usan heroína, acercarnos a comprender sus modos de vida, sus expectativas y necesidades. Estos programas son operados por organizaciones de la sociedad civil en algunos casos con recursos de los gobiernos locales y departamentales y que pueden contar con el apoyo del nivel nacional.

En ciudades como Cali, donde la prestación de servicios de cuidados paliativos está mucho más desarrollada, pudimos acompañar recorridos domiciliarios, y participar en talleres para cuidadores. A través de estos espacios pudimos ser testigos de los retos que implica el cuidado, la importancia de la atención domiciliaria y las posibilidades que ofrece para familias y pacientes, así como de las oportunidades de diálogo y acompañamiento que el trabajo social y la psicología brindan para este momento de final de vida.

Al culminar las visitas fue evidente que era necesario contar con más información cualitativa y cuantitativa acerca de la dimensión de la prestación de servicios en cada ciudad –o su deficiencia, en particular por parte de las EAPB quienes no respondieron a nuestra solicitud de entrevista–. Para este fin, inicialmente enviamos 144 derechos de petición a EAPB, IPS y los Fondos Rotatorios de Estupacientes en cada ciudad,

preguntando sobre el modelo de atención a pacientes, la cantidad de pacientes atendidos, la compra y ventas de medicamentos opioides, y demás cuestiones que permitieran dimensionar, ampliar y corroborar la información recogida durante el trabajo de campo. De los derechos de petición enviados recibimos aproximadamente 53 respuestas, 30 devoluciones y 61 entidades nunca respondieron.

Considerando la baja tasa de respuesta, en particular de las EAPB, decidimos enviar nuevamente los derechos de petición dirigidos a estas entidades. En esta segunda ronda enviamos cerca de 40 insistencias, y en los pocos casos que recibimos respuesta estas negaban el acceso a la información argumentando el secreto profesional y comercial. Es de anotar que las solicitudes de información enviadas por Dejusticia fueron de carácter general, donde se solicitaban datos agregados y anonimizados. En la mayoría de los casos enviamos recursos de reposición ante la negativa de acceso a la información, los cuales a su vez fueron ignorados o contestados con una segunda negativa. Dado que la mayoría de las entidades a quienes enviamos solicitudes de información son entidades privadas, se puede presumir que no se consideran obligadas a dar una respuesta.

Para sistematizar la información recogida durante el trabajo de campo elaboramos un formato donde se registran los datos más importantes de la entrevista dependiendo del tipo de actor entrevistado. En general, la información se organizó teniendo en cuenta la ruta de atención, las barreras de acceso a tratamiento, el proceso de habilitación de las IPS, la relación con las EAPB y otros actores relevantes y, en particular, la disponibilidad de medicamentos opioides y las barreras de acceso a los mismos. En el caso de los pacientes de cuidados paliativos y PQUD se indagó sobre su diagnóstico, historia de consumo y red de apoyo. Una vez se finalizó el proceso de sistematización de las entrevistas, estas notas fueron codificadas y analizadas usando el *software* N-Vivo que es un paquete de análisis de datos cualitativos. Cada una de las 103 entrevistas fue codificada de acuerdo con los siguientes nodos de información: 1) tipo de actor (EAPB, IPS, FRE, paciente, PQUD, operadores comunitarios, asociaciones, secretarías de salud departamentales y secretarías de salud municipales); 2) tipo de tratamiento (cuidados paliativos, farmacodependencia); 3) ciudad (Armenia, Pereira, Cali, Santander de Quilichao y Cúcuta); 4) ruta de tratamiento; 5) barreras de acceso a tratamiento; 6) disponibilidad de opioides; 7) barreras de acceso a opioides; y 8) recomendaciones. Una vez toda la información estuvo codificada de acuerdo con estos nodos,

se generaron reportes cruzando estos temas para poder tener una mirada panorámica de los temas en cada una de las ciudades. Adicionalmente, las respuestas a los derechos de petición –en su gran mayoría de IPS– fueron sistematizadas en Access.¹³

Por último, la investigación pasó por tres procesos de validación interna y externa. En primer lugar, el documento fue revisado y comentado por los investigadores de Dejusticia en un espacio de discusión abierta llamado seminario, donde los investigadores comparten sus apreciaciones acerca del documento de manera verbal y escrita. Simultáneamente, el documento se envió a cuatro expertas en los dos temas del nivel nacional y local. Para el caso de estudio de la dependencia a las SPA y su tratamiento, el documento fue revisado y comentado por Ana María Cano¹⁴ e Inés Elvira Mejía,¹⁵ expertas en atención psicosocial a personas que padecen estos trastornos. Para el caso de los cuidados paliativos y el uso de opioides, fue revisado y comentado por Paola Marcela Ruiz¹⁶ y Marta Ximena León,¹⁷ expertas en cuidados paliativos. En un tercer momento los hallazgos de la investigación fueron socializados con las autoridades locales, los profesionales de la salud, las asociaciones y los operadores comunitarios que trabajan con estas dos poblaciones en las ciudades seleccionadas durante

-
- 13** La información se sistematizó a través de un formulario en Microsoft Access, el cual está formado a su vez por varios subformularios de sistematización construidos para llenar los campos con la información de cada derecho de petición, la cual fue llevada de manera simultánea a bases de registro tipo Excel; la información fue condensada de forma completa y comparable.
- 14** Médica especialista en psiquiatría, experta en atención a personas con trastornos por uso de SPA, exdirectora científica de la ESE Hospital Mental de Filandia, Quindío. Docente de Psiquiatría programa de medicina Universidad del Quindío.
- 15** Psicóloga con estudios de posgrado en Políticas e Intervenciones en Drogas y Alcohol, y maestría en Política Social. Consultora de entidades nacionales e internacionales en temas de reforma de políticas de drogas, VIH/sida, salud sexual y reproductiva y reducción de daños.
- 16** Médica internista, geriatra de la Universidad de Caldas, con estudios de posgrado en Cuidados Paliativos del Instituto Pallium en Argentina. Máster en Cuidados Paliativos de la Universidad de Valladolid, España. Actualmente es jefe del Servicio de Geriátrica y Cuidado Paliativo en el Hospital de Caldas y presidenta de Asocupac (Asociación Cuidados Paliativos de Colombia).
- 17** Médica anestesióloga, especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Fellow en Políticas y Dolor de la Universidad de Wisconsin. Directora del grupo de investigación de Dolor y Cuidados Paliativos. Jefe del Departamento de Anestesia, Dolor y Cuidados Paliativos de la Universidad de La Sabana.

dos talleres celebrados en Cali y Pereira en noviembre de 2018. La mayoría de las personas que participaron en estos talleres fueron entrevistadas por las investigadoras durante la etapa de recolección de información de fuentes primarias.

Para socializar los hallazgos de la investigación se organizaron dos jornadas de trabajo usando una metodología conocida como “Diseño centrado en personas”, que promueve procesos de creación y colaboración para diseñar políticas públicas basadas en necesidades de los usuarios. Las jornadas siguieron una secuencia de actividades de fácil comprensión, dirigidas a que múltiples actores dentro del sistema de salud comprendieran las barreras que enfrentan a diario los usuarios de medicamentos opioides y generaran soluciones viables, factibles y deseables para superarlas. Al final de cada jornada, los participantes convirtieron sus ideas en planes de acción concretos con metas, rutas, recursos, actores y beneficiarios. Algunas de las soluciones ideadas durante estos talleres fueron incorporadas a las recomendaciones de este estudio, que presentamos en el capítulo 4. Esta socialización fue el espacio propicio para dialogar con quienes atienden a estas poblaciones a diario, y sus insumos fueron valiosos para ajustar las recomendaciones en elementos que fueran viables y tuvieran el real potencial de generar los cambios necesarios.

Estructura del documento y algunas precisiones conceptuales

Este documento consta de cuatro capítulos en los que hacemos el recorrido por el opio, sus derivados y sus efectos y el sistema de salud colombiano; la relación entre el régimen internacional de fiscalización de drogas y sus impactos sobre los derechos humanos; las vidas de las personas que usan drogas y buscan tratamiento, y las trayectorias de búsqueda de alivio del dolor cuando se acerca la muerte.

En el capítulo 1 nos ocupamos de explicar los efectos de los opioides en el cuerpo humano, para poner de relieve por qué son tan esenciales para sus usos médicos en estas dos poblaciones. Asimismo, presentamos la respuesta del Estado frente a la necesidad de facilitar la disponibilidad y el acceso a los medicamentos opioides, a través de una explicación del sistema de salud colombiano y las normas que rigen la prestación de servicios de salud. Explicamos también las normas que rigen la fiscalización de las sustancias controladas en el país. En el capítulo 2 nos concentramos

en lo que hemos llamado las vidas al margen: la situación de las personas que usan heroína. Para este fin exponemos la situación nacional y regional de consumo de heroína, sus impactos en la salud, y las barreras para acceder al tratamiento con metadona. El capítulo 3 habla de los servicios de cuidados paliativos, la implementación de la Ley 1733 que hace de estos servicios de salud parte del Plan de Beneficios en Salud, su reciente crecimiento en el país, la dimensión de la necesidad de este enfoque de atención y las barreras que persisten para acceder a este y a los opioides en este ámbito. Cerramos el libro con un capítulo que subraya las conclusiones y recomendaciones del estudio, con miras a ofrecer y promover soluciones para alcanzar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas para quienes escribimos este libro.

Frente a la situación de dependencia de las SPA hay un sinnúmero de términos que se usan para describirla. Algunos de ellos –adicción, vicio, abuso– tienen cargas ideológicas que implican un trato despectivo hacia las personas, y por ello es recomendable evitarlos (Scholten, 2015). El lenguaje es un campo minado, por el mismo estigma que cargan las drogas, que además hace que cualquier palabra no sea solamente un diagnóstico psiquiátrico, sino que sea un término que profundice o reproduzca algunas formas de discriminación. En este texto usaremos la expresión *trastorno por dependencia*, que es más neutral. El manual de trastornos mentales DSM V, lo cataloga como un “trastorno por consumo de sustancias psicoactivas”, y bajo este espectro, que se piensa como un continuum, se presentan afectaciones que van desde el abuso leve hasta la dependencia severa (American Psychiatric Association, 2013).

La palabra adicción proviene del latín *addictio*, que significa “esclavo de” o “atado a” (Szalavitz, 2016, p. 23). El término “abuso”, que también se utiliza para referirse al uso problemático de drogas, se considera degradante y peyorativo, pues el abuso describe acciones como “abuso sexual”, “abuso de menores” y otra serie de comportamientos de índole distinta y mucho más grave que la del consumo problemático de drogas (pp. 30 y 31). Por su parte, la palabra “dependencia” también tiene una carga problemática. Como nos explica Szalavitz, esta palabra es ampliamente usada en el movimiento de Alcohólicos Anónimos desde los años ochenta, en particular para caracterizar relaciones amorosas tóxicas y negativas, nombrándolas como “dependientes”. En ese contexto, las relaciones apasionadas en las que, por ejemplo, la pareja de una persona adicta intentaba ayudarla en repetidas ocasiones sin tener éxito, se caracterizaban como

relaciones patológicas. Así, el término dependencia empezó a significar debilidad (p. 152).

En general, se debe procurar que las palabras que usamos para definir y describir estas situaciones hablen desde un lenguaje que ponga a la persona primero, siguiendo la recomendación de que la terminología que se use en legislación sobre política de drogas, así como en políticas públicas, sea clara e inequívoca para que no se preste a confusiones entre usos médicos y no médicos de sustancias controladas (World Health Organization, 2011, p. 28; Scholten, 2015).

Queremos afirmar la necesidad de recuperar la empatía hacia quienes han desarrollado un consumo problemático de drogas. En palabras de Gabor Maté, es muy fácil conmovernos con el sufrimiento ajeno, con el hambre, la enfermedad o el dolor, pero en cambio es muy difícil ver en la persona que usa drogas al niño o la niña que alguna vez sufrió hambre, dolor y trauma. Aquellos que desde otros márgenes de la sociedad vemos como los “viciosos” no son criaturas de otro planeta: son seres humanos como nosotros, en otro extremo de un continuum, y, como sociedad, no podemos entendernos sin ver nuestras propias sombras (Maté, 2010, pp. 2 y 37).

Por otro lado, queremos reconocer y exaltar la valentía que hay en reconocernos como seres mortales. Los cuidados paliativos son una invitación a dejar de ver a la muerte como un enemigo. Como nos enseña Gawande, la muerte tiene fuerzas superiores y eventualmente gana, y nos hacemos más daño al intentar ser aquel guerrero que batalla hasta el punto de la aniquilación propia. El trabajo de la medicina no debe ser solamente preservar la vida por la vida misma, sino permitir y facilitar la mejor calidad de vida posible en cada paso, acorde con los deseos de la persona que se acerca al final (2015, pp. 169 y 287). Este libro es una invitación a ampliar la manera como pensamos la dependencia de las drogas y el final de la vida.

CAPÍTULO 1

LA RESPUESTA DEL ESTADO FRENTE AL DOLOR: RETOS PARA GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS OPIOIDES

Para hablar del final de la vida, del tratamiento del trastorno de dependencia de la heroína, y de cómo estos procesos deben estar basados en el respeto por la dignidad humana, es necesario comprender el dolor y entender las maneras en las que opera el alivio, así como las respuestas que el Estado debe dar como garante de sus obligaciones en derechos humanos, en particular del derecho a la salud y del derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Las obligaciones del Estado colombiano lo sitúan en una encrucijada compleja, pues el sistema internacional de fiscalización de sustancias le impone controles a los opioides que, en medio de un sistema de salud con deficiencias estructurales, dificultan el alivio para los pacientes que lo necesitan.

El dolor como manifestación física tiene consecuencias que van más allá de lo físico. Cuando se sufre un dolor severo o crónico, situación común en los pacientes al final de la vida por causa de algunas enfermedades crónicas o terminales, las personas experimentan lo que se ha denominado *dolor total*. Este es un concepto del ámbito de los cuidados paliativos acuñado en el movimiento de hospicios por Cicely Saunders, para hablar de la experiencia del dolor de una manera comprensiva, y reconocer que la experiencia del dolor conlleva, además del componente físico, aspectos psicológicos, emocionales, espirituales, cognitivos y sociales.¹⁸ Nombrar y reconocer el dolor de esta manera requiere que la respuesta para mitigarlo deba ser el cuidado integral, lo cual implica reconocer las necesidades de

¹⁸ Ver Pallipedia, Total pain, en <http://pallipedia.org/total-pain/>

toda índole del paciente y procurar soluciones para brindar la mejor calidad de vida posible (López-Sánchez y Rivera-Largacha, 2018, p. 341). Si bien este es un concepto que se aplica en la práctica de los cuidados paliativos, puede ser también aplicable a la experiencia de sufrimiento de las personas que dependen de la heroína, cuestión que abordaremos con más detalle en el capítulo 2. Aún cuando los medicamentos opioides operan en el alivio del dolor físico, se puede decir que las barreras para acceder a dichos medicamentos influyen de manera negativa sobre cada una de las otras esferas del dolor total, y generan un grave sufrimiento para pacientes, familias y allegados.

Por su parte, la experiencia del síndrome de abstinencia comprende componentes tanto de dolor físico como psicológico. Las personas con síndrome de abstinencia sufren de náusea, vómito, sudoración extrema, frío extremo, insomnio, ansiedad, temblores, debilidad, por mencionar algunos. Los relatos de quienes han atravesado los duros días del “mono”, la “maluquera” o el “torquis”¹⁹ hablan también del dolor emocional, al enfrentarse a la privación de una de las cosas que ha hecho tolerable la vida, y anticipar una fase de pérdida y transformación que se torna psicológicamente dolorosa. Al momento de iniciar una desintoxicación, las personas atraviesan los pasillos del dolor de la historia personal, pues deben enfrentarse a abandonar las drogas, algo en lo que han encontrado alivio y sosiego (Szalavitz, 2016, p. 33). La vida después de la desintoxicación es, entonces, un reto no solo físico, sino también emocional y psicológico. La metadona puede aliviar los síntomas físicos, pero se necesita mucho más que metadona para poder atravesar las pérdidas y angustias de los síntomas emocionales y mentales que se experimentan al abandonar la heroína.

En ambos casos, parte de la respuesta al dolor físico está en los medicamentos derivados de la amapola, o los compuestos sintéticos que emulan su composición química. Los opioides son analgésicos con efectividad comprobada para síntomas específicos, al ingresar al cuerpo se adhieren a los receptores opiáceos, que tramitan las sensaciones de placer, gratificación y dolor. Su eficacia se deriva de su actuar sobre el sistema opioide del cerebro, y de simular el efecto de las endorfinas –las que nos hacen sentir bien–, para que así el cuerpo no sienta más el dolor (Ministerio de

19 Estos son tres de varios nombres que se le dan al síndrome de abstinencia en los círculos de consumo de heroína.

Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33). Pero los opioides, además de estos efectos sobre el sistema nervioso central, tienen efectos sobre el sistema gastrointestinal y sobre la médula espinal (Brailowsky, 2002, p. 134). Uno de los efectos fundamentales de los opioides se da sobre la *experiencia* del dolor, pues operan sobre una serie de receptores a través del cuerpo que alivian la experiencia molesta de los mismos. No es que el individuo no sienta el dolor, sino que ya no lo percibe como tal.

Químicamente, el cuerpo humano produce constantemente opioides: las endorfinas, que nos hacen sentir bien y operan sobre los mismos receptores de los medicamentos opioides. Las endorfinas, al ser liberadas en el cuerpo, permiten tolerar niveles más altos de dolor. Lo que hacen los opioides es básicamente simular una liberación de endorfinas en el cuerpo. Cuando hay dolor, existe un amplio catálogo de medicamentos opioides para manejarlo: opioides débiles como la codeína y el tramadol, y después los fuertes como la morfina, hidromorfona, metadona, fentanil, oxycodona, tapentadol, buprenorfina, entre otros.²⁰

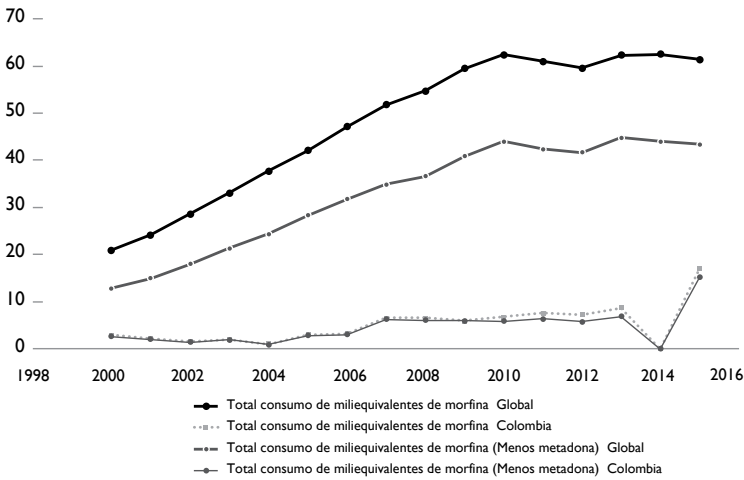
De esta manera, el consumo de medicamentos opioides de un país es uno de los indicadores aproximados para identificar el nivel de manejo efectivo de dolor. Si bien en los últimos años Colombia ha tenido un aumento significativo del consumo de miliequivalentes de morfina –pasando de 3 mg/per cápita en 2005, a 17 mg/per cápita en 2015, según la más reciente Encuesta Nacional de Opioides (OCCP, 2018),²¹ este consumo se concentra en ciudades grandes e intermedias del país, lo que demuestra que hay una disparidad a nivel nacional en el alivio al dolor. Como se puede observar en la gráfica 1,²² el consumo definitivamente ha aumentado a través de los años, pero aún el país está muy lejos del promedio global de 61,49 mg/per cápita.

20 Para un listado del portafolio de opioides disponible en Colombia, ver Anexo 1.

21 Disponible en <http://occp.com.co/wp-content/uploads/2018/11/disponibilidad-y-accesibilidad-a-medicamentos-opioides-en-colombia.pdf>

22 El vacío de información de 2014 se debe a que, a pesar de que el Estado colombiano reportó ante la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), esto no quedó registrado.

Gráfica 1
Consumo total de opioides en Colombia por año



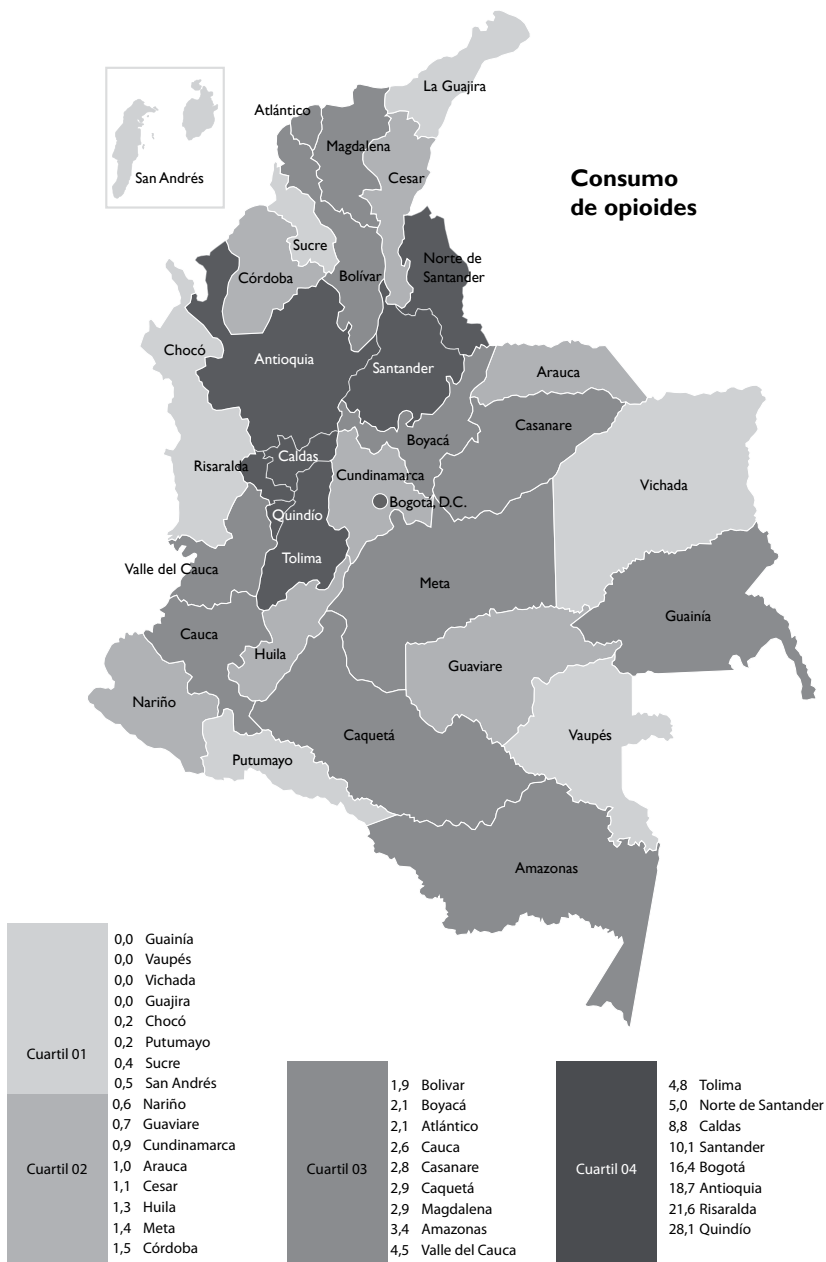
FUENTE: elaboración propia con datos del Pain and Policy Studies Group (PPSG).

Como se observa en el mapa 1, la concentración del uso de opioides es notoria en departamentos como Quindío, Risaralda, Antioquia y Santander. Sin embargo, en 16 de los 32 departamentos del país, el consumo de opioides se encuentra por debajo de los 2 mg/per cápita, lo que indicaría que hay un manejo deficiente del dolor en una porción significativa de la población del país.

Para entender la respuesta del Estado frente al dolor y la garantía del derecho a la salud, este capítulo está dividido en cuatro partes. En la primera hablamos de la encrucijada en la que están los opioides, al ser parte del paquete de medicamentos esenciales de acuerdo con los estándares internacionales de salud, pero al mismo tiempo ser sustancias fiscalizadas por el sistema internacional de control de drogas. En la segunda parte explicamos el papel que juegan los opioides en el manejo del dolor en el contexto de los cuidados paliativos, y en la tercera haremos lo propio para el caso del tratamiento a la dependencia de la heroína. En la cuarta y última parte describiremos de manera general los mecanismos diseñados por el Estado colombiano para garantizar el acceso y la disponibilidad a los medicamentos opioides, así como los retos que enfrenta para que estos principios se cumplan en la práctica.

Mapa 1

Consumo de opioides por departamento



FUENTE: Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. <http://occp.com.co/region/mapa-opioides/>

Medicamentos opioides: en la encrucijada entre esenciales y controlados

A nivel cerebral, el dolor físico y el dolor emocional se procesan en la misma parte del cerebro, en regiones en las que abundan receptores a los opioides (Szalavitz, 2016, p. 34). El dolor físico causado, por ejemplo, por un cáncer metastásico, puede ser entonces hasta cierto punto equiparable al dolor emocional de la angustia por la cercanía de la muerte, y a su vez al dolor de tener que dejar la heroína y superar la dependencia, pues se tratan a nivel cerebral desde el mismo lugar y con los mismos receptores. Son experiencias de *dolor total*.

Además, estas experiencias son transformadas por el significado que le damos al dolor, sea por vivencias previas, o por el contexto en el que suceden. Está demostrado entonces que el dolor se siente más agudo cuando están involucrados el miedo y la preocupación. Es plausible que en las dos situaciones –ser un paciente en el final de la vida o una persona que usa heroína– el miedo y la preocupación sean una constante en el proceso que haga el dolor más intenso. Todo ello apunta, una y otra vez, a la evidente necesidad de que los medicamentos opioides sean parte integral del abordaje en salud para estas personas, y sostiene el argumento de que las falencias en su disponibilidad y acceso son violatorias de los derechos humanos, entre ellos, el derecho a la salud y el derecho a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Estas sustancias fueron clasificadas en el régimen internacional de fiscalización de sustancias en 1961 como prohibidas, a través de la Convención Única de Estupefacientes, ratificada por Colombia.²³ La amapola y sus derivados hacen parte de las plantas prohibidas por la Convención Única de 1961,²⁴ en el listado 1 –aquellas sustancias con el régimen de control más estricto–. A su vez, y reconociendo que las sustancias controladas tienen usos médicos y científicos, la Convención requiere de los Estados parte que haya estructuras para manejar el cultivo, la manufactura, la exportación e importación de amapola y sus derivados. Para este fin, en Colombia contamos con el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), cuya estructura, funciones y retos presentaremos más adelante.

23 Ratificada mediante Ley 13 de 1974.

24 La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes es un tratado internacional mediante el cual se someten a fiscalización algunas sustancias psicoactivas, como la marihuana, la cocaína y los opioides, entre otros.

Los opioides, además de ser controlados, son también esenciales. Muchos de los medicamentos derivados del opio han sido incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un apartado dedicado a los analgésicos de tipo opioide²⁵ (WHO, 2017, p. 2). En su versión más actualizada, están incluidas varias presentaciones de morfina, y la metadona en la lista complementaria.²⁶

El sistema internacional de fiscalización de drogas ha generado una extraña paradoja, pues si bien el preámbulo de la Convención de 1961 habla del bienestar de la humanidad, y de la necesidad de garantizar las sustancias controladas para fines médicos y científicos, la realidad es que el exceso de control ha hecho imposible para muchas personas acceder a opioides cuando más lo necesitan. Este no es solo el caso de Colombia, pues como reporta la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), a nivel mundial solo una de cada seis personas con dependencia de SPA accede a tratamiento (United Nations, 2018), y además se estima que 5 mil millones de personas viven en países donde no hay acceso a medicamentos para el alivio del dolor (European Society for Medical Oncology, s. f.).

La aplicación de estas normas a nivel nacional se da a través del control y la represión de cada fase de la economía de SPA, desde la producción hasta el consumo. Esta dinámica ha derivado en el fenómeno de “obligaciones cruzadas”, expresado en las tensiones que hay entre el cumplimiento de las obligaciones de estos tratados, que a su vez derivan en el incumplimiento de las obligaciones del sistema internacional de los derechos humanos (Uprimny, Guzmán y Parra, en prensa). Diversos organismos internacionales de derechos humanos han llamado la atención sobre esta encrucijada. Las faltas de los Estados, a través de sus sistemas de salud, en proveer medicamentos esenciales de tipo opioide han sido consideradas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al

25 Ver Anexo 1, Listado de medicamentos opioides.

26 Cabe anotar que la naloxona, medicamento para revertir sobredosis de opioides, si bien no está en la lista de medicamentos controlados, es de difícil acceso en Colombia pues solo se encuentra disponible en entornos hospitalarios. El cuerpo humano tiene numerosos receptores opioides en el tallo cerebral, región que regula procesos fundamentales para la supervivencia como la presión arterial y la respiración. Es por ello que, ante una sobredosis de opioides, el riesgo de muerte es muy alto y, en esos casos, la naloxona es esencial para revertirla (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33).

disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (en adelante, Relator Especial sobre el derecho a la salud), y el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en adelante, Relator Especial sobre la tortura), como violaciones de los derechos humanos.

En años recientes, el propio sistema de fiscalización se ha percatado de los efectos colaterales de la prohibición en lo que se refiere a disponibilidad de sustancias con fines médicos y estos debates resonaron en la escena multilateral. Para la Ungass (2016),²⁷ un grupo de mecanismos especiales del sistema de derechos humanos de Naciones Unidas dirigió una carta conjunta al presidente de la Asamblea General y a UNODC, y tomó la oportunidad política que representaba esta negociación para incluir estándares de derechos humanos en el marco regulatorio de las drogas y pedir que se hiciera referencia al acceso a medicamentos controlados y a tratamientos para la drogodependencia basados en la evidencia. En efecto, el documento de resultados de Ungass 2016 toma en cuenta estas dos urgencias e incluye un capítulo dedicado a recomendaciones operacionales en la materia (UNODC, 2016).

A pesar de los debates que se han venido dando a nivel global sobre la importancia de que los medicamentos estén disponibles y sean de fácil acceso para quienes los necesitan, en la práctica los pacientes siguen sufriendo las consecuencias de que estos medicamentos tengan un carácter controlado. Las consecuencias de las restricciones son graves y tienen impactos diferenciados dependiendo del país donde la persona se encuentre. La Comisión Lancet sobre cuidados paliativos y alivio del dolor ha nombrado esta crisis como el “abismo de acceso”, abismo en el que las personas más pobres terminan sufriendo más. Según el reporte de la Comisión, de las 298,5 toneladas métricas de opioides equivalentes a la morfina, apenas 0,1 de tonelada métrica llega a los países de ingresos bajos (Knaul *et al.*, 2018, p. 1). Mientras el sistema de fiscalización de drogas gasta 100 mil millones de dólares en aplicar la prohibición a nivel global, se requeriría la suma de 145 millones de dólares para cerrar el abismo de acceso a opioides en países de ingresos medios y bajos (p. 4). A nivel personal, la falta de alivio del dolor o de manejo del síndrome de abstinencia para superar una adicción impactan la calidad de vida de las personas, sus

27 Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas, celebrada en abril de 2016.

proyectos particulares, las relaciones familiares y sociales, y las capacidades para generar un ingreso para sí mismas.

El carácter controlado de los medicamentos opioides, además, impacta la práctica de los profesionales de la salud cuyas prevenciones sobre las sustancias en muchos casos se convierte en una barrera de acceso adicional para los pacientes. En un estudio titulado “Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study” (Berterame *et al.*, 2016), se identificaron y agruparon los factores que limitan el acceso y la disponibilidad de opioides en diez categorías. Los autores del estudio enviaron un cuestionario a autoridades nacionales en 214 países, para estimar los determinantes del uso de opioides en estos. Como se observa en la gráfica 2, para el caso de América Latina y el Caribe casi la mitad de las respuestas hace referencia a los recursos financieros limitados como el principal impedimento, seguido de la falta de conocimiento en el manejo de opioides, las actitudes culturales frente al dolor, así como del miedo a las sanciones y a la adicción o, en otras palabras, debido a la opiofobia.

Gráfica 2
Factores que limitan el uso de opioides en América Latina y el Caribe



FUENTE: elaboración propia con base en Berterame *et al.* (2016, p. 10).

La Comisión Lancet define la opiofobia como “los prejuicios y falta de información acerca el uso médico apropiado de opioides en el contexto de un enfoque balanceado que reduce los riesgos del uso no-médico” (Knaul *et al.*, 2018, p. 8). Otros autores lo han definido como el miedo compartido por agencias regulatorias, profesionales de la salud, pacientes con dolor crónico o agudo y sus familias, que desconocen el hecho de que hay estudios que confirman que el riesgo de dependencia entre estos pacientes es inusual (MD Magazine, 2011).

Todo ello pone de relieve que una porción importante de las barreras que se enfrentan hoy en día se puede minimizar con mejor formación a los profesionales de la salud y simplificación de las regulaciones existentes (Berterame *et al.*, 2016).

De esta manera, las “obligaciones cruzadas” para los Estados en materia de control, disponibilidad y acceso a medicamentos opioides tiene una implicación directa en la garantía del derecho a la salud y del derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, como se explicará en el siguiente apartado.

El alivio del dolor como garantía del derecho a la salud y del derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a la salud ha sido reconocido por diferentes instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce que el derecho de todas las personas a un nivel de vida adecuado incluye el derecho a recibir asistencia médica (art. 25). Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12).

A nivel regional, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que todas las personas tienen derecho a que su salud sea preservada (art. XI), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) reconoce el derecho a la salud en los mismos términos que el Pidesc, y establece una serie de medidas mínimas para garantizar ese derecho como son la atención primaria en salud, la universalidad del servicio, y la prevención y el tratamiento de enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.

El derecho a la salud, consagrado en el artículo 14 del PIDESC, es un derecho humano fundamental, cuyo contenido está integrado no solo por “el derecho a estar sano”, sino por el *derecho al más alto nivel posible de salud*, lo que entraña libertades y derechos en las decisiones frente al propio cuerpo, así como la garantía de tener el mayor bienestar mental posible, lo cual requiere estar libre de dolor. El acceso a la lista de medicamentos esenciales definida por la OMS se ha catalogado como parte constitutiva del derecho a la salud y en obligación básica que los Estados deben garantizar, como indica la Observación General No. 14 de 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre el derecho a la salud.²⁸ Además, el Comité DESC indica que es obligación de los Estados respetar el derecho a la salud, que incluye la prestación de atención paliativa en salud.²⁹

Así, la Observación General No. 14 del Comité DESC reconoce que el derecho a la salud es “fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. De la misma manera, esta Observación General establece que el derecho a la salud abarca una serie de elementos esenciales que los Estados deben garantizar para que las personas que habitan en su territorio alcancen el más alto nivel posible de salud física y mental, a saber:

Accesibilidad: implica que todas las personas sin distinción alguna puedan acceder a los servicios de salud. Para ello los establecimientos que prestan estos servicios deberán tener en cuenta los enfoques diferenciales, garantizar la accesibilidad física y económica a los servicios y facilitar el acceso a la información para los pacientes.

Aceptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de las diferentes culturas de los pacientes.

Calidad: las instituciones que prestan servicios de salud deberán contar con “*personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas*” (énfasis agregado).³⁰

En su informe de 2016 sobre los vínculos entre el derecho a la salud y la Agenda 2030 de desarrollo sostenible, el Relator sobre el derecho a

28 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General No. 14, 2000, párr. 12 y 43.

29 *Ibid.*, párr. 34.

30 *Ibid.*

la salud resaltó que las normas jurídicas profundizan las condiciones de desigualdad y discriminación hacia ciertas poblaciones, y que estos factores hacen que dichas poblaciones resulten excluidas de los servicios de salud, o teman acercarse a ellos. En particular, pone de relieve la situación de personas que usan drogas y de las personas que sufren dolor al final de la vida: “las leyes que penalizan el consumo de drogas pueden empujar a las personas que las consumen a abandonar los servicios de reducción del daño vitales (meta 3.3/3.5). Las políticas restrictivas o punitivas en materia de drogas pueden privar a las personas que sufren dolor de su derecho a atención paliativa” (Púras, 2016, párr. 46).

El Relator sobre el derecho a la salud resaltó en 2010 que el énfasis del tratamiento en modelos que no están basados en la evidencia y que muchas veces se imponen de manera obligatoria a las personas hacen que se sufra el síndrome de abstinencia sin opioides, y ello se ve reforzado por las barreras administrativas que dicta el régimen de fiscalización sobre estas sustancias (Grover, 2010, párr. 36), como detallaremos en el capítulo 2 sobre la experiencia de las personas que usan heroína.

Por su parte, en su informe de 2013, el Relator Especial sobre la tortura profundizó sobre la conceptualización del marco de protección contra la tortura y malos tratos en relación con la prestación de servicios de salud, y señaló que “la denegación de atención médica interfiere de forma esencial con el derecho a la salud” (Méndez, 2013, párr. 55). Así, el Relator considera como violaciones al derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes: 1) la negación de los medicamentos necesarios para aliviar el sufrimiento causado por el síndrome de abstinencia en el caso de las PQUD,³¹ y 2) la denegación de tratamientos para el dolor moderado o grave, derivado de las fallas de los Estados en establecer mecanismos para garantizar el acceso a los opioides.³² Concluye

31 *Ibid.*, párrs. 41 y 44.

32 *Ibid.*, párr. 53: “Aunque medicamentos relativamente económicos y sumamente eficaces como la morfina y otros narcóticos han demostrado que son indispensables ‘para mitigar el dolor’, en más de 150 países es prácticamente imposible encontrarlos. Los obstáculos que impiden innecesariamente el acceso a la morfina y que afectan negativamente a su disponibilidad son las excesivas restricciones impuestas por los reglamentos de fiscalización de drogas y, con mayor frecuencia, las interpretaciones erróneas de reglamentos por lo demás correctos; las deficiencias en la gestión del suministro farmacéutico; una infraestructura inadecuada; la escasa prioridad otorgada a los cuidados paliativos; los arraigados prejuicios sobre el uso de opiáceos con fines médicos; y la inexistencia de políti-

el Relator que estas omisiones del Estado, al causar sufrimientos graves, constituyen una violación de los derechos humanos y, en consecuencia, deben ser subsanadas garantizando la disponibilidad y accesibilidad a la lista de medicamentos esenciales de la OMS, al ser esta además una obligación bajo la Convención Única de Estupefacientes de 1961.³³

Los opioides en los cuidados paliativos

En el tránsito al final de la vida marcado por una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, el dolor es una de las principales preocupaciones de la persona enferma y su entorno. Como seres humanos, aunque conscientes de nuestra finitud y mortalidad, esquivamos a menudo la realidad de la muerte, y como sociedad estamos muy lejos de transitar con los ojos abiertos y con honestidad hacia el paso final. Pero aun cuando sea difícil reconocerlo y hablar de ello, en décadas recientes el surgimiento y avance de los cuidados paliativos ha facilitado el proceso de transitar esta etapa final.

En esta sección nos concentraremos en el manejo del dolor al final de la vida desde la perspectiva de los profesionales que se han dedicado al cuidado de las personas en sus últimas etapas, en búsqueda de dar la mejor calidad de vida posible. Hablaremos desde las entrevistas realizadas a expertos, así como desde la literatura especializada.

Los cuidados paliativos, según definición del Consenso de Expertos de la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (International Association for Hospice and Palliative Care - IAHPC), son “la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con *sufrimiento severo* relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores”. En este enfoque de cuidado, según IAHPC, los Estados deben asegurar el acceso a los medicamentos opioides, que son una herramienta fundamental para el alivio y manejo del dolor (IAHPC, 2018).

Se define como *sufrimiento severo relacionado con la enfermedad* aquel que no puede ser aliviado sin una intervención médica, y compromete el funcionamiento social, físico y emocional de la persona.³⁴ Se estima que

caso o instrucciones para profesionales de la medicina sobre el tratamiento del dolor”.

33 *Ibid.*, párrs. 54 y 55.

34 Los cuidados paliativos han sido aplicados en su mayoría a pacientes con

entre quienes fallecen por enfermedades amenazantes para la vida, o quienes viven con enfermedades crónicas que representan sufrimiento serio, hay un total de 61 millones de personas en el mundo, de las cuales el 80 % está en países de ingresos medios o bajos (Knaul *et al.*, 2018, p. 2). Para 2015, el 45 % de los fallecimientos registrados a nivel global fueron de personas que estaban en situación de sufrimiento serio, según el estándar definido por la Comisión Lancet.³⁵ Esto equivale a una población de 25,5 millones de personas.

En el final de la vida, según encuestas realizadas a las personas sobre sus prioridades en ese momento, las más importantes no son prolongar la vida, sino evitar el sufrimiento, fortalecer las relaciones con los seres queridos, estar mentalmente presentes, y no ser una carga para los demás (Gawande, 2015, p. 155). Pero las medidas heroicas, la insistencia en el tratamiento curativo y la sobremedicalización del final de la vida no han permitido que estas prioridades estén en el centro de la atención en salud. A dichas conductas se les denomina la futilidad en la práctica médica, en la que se engloban manejos que no aportan a la salud del paciente, no cambian el pronóstico ni el desenlace, pero sí generan un alto grado de sufrimiento y atrasan la posibilidad de recibir cuidados paliativos.

Hay una diferencia fundamental entre cura y tratamiento. Si bien muchas de las enfermedades que llegan a los servicios de cuidados paliativos no pueden ser curadas, esto no implica que no puedan ser tratadas, y es ahí donde los cuidados paliativos llegan a ser esenciales. Es un tratamiento que no tiene ya como propósito “salvar” una vida, sino aliviar los síntomas que impactan más dramáticamente la calidad de vida del paciente y de las personas que lo rodean. Entre los síntomas que causan más preocupación –física y mental– está el dolor, y el dolor severo que en muchas ocasiones acompaña el deterioro final de enfermedades como el cáncer.

Así, la pregunta que debe anteceder a la prestación de servicios de cuidados paliativos es: ¿Cuándo los médicos deben hacer esfuerzos

cáncer y VIH en las fases finales, pero bajo los estándares delineados por la Comisión Lancet, se considera que hay otras afecciones que también implican sufrimiento severo, a saber: enfermedad cardiovascular, demencia, enfermedad pulmonar, enfermedad del hígado, enfermedad cardíaca no isquémica, y lesiones (Knaul *et al.*, 2018, p. 3).

35 *The Lancet* es una revista médica británica, y en ella se congregan comisiones temáticas. A la que hacemos alusión fue la Comisión de cuidados paliativos y alivio del dolor. Ver <https://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>

curativos y cuándo deben reorientar los esfuerzos al control de síntomas? Además de ser una pregunta ética, sus implicaciones también repercuten en el gasto en salud, en un sistema de recursos finitos que requiere una priorización del presupuesto. En el caso de Estados Unidos, un estudio de 2010 indica que del total de gasto de Medicare,³⁶ el 25 % de los recursos van al 5 % de pacientes que están en el final de sus vidas, y muchos de esos recursos no representan beneficios claros en los últimos meses de vida de estos pacientes (Gawande, 2015, p. 153).

Pero lo cierto es que, en la mayoría de los casos, la pregunta sobre la pertinencia de adelantar esfuerzos curativos no es formulada ni por el personal médico, ni por el paciente ni por sus seres queridos. Esta conversación no ocurre, y entonces el final de la vida se ve invadido por ingresos a urgencias, afanes y azares sin claridad de lo que está pasando y lo que se puede esperar. La ausencia de esta importante conversación tiene dramáticas consecuencias: según un estudio en Estados Unidos de 2008 del proyecto “Haciendo frente al cáncer”, los pacientes que eran sometidos a medidas heroicas –respiración artificial, resucitación, entre otros– tenían peor calidad de vida en la última semana que aquellos que no. También su entorno se veía afectado, pues se mostró que seis meses después del fallecimiento, los cuidadores eran tres veces más propensos a sufrir de depresión severa (Gawande, 2015, p. 155).

Para aliviar el sufrimiento –del cual el dolor hace parte– los opioides juegan un papel fundamental. El dolor, en términos médicos, se clasifica como leve, moderado y severo, según la escala análoga del dolor, herramienta con la cual se ubica el rango del dolor al paciente. Los opioides se usan según el grado y las características del dolor,³⁷ y en ese momento la evaluación profesional en la escala de dolor permite al médico decidir con qué dosis se inicia e ir evaluando para corroborar que haya un efectivo manejo de este síntoma. Es común que, por el miedo a los opioides –ya sea a reacciones adversas o a la conexión cultural que hay entre opioides y muerte–, aun cuando el paciente está experimentando un dolor que podría ser aliviado con el uso de estas sustancias, hay servicios de urgencias que administran dosis muy bajas de morfina y subóptimas para el manejo de ese dolor. Ese miedo es también reforzado o alimentado con

36 Empresa pública de aseguramiento en salud en Estados Unidos.

37 Cabe anotar que el dolor severo no siempre está relacionado con cáncer, ni con final de vida, sino con la evaluación del paciente según la escala de dolor.

la percepción de familiares y seres queridos, que piensan que cuando al paciente le aplican morfina es porque “esto es gravísimo, ya se va a morir, y es lo último que hay” (Entrevista con M. X. León, 2017).

La Comisión Lancet indica que la negligencia para aliviar el sufrimiento se explica por la atención de la medicina en aumentar la productividad y prolongar la vida –atención que, además, reciben el financiamiento y las políticas públicas–, la opiofobia,³⁸ las limitaciones de la movilización y activismo por parte de los pacientes debido a la seriedad de la enfermedad, y el enfoque en controlar las sustancias, mas no en hacerlas disponibles, entre otros (Knaul *et al.*, 2018, p. 1). Esta medicalización de la muerte ha derivado en una práctica de la medicina que se empeña en salvar vidas, dejando de lado la necesidad de reconocer el momento en el que se debe reorientar el esfuerzo curativo hacia un esfuerzo paliativo. Además, la falla en aliviar el dolor físico tiene consecuencias que van más allá de lo físico, como lo ha resaltado el Relator sobre el Derecho a la salud: “Las personas que sufren dolor crónico tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad. Los pacientes con dolor intenso a moderado que en lo fundamental no tienen acceso a cuidados paliativos manifiestan que preferirían morir en lugar de seguir viviendo con dolores intensos sin recibir alivio” (Grover, 2010, párr. 43).

La morfina –y en general los opioides– tiene una vida media en el cuerpo que dura de dos a cinco horas, exceptuando aquellos de liberación prolongada que duran 12 horas (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33). En todo caso, para un paciente con dolor severo y constante, debe entonces haber un manejo permanente del dolor. Dependiendo de la vía de administración, el medicamento debe tener una concentración y periodicidad distinta, para lo cual los profesionales de la salud deben contar con el conocimiento necesario para poder formular. Sin embargo, este conocimiento en la práctica es limitado pues la formación en prescripción de opioides en medicina es

38 En el informe, la Comisión define la opiofobia como “los prejuicios y falta de información acerca el uso médico apropiado de opioides en el contexto de un enfoque balanceado que reduce los riesgos del uso no-médico” (Knaul *et al.*, 2018, p. 8) (traducción propia). En otro artículo se define como un miedo compartido por agencias regulatorias, profesionales de la salud, pacientes con dolor crónico o agudo y sus familias, que desconocen el hecho de que hay estudios que confirman que el riesgo de dependencia en estos pacientes es inusual (MD Magazine, 2011).

en el mejor de los casos básica, mientras que en muchas otras disciplinas, como por ejemplo enfermería, no hay formación en manejo de opioides.

Las vías de administración de los opioides son cruciales para los cuidados paliativos, pues al final de la vida hay una serie de factores que pueden desencadenar que el paciente ya no pueda tragar (la vía oral) o que ya no se le pueda inyectar (intravenoso).³⁹ Para cada necesidad hay entonces algún tipo de presentación de los opioides, y por ello es esencial que las asociaciones profesionales cuenten con diálogos constantes con las autoridades regulatorias de medicamentos para poder evaluar qué presentaciones puedan hacer falta en el país.

Como con muchos medicamentos, hay efectos secundarios que deben ser advertidos y monitoreados, como son náusea, somnolencia y vómito, entre otros, que son manejables si se inicia con dosis bajas, que deben ser aumentadas paulatinamente dependiendo de las reacciones del paciente. Cabe anotar que hay una sobrestimación sobre la gravedad de los posibles efectos secundarios de los opioides que ha derivado en que ni los médicos quieren prescribirlos o administrarlos, ni los pacientes lo quieren recibirlos, ello se deriva de la falta de educación al personal de salud.

Además, las barreras de acceso a opioides que exploraremos más adelante en este estudio están fundamentadas en un sistema de control de drogas que parece cimentarse en el miedo a que su disponibilidad pueda desencadenar una oleada de muchos casos de adicción. Pero al revisar la evidencia científica disponible es claro que el sistema de control y fiscalización de opioides se puede calificar como excesivo, en tanto el riesgo de adicción a las sustancias controladas, en manos de personas formadas, y con el seguimiento adecuado, no es tan alto como el miedo a prescribirlas. Un metaanálisis de 2006 revisó investigación internacional que cubría alrededor de seis mil pacientes que habían recibido opioides para el manejo de dolor no derivado del cáncer, y concluyó que no había riesgo significativo de adicción (Maté, 2010, p. 141).

Aliviar el dolor en el final de la vida les permite a los pacientes tener la capacidad tomar de manera autónoma sus decisiones sobre el proceso. Frente a la pregunta de familiares y amigos “¿se está muriendo?”, la respuesta de los profesionales de la salud se ve afectada por el uso de tecnologías

39 La administración de opioides por vía oral es la que menor efecto tiene (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33).

médicas. Seguimos vivos con nuestros órganos vitales conectados a máquinas de las cuales depende nuestra respiración, pero sin la posibilidad de tomar decisiones sobre nuestro final (Gawande, 2015, p. 158).

Así, para poder tomar decisiones de manera autónoma sobre el final de la vida la información es imprescindible. La persona necesita conocer su pronóstico médico y el posible deterioro que sufrirá. Sin embargo, en el desbalance de información entre médico y paciente hay varios elementos que no son comunicados a tiempo e impiden dicho proceso. En el 2000, el sociólogo Nicholas Christakis encuestó a médicos que atendían a cerca de 500 pacientes en estado terminal acerca del estimado del tiempo de supervivencia que estos tenían. En el estudio se siguió a este grupo de pacientes y se encontró que el 63 % de los médicos sobrestimaron el tiempo de supervivencia, y no por poco, sino por un promedio de 530 % más de vida que la que realmente vivieron (Gawande, 2015, p. 167).

Para que los cuidados paliativos estén al alcance de todos los pacientes que lo necesitan se requiere un cambio radical en el modo como opera la medicina hoy. En la medicina la meta es prolongar la vida, y esto se hace a menudo con el costo de deteriorar la calidad de esta por un periodo determinado, para poder extenderla, pero en condiciones que no son dignas. En los cuidados paliativos se invierten las prioridades, pues el objetivo y esfuerzo se concentran en alcanzar la mejor calidad de vida posible, y esto no siempre es sinónimo de prolongar la vida. De esta manera, en cuidados paliativos, en tanto haya habido un acompañamiento sostenido que permita establecer una relación entre el equipo médico, el paciente y la familia, las decisiones al final son temas que se han discutido y se puede llegar a vivirlas con mayor tranquilidad.

Dependencia de la heroína y tratamiento con opioides

El tratamiento asistido con medicamentos se usa en el caso del trastorno de dependencia de la heroína, pero para entender cómo funciona es necesario primero entender en qué consiste la dependencia de las sustancias. Es una problemática ante la cual las sociedades parecieran preferir cerrar los ojos que reconocer la realidad, y quienes trabajan en este campo nos mostraron su conciente decisión de buscar soluciones para poblaciones abandonadas, respetando siempre la dignidad y la autonomía. Para esta sección nos concentraremos entonces en hablar sobre la experiencia y el

estudio de los trastornos por uso de sustancias, desde la perspectiva de expertos y revisión de literatura especializada de personas que se han dedicado a acompañar a estas poblaciones.

Alrededor del uso problemático de SPA hay un enorme debate sobre sus definiciones, pues el consumo de drogas ha resultado politizado y moralizado en medio de la prohibición. En particular, hay varios debates sobre si se debe tratar como una enfermedad o como condición psicosocial.⁴⁰ Si es tratada como una enfermedad, se tiende a veces a sobremedicalizar la problemática, y a desconocer los factores psicosociales asociados, pero al no reconocerlo como enfermedad, se corre el riesgo de desconocer la necesidad del uso de medicamentos en el tratamiento para la dependencia. Independientemente del debate –que está atravesado por motivaciones morales, políticas y sociales– es importante subrayar que el trastorno de dependencia de las SPA es un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional. Los modelos explicativos son diversos y de ellos deriva una manera particular de abordar el fenómeno. Hay una heterogeneidad de causas, consecuencias y componentes asociadas al consumo de drogas, pues se trata de la interacción de un individuo –con todas sus características sociales y biológicas– con unas sustancias que tienen mecanismos de acción sobre el cerebro. La diversidad de los modelos explicativos es una respuesta a la misma complejidad de la interacción entre esta multiplicidad de factores.

Para los fines de esta investigación nos acogemos a la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE10), que se refiere al trastorno mental y de comportamiento por uso de opioides en su estado de dependencia como un grupo de fenómenos fisiológicos, de comportamiento y cognitivos en los que el uso de una sustancia adquiere mayor valor que cualquier otro comportamiento (WHO, s. f.).

La dependencia de los opioides conlleva un costoso sufrimiento para el individuo y su red de apoyo. El documento de OMS-Unodc-Onusida

40 En medio del debate hay ahora propuestas de modelos explicativos en los que la adicción se cataloga como un trastorno del desarrollo, es decir, una condición de la misma índole que el autismo o el déficit de atención. Szalavitz define la adicción como “una relación aprendida entre el tiempo y patrón de la exposición a las sustancias y otras experiencias potencialmente adictivas, y las predisposiciones de la persona, el ambiente cultural y físico, y las necesidades sociales y emocionales” (2016, p. 4).

subraya que los costos sociales, emocionales y de salud incluyen desempleo, habitabilidad en calle, disrupción familiar, inestabilidad social, elevado riesgo de muerte prematura, y en el caso de uso por vía inyectada, aumento del riesgo de transmisión de enfermedades como VIH, hepatitis B y C. La tasa de mortalidad para personas que usan heroína es entre 6 y 20 veces más alta que la de la población general en la misma edad y sexo (WHO, Unodc y Unaid, 2004, pp. 4-5).

En la CIE10 se describen como elementos constitutivos de una dependencia de opioides:

- Deseo fuerte o sensación de compulsión para usarlos.
- Dificultades en el control del comportamiento de consumo de opioides.
- Síndrome de abstinencia cuando se han suspendido o reducido los opioides.
- Evidencia de tolerancia, manifiesta en la necesidad de aumentar la dosis para obtener el efecto originalmente producido por dosis más bajas.
- Progresiva negligencia a placeres e intereses alternativos.
- Persistencia de uso de opioides a pesar de evidencia clara de consecuencias negativas.

El trastorno de dependencia de las SPA como condición médica o psicológica es una condición compleja, que tiene implicaciones y condiciones estructurales de tipo neurológico, biológico, químico, psicológico, médico, emocional, social, político, económico, cultural y espiritual. Las motivaciones del consumo, así como sus consecuencias, están imbuidas en una compleja red de interacciones en un solo sujeto. Esta situación multifacética hace que llamar a la dependencia una “enfermedad” sea una trampa que no permite reconocer las otras facetas que interactúan en el proceso. Ver el consumo “únicamente” como una enfermedad implicaría además que sus soluciones son puramente médicas, y este no es el caso. Si bien las trayectorias de vida de las personas que consumen drogas de forma problemática tienen muchas características de enfermedad y requieren soluciones médicas, no se trata solo de eso, sino de esa situación en conjugación con todos los demás factores (Maté, 2010, p. 138).

De otra parte, cabe anotar que la edad es un factor importante para considerar el momento de exposición a la sustancia, en tanto la maduración del cerebro hace que la susceptibilidad sea más alta en la adolescencia. Así, los estudios muestran que la adicción es muy baja entre personas

que han probado drogas después de los 25 años (Heyman, 2013), y en algunos casos la persona puede recuperarse sin tratamiento (Dawson *et al.*, 2005). El 90 % de las adicciones inician en la adolescencia, y la mayoría de ellas se han superado al llegar a los 30 (Szalavitz, 2016, p. 4). Pero hay una porción de la población, estimada entre el 10 y 20 % del total de las personas que prueban drogas, que desarrollan una adicción de la que no se recuperan sin tratamiento, que son, para objeto de este estudio, la población analizada.

Este grupo poblacional tiene algunos elementos comunes: trayectorias significativas de trauma en la infancia o preexistencia de enfermedades mentales. Según estudios realizados en Estados Unidos, dos tercios de las personas que desarrollan adicción han tenido al menos una experiencia traumática en la infancia, incluyendo abuso emocional, físico y sexual, violación, abandono, pobreza y pérdida de seres queridos (Szalavitz, 2016, p. 65). Sin embargo, la ocurrencia de estas tragedias personales no es un destino inevitable hacia la adicción, pues los eventos se tramitan de manera subjetiva por cada individuo: algunos interpretan el trauma sin que ello desencadene una adicción y, en cambio, desarrollan una enorme resiliencia a condiciones adversas, pero en algunos otros casos sí puede desencadenar comportamientos autodestructivos que, al ser desarrollados en la infancia, acompañan la adultez con las consecuencias del uso problemático de drogas.

En el caso de los usuarios de heroína por vía inyectada en Estados Unidos, un tercio ha experimentado violencia sexual, y el 50 % de las personas que padece de adicción han sufrido abuso emocional y negligencia física, lo que ha sido catalogado como la experiencia de la “infancia destruida” (Szalavitz, 2016, p. 65). Los efectos químicos de la heroína en el cerebro podrían explicar una suerte de automedicación para aliviar el dolor del trauma o de las enfermedades mentales: la analgesia que producen los opioides tiene su manifestación sobre los sistemas cerebrales que procesan las sensaciones afectivas, lo que permite mayor tolerancia al dolor emocional, y hasta cierto punto una indiferencia emocional (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33). Para personas que han sufrido traumas en la infancia, o que padecen de enfermedades mentales no diagnosticadas o tratadas, esta indiferencia emocional hace de la heroína una sustancia deseable en tanto sus efectos hacen llevadera una vida difícil.

La heroína brinda la sensación de silenciar las emociones. Muchas personas que han desarrollado adicción a esta droga sufren de algún trastorno en el espectro del autismo, por lo cual son particularmente sensibles a la intensidad de las emociones y la posibilidad de calmarlas es casi un regalo. Relata Szalavitz sobre su propia experiencia que al ingerir heroína: “cada átomo de mi cuerpo se sentía calmado, seguro, alimentado, satisfecho, y lo más importante de todo, amado” (Szalavitz, 2016, p. 13).

Esos elementos comunes llevan a concluir que en muchos casos “drogarse” opera como un mecanismo de automedicación para aliviar problemas y dolores subyacentes en el individuo. La hipótesis desarrollada por Khantzian (1985) explica que las sustancias que los individuos escogen no son al azar, sino que es una selección que expresa la interacción entre los efectos psicofarmacológicos de las sustancias y la lucha por aliviar el dolor dominante que sienten y, por lo general, esto se manifiesta en individuos con trastornos psiquiátricos de base.

Los estudios muestran que al menos la mitad de las personas con adicciones tiene alguna otra condición mental, como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, déficit de atención y esquizofrenia. Hay estudios que muestran unas cifras de patología dual de hasta el 98 %. Estos factores que hacen a las personas propensas a desarrollar adicción además interactúan con el proceso de desarrollo del individuo, con su entorno familiar, educativo, económico y emocional (Szalavitz, 2016, p. 39). Los factores culturales y la manera como las personas aprenden a concebir, a analizar y a tramitar sus propias experiencias, particularmente aquella vividas a temprana edad, son cruciales para comprender los trastornos por dependencia.

Algunos estudios longitudinales sobre riesgo de desarrollar adicciones han identificado tres rasgos de personalidad susceptibles de producir dependencia:

- Impulsividad, audacia y deseo por nuevas experiencias, que hace difícil controlar el propio comportamiento. Estas características son más comunes en hombres.
- Tristeza, inhibición y ansiedad, que pueden llevar a algunas personas a automedicarse con drogas para enfrentar sentimientos negativos. Estas características son más comunes en mujeres.
- Rasgos concurrentes, con comportamientos que cambian drásticamente entre ser impulsivos, a estar sobrecogidos por el miedo.

En el caso particular de la heroína, que es comúnmente percibida como una “droga dura” que causa adicción por el simple hecho de probarla, la evidencia es contraria a este mito urbano. Los opioides en particular –a diferencia de drogas generalmente asociadas con la adicción como la cocaína o el bazuco– son administrados en entornos médicos a pacientes por distintos motivos, sea cirugía, dolor crónico o severo, y otras razones. Bajo el cliché social que dicta que la adicción es causada por las sustancias en sí mismas, cualquier persona que consumiera morfina, oxicodona, o hidromorfona tras una cirugía quedaría permanentemente enganchada a la droga, en la sin salida de la “adicción”. La evidencia claramente dicta que este no es el caso, pues la fracción de personas que desarrollan una dependencia de los opioides tras usarlos por fines médicos es muy baja, y tales casos generalmente se pueden atribuir a condiciones que hacían vulnerable a la persona a la adicción y antecedían el consumo de esa sustancia. Además, aunque la heroína tiene unos efectos de bienestar muy deseables, según el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas de Estados Unidos (National Institute on Drug Abuse - NIDA), el 23 % de las personas que la prueban desarrollan una adicción (American Society of Addiction Medicine, 2016).

Es importante subrayar que la exposición, incluso prolongada, a una sustancia que potencialmente genera dependencia no explica completamente el desarrollo de un trastorno. El caso más emblemático es el de los soldados estadounidenses en la guerra de Vietnam, que durante los horrores del conflicto en Asia desarrollaron dependencia de la heroína, pero cuya mayoría (95 %), al terminar la guerra y regresar a casa, tuvieron una recuperación de la dependencia de esta sustancia. Para entender mejor esta aparente paradoja, en 1981 el psicólogo Bruce Alexander desarrolló experimentos con ratas con el fin de comprender mejor los comportamientos frente a las sustancias. Los experimentos de los años sesenta, que habían cimentado la guerra contra las drogas, consistieron en analizar el comportamiento de ratas enjauladas, solo con morfina o agua. Encontraron que las ratas empezaron a consumir morfina de manera compulsiva. Alexander entonces argumentaba que ese consumo compulsivo obedecía a un mecanismo de los animales para manejar el estrés del aislamiento en el que se encontraban: en una jaula, sin nada más.

Con sus colegas construyeron entonces “El parque de ratas”, una jaula que simulaba mejor las condiciones de una vida “normal” que una rata podría disfrutar. Compararon el comportamiento de estas ratas con el de aquellas que estaban enjauladas solo con agua y morfina. Observaron que

las ratas en “el parque” no consumían morfina, mientras que las ratas en la jaula aislada consumían morfina 20 veces más. La experiencia de los soldados de Vietnam ratifica precisamente esto: bajo condiciones extremas de estrés la susceptibilidad a desarrollar una adicción aumenta, pero una mejoría significativa en estas condiciones puede lograr que el comportamiento adictivo se desvanezca (Maté, 2010, pp. 142-146).

Concluye Maté que hay tres factores que han de coincidir en la vida de una persona para que se desarrolle una adicción a una sustancia: un organismo susceptible, una droga con potencial adictivo y el estrés (2010, p. 147). Sobre este último factor, el riesgo de desarrollar una adicción para una persona pobre es más alto, pues la pobreza y el bajo nivel económico y social tienen el poder de aumentar el estrés. Este riesgo se ve mitigado si las redes sociales y de apoyo de la persona son fuertes, pero si en cambio hay soledad y aislamiento, el riesgo persiste (Szalavitz, 2016, p. 91). Esto fue en efecto lo que presenciamos en las cinco ciudades donde las PQUD eran hombres jóvenes, en su mayoría de estratos socioeconómicos con menos recursos, con bajo nivel de escolaridad, y bajas perspectivas de desarrollo o superación de la pobreza. También es cierto que el desarrollo de un consumo problemático desencadena un proceso de movilidad descendente, que lanza a personas con alto nivel de escolaridad a situación de calle (Minjusticia y ODC, 2015, p. 64).

La población que finalmente desarrolla un consumo problemático de heroína –objeto de esta investigación– requiere entonces una atención integral, que incluye atención en salud, pero también otros servicios sociales del Estado que los enlacen con programas de formación, empleo y vivienda. Esta atención en salud, por tratarse de una condición multifacética y compleja, debe cumplir con principios orientadores: respeto a la autonomía y dignidad del individuo, así como el consentimiento informado, aspectos que hacen parte de las recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos en su reporte sobre el derecho a la salud para PQUD (Consejo de Derechos Humanos, 2015).

Naciones Unidas define el tratamiento de sustitución/mantenimiento con opioides, cuyas barreras de acceso exploramos en este texto, como “la administración bajo supervisión médica de una sustancia psicoactiva prescrita, farmacológicamente relacionada con la que produce dependencia, a personas con trastorno por dependencia de sustancias, para lograr objetivos de tratamiento determinados” (WHO *et al.*, 2004, p. 12). Los

opioides más ampliamente usados son la metadona y la buprenorfina, pero en Colombia solo hay disponibilidad de metadona.

El tratamiento de esta condición tiene el potencial de abordar los aspectos sociales y de salud, si se tiene en cuenta que sus objetivos primordiales deben ser: reducir la dependencia de drogas ilícitas, reducir la morbilidad y mortalidad asociada al uso de opioides ilícitos –incluidas enfermedades infecciosas–, mejorar la salud mental y física, y facilitar la integración social y económica. Como se puede notar, el objetivo del tratamiento no es eliminar el uso de opioides, y de hecho, la búsqueda de ese objetivo puede en muchos casos amenazar el cumplimiento de metas de mejoramiento en salud (WHO *et al.*, 2004, p. 8).

Los medicamentos opioides son imprescindibles para el tratamiento y la recuperación de un individuo que quiera reducir su consumo de heroína. Los síntomas del síndrome de abstinencia son devastadores para el individuo y causan enorme sufrimiento. El síndrome de abstinencia de opioides, que dura entre 10 y 15 días, se presenta con náusea, diarrea, sudoración excesiva, dolores, debilidad física, ansiedad severa, agitación, y modo depresivo, entre muchos otros síntomas (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 34).⁴¹

Subrayan las agencias de Naciones Unidas que el tratamiento de sustitución con opioides debe cumplir con los siguientes criterios: las sustancias de sustitución deben ser evaluadas a profundidad, ser administradas por profesionales acreditados en el marco de práctica médica, y se debe realizar monitoreo clínico apropiado (WHO *et al.*, 2004). Para el tratamiento de mantenimiento con metadona, el promedio de la dosis está en 60 mg (Szalavitz, 2016, p. 7), aunque varía entre paciente y paciente. La dosis de metadona debe cumplir con dos funciones: eliminar las ansias de consumir heroína y reducir los síntomas del síndrome de abstinencia. Es un opioide que tiene una vida en el cuerpo más larga que la de los demás opioides, con efectos que duran entre 24 y 36 horas, acumulativos, lo que explica su efectividad en calmar las ansias de consumir y reducir los molestos síntomas de la abstinencia (Ministerio de Justicia y del Derecho

41 Cabe aclarar que el síndrome de abstinencia no es exclusivo de las drogas que pueden causar dependencia, pues se ha demostrado que hay medicamentos antidepresivos que causan síntomas de abstinencia al dejar de tomarlos, pero ello en sí mismo no demuestra que la persona es adicta a los antidepresivos. La adicción tiene una capa adicional que se manifiesta con ansiedad y con posible recaída (Maté, 2010, p. 139).

– Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33). Se ha comprobado que la terapia de mantenimiento con opioides puede reducir la mortalidad hasta un 75 % (Szalavitz, 2016, p. 130). Una revisión de varios estudios, adelantada por el Centro de Investigación Cochrane,⁴² encontró que el mantenimiento con metadona es el más efectivo, y además tiene efectos positivos en la reducción del consumo de heroína (Mattick, Breen, Kimber y Davoli, 2009). Los efectos secundarios son pocos, y alrededor de un tercio de las personas que inicia tratamiento con metadona responde bien al mismo (WHO *et al.*, 2004, p. 14).

A manera de conclusión, es importante resaltar algunos elementos comunes a las dos realidades que requieren de opioides con fines médicos. Un primer rasgo está presente en los trabajadores y profesionales que tratan a estas personas: el respeto. En la práctica de los cuidados paliativos se ejerce un respeto hacia el paciente y sus decisiones, brindando la información más franca posible sobre el desarrollo de su enfermedad y las posibles opciones. Por su parte, en la atención y el tratamiento de las personas que usan heroína, los operadores comunitarios que entrevistamos aplican los principios de la reducción de daños desde el respeto por la persona que consume drogas, por sus decisiones de vida, y por su autonomía para decidir sobre su cuerpo.

Un segundo elemento común entre los dos campos de atención en salud es la perseverancia para buscar soluciones en entornos adversos. Hablar desde el dolor, pero también hablar desde reconocerlo, enfrentarlo, e imaginar una realidad mejor, son rasgos comunes tanto de las personas que sufren como de aquellas dedicadas a tratar el sufrimiento. La medicina paliativa y la recuperación de las adicciones congregan a personas comprometidas con poblaciones que la sociedad pretende ignorar, para no ver las profundas heridas que la vida puede infligir. El coraje y la valentía de las que hemos sido testigos hablan de la posibilidad siempre presente de redención y de alivio. Los sistemas de salud y de fiscalización de drogas están ante la posibilidad de tomar lo mejor de estos dos mundos para hacer real el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud, y esa posibilidad existe en cuanto haya vida.

42 “Las revisiones Cochrane resumen los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados), y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud”, ver <https://es.cochrane.org/es/revisiones-cochrane>

El derecho a la salud en Colombia y su relación con el modelo regulatorio de los medicamentos opioides

En Colombia, la atención en salud es un derecho constitucional. El artículo 49 de la Constitución Política de 1991 establece que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y, en consecuencia, a todas las personas se les deben garantizar los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Por su parte, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) reconoció que el derecho a la salud tiene un carácter autónomo, fundamental e irrenunciable en lo individual y lo colectivo. Este reconocimiento implica que el Estado debe garantizar “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Asimismo, “el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (art. 2) (Congreso de la República, 2015). Igualmente, el artículo 15 de esta ley modificó la manera como se interpreta el alcance del Plan de Beneficios en Salud (PBS), que ya no estaría limitado a una lista exhaustiva de servicios y medicamentos autorizados, sino que contemplaría todos los servicios y las tecnologías que garanticen una concepción integral de la salud, a saber: la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

Por su parte, la Corte Constitucional colombiana, a través de jurisprudencia, ha reiterado que la salud es un derecho constitucional fundamental, lo que implica que el Estado y los particulares que prestan servicios de salud tienen la obligación de “desplegar un conjunto de tareas, actividades o actuaciones encaminadas a garantizar el debido amparo de este derecho”.⁴³ Así, “la garantía básica del derecho fundamental a la salud consiste en que todas las personas deben tener *acceso efectivo a los servicios que requieran (énfasis agregado)*”.⁴⁴

43 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-999 de 2008, M. P. Humberto Antonio Sierra. Porto

44 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-104 de 2010, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

Considerando este marco normativo en materia de salud, las IPS y sus profesionales tienen la facultad para ordenar todos los servicios y medicamentos que consideren necesarios para garantizar la atención integral de sus pacientes, y ello incluye los medicamentos opioides. Por su parte, las EAPB tienen la obligación de garantizar a sus asegurados que estos medicamentos estén disponibles para ellos una vez les han sido formulados.

Así, el marco normativo colombiano que regula tanto el sistema de salud como el sistema de fiscalización de SPA, tiene incorporados los estándares necesarios para garantizar la disponibilidad de sustancias controladas con fines médicos. Sin embargo, y como veremos en los capítulos 2 y 3, estas garantías no se cumplen en la práctica por una serie de barreras estructurales del sistema de salud, del sistema de control de los medicamentos, así como barreras sociales que estigmatizan a los opioides y las personas que se relacionan con estas sustancias.

En Colombia, muchos de los medicamentos opioides, y en particular los más necesarios, hacen parte del PBS.⁴⁵ En el caso del alivio de dolor para cuidados paliativos, los médicos tienen la posibilidad de prescribir varios medicamentos opioides, con la certeza de que las EAPB están en la obligación de garantizar disponibilidad y acceso a estos medicamentos. Incluso, aquellos medicamentos que no hacen parte del PBS, para los cuales se debe surtir un procedimiento adicional, deben ser entregados con prioridad dada la necesidad inmediata de alivio. En el caso del tratamiento a la dependencia de la heroína, la metadona hace parte del PBS, y debería estar disponible para aquellos que quieran ingresar a un programa de metadona para terapia de mantenimiento con este opioide. Por su parte, la naloxona, fundamental para revertir una sobredosis, aun cuando no es un medicamento controlado, no está disponible en escenarios ambulatorios, sino solo en ámbitos intrahospitalarios.⁴⁶

Debido a que estos medicamentos tienen un carácter controlado, la entidad encargada de importar, manufacturar y distribuir, entre otros, opioides controlados al territorio nacional es el Fondo Nacional de

45 Antes conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS).

46 Minsalud elaboró unos "Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad", que incluyen la disponibilidad de la naloxona en entornos comunitarios, ver <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-naloxona-final-2.pdf>

Estupefacientes (FNE).⁴⁷ Las funciones del FNE están reguladas por la Resolución 1478 de 2006, que impone las normas de control para las sustancias fiscalizadas; en su artículo 6 señala que pertenecen al monopolio del Estado (entre otras): la hidromorfona, la morfina, la meperidina, la metadona y el opio, todas ellas en todas sus presentaciones, y las ubica en el listado amarillo de sustancias estupefacientes.⁴⁸ La regulación de estas sustancias en Colombia es razonable, pues delimita unos estándares de control y profesionalización para garantizar que no haya desvío de sustancias hacia otros mercados.

Bajo esta resolución también se le asignan las responsabilidades a los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE), que son las entidades encargadas de garantizar la disponibilidad de opioides en cada departamento y, a su vez, están adscritas institucionalmente a la secretaría, instituto o dirección de salud a nivel departamental, lo que implica que dependen de los recursos departamentales para ejercer sus funciones, particularmente la compra de opioides al FNE. Estos fondos tienen, además, la responsabilidad de generar los recetarios oficiales para la prescripción de opioides (art. 84). Como veremos en los capítulos 2 y 3, son estas las entidades que enfrentan muchos de los retos territoriales para garantizar la disponibilidad de opioides y, además, ejercen la interlocución con las EAPB e IPS para la venta de medicamentos a nivel local. Las normas que rigen la dispensación de sustancias sometidas a fiscalización imponen altos estándares y procesos burocráticos que son usados por las EAPB e IPS como excusas para no disponer de estos servicios a sus afiliados.

En cuanto a las normas generales, toda entidad pública o privada debe inscribirse ante el FNE o el FRE en caso de solo operar en una jurisdicción departamental, para distribuir o dispensar medicamentos opioides. Para el caso de las farmacias, droguerías, EAPB e IPS, esta inscripción debe estar acompañada por una fotocopia de la tarjeta profesional de un químico farmacéutico, así como del contrato laboral con el profesional. Para el caso de IPS de alta y mediana complejidad debe ser exclusivamente un químico farmacéutico y para IPS de baja complejidad, puede ser también un Tecnólogo en Regencia de Farmacia. La persona que cumpla estas funciones debe tener un horario de mínimo ocho horas diarias. Esta

47 El Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) fue creado por la Ley 36 de 1939 y es una unidad administrativa adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

48 Ver Anexo 1, Listado de medicamentos.

inscripción es vigente por cinco años. Este requisito del talento humano necesario para habilitar un servicio de farmacia que dispense medicamentos controlados opera como un desincentivo, puesto que, por un lado, implica altos costos y, por otro, no hay disponibilidad de estos profesionales en ciudades medianas e intermedias, como es el caso de Santander de Quilichao.

Las entidades que quieran prestar algún servicio de distribución de medicamentos fiscalizados deben cumplir con mínimos criterios de infraestructura física (art. 36), así como con un recurso humano (capítulo VII). La norma prevé una manera de sortear esta dificultad, pues se especifica que en aquellos lugares donde no haya los profesionales requeridos, la autoridad departamental de salud deberá expedir un certificado y de tal manera el servicio puede ser operado por directores de droguería o farmacéuticos licenciados (art. 40).

Por último, el capítulo XX de la norma define las infracciones y sanciones ante faltas en las actividades frente a los medicamentos controlados. Estas faltas están categorizadas como leves, graves y muy graves, y las sanciones administrativas son correspondientes a la gravedad. Constituyen fallas aquellas acciones en contra de la norma, como por ejemplo la dispensación sin receta, sin el recetario oficial, o sin el personal adecuado. Las multas van desde 2 SMLV (\$1'562.484) hasta 500 SMLV (\$390'621.000).

Como detallaremos en los siguientes capítulos, muchos prestadores de salud tienen reticencia a prestar el servicio, pues ello implica costos adicionales de operación y surtir procedimientos burocráticos ante las autoridades locales de salud. La norma es razonable, pero en la práctica, en un sistema de salud que está regido por los costos, estas normas operan como un desincentivo para dispensar opioides.

A pesar de que las normas que regulan la venta y distribución de los medicamentos opioides pueden limitar su disponibilidad, en la práctica se ha evidenciado un aumento en el número de medicamentos disponibles en el FNE en el periodo comprendido entre 2012 y 2017, como se observa en la tabla 1. En este periodo, el total de opioides disponibles a nivel nacional aumentó en un 83,21 %. En el caso particular de la morfina y la metadona en sus diferentes presentaciones, el incremento para el mismo periodo fue de 36,9 y 37,7 %, respectivamente.

Tabla 1
Disponibilidad anual de medicamentos opioides monopolio del Estado 2012-2017

Disponibilidad nacional anual de medicamentos opioides monopolio del Estado 2012-2017*						
Medicamento	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hidromorfona HCl tabletas 2,5 mg	39.210	56.074	53.673	71.225	100.429	99.975
Hidromorfona HCl tabletas 5 mg**	2.690	3.623	5.484	3.942	0	0
Hidromorfona HCl Sol. Inyectab. 2 mg/mL	33.904	55.082	67.359	95.660	135.847	173.078
Meperidina HCl Sol. Inyectab. 100 mg/2 mL	35.750	42.477	44.785	35.329	35.727	40.128
Morfina HCl Solución oral 3% oral	61.183	76.188	87.139	83.207	91.690	86.812
Morfina HCl Sol. Inyectab. 10 mg/mL	109.929	141.374	167.949	150.596	172.297	147.268
Morfina HCl Sol. Inyectab. 3%	12.887	20.733	20.002	15.172	17.034	17.950
Metadona HCl tableta 10 mg	37.095	43.783	43.894	42.644	43.033	49.821
Metadona HCl tableta 40 mg	15.027	20.991	18.994	20.906	23.768	21.962
Total opioides	347.675	460.325	509.279	518.681	619.825	636.994

* Cantidades en unidades comerciales.

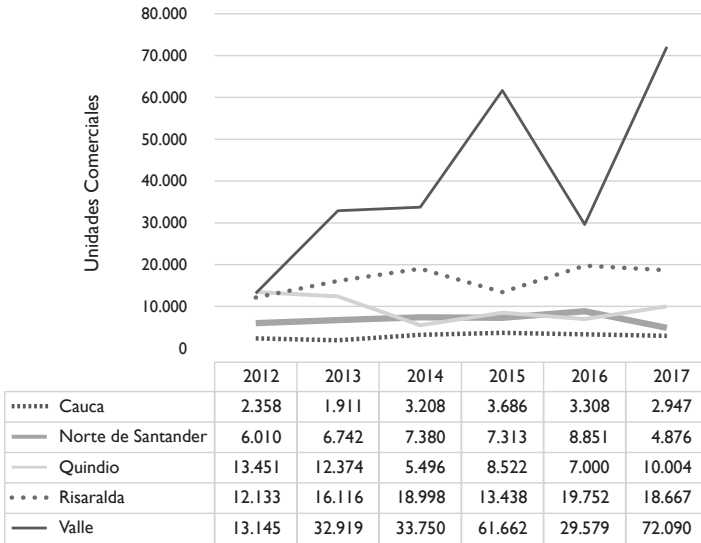
** Comercialización suspendida a partir del segundo semestre de 2015.

FUENTE: Fondo Nacional de Estupefacientes – Respuesta a derecho de petición, 8 de agosto de 2018.

Sin embargo, el incremento en la disponibilidad de los medicamentos opioides no es una dinámica que se comporte de igual forma en los departamentos donde se ubican las ciudades objeto de esta investigación.

Como se observa en la gráfica 3, en el caso de los departamentos del Cauca y Risaralda, entre 2012 y 2017 las unidades de medicamentos opioides se incrementaron solo en un 24,9 y 53,8 % respectivamente, si se comparan con el incremento a nivel nacional. Los casos de Norte de Santander y Quindío son preocupantes, pues hubo una disminución de las unidades de medicamentos opioides disponibles de un 18,8 y 25,6 % respectivamente. El único departamento que evidencia un incremento considerable en la disponibilidad de opioides es el Valle del Cauca, con una cifra del 448,4 %.

Gráfica 3
Medicamentos opioides comprados al FNE
por departamento y año



FUENTE: elaboración propia con datos del FNE - Respuesta a derecho de petición, 8 de agosto de 2018.

Estas cifras evidencian que, a pesar de los esfuerzos del Estado por aumentar la disponibilidad de los medicamentos opioides, aún persisten barreras a nivel local que limitan la garantía efectiva del derecho a la salud y el alivio de las personas en etapa de final de vida, así como de los usuarios de heroína que buscan acceder a un tratamiento de sustitución con metadona. En los siguientes dos capítulos exploramos estas barreras de manera detallada para cada una de estas poblaciones.

CAPÍTULO 2

VIDAS AL MARGEN: USO DE HEROÍNA Y BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO EN COLOMBIA

—¿Cómo describirías el síndrome de abstinencia?

—No, lo peor, lo peor, lo peor que uno pueda sentir, desaliento, se enferma uno, hambre, mejor dicho, ¿qué no le da a uno? Entonces con la metadona puede uno ir bajando la dosis, cortar [la heroína], ya con una pastica que tome uno dura que disque todo el día hasta el otro día, en cambio con esto no, usted por la mañana se inyecta y por la tarde ya está otra vez maluco.

Harold, Pereira, febrero de 2018.

La heroína es un opioide semisintético que resulta de la transformación de la morfina, siendo entre dos y cinco veces más fuerte que esta.⁴⁹ La morfina, a su vez, es un derivado del látex del opio extraído de la amapola (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 32). Es una planta cuyos derivados han acompañado a la humanidad por miles de años, por sus placenteros efectos, por su capacidad analgésica y somnífera, y por el alivio que brinda (pp. 17-19). A nivel global, su producción y uso se empezó a controlar desde finales del siglo XIX y principios del XX,⁵⁰ y el control se materializó finalmente en 1961,

49 Fue sintetizada por primera vez en 1874 y comercializada 20 años más tarde por la farmacéutica Bayer, especialmente en jarabes para la tos (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 32).

50 “La Conferencia de Shanghai que tuvo lugar en 1909 y la Convención Internacional del Opio en 1912 en La Haya, dieron origen al sistema internacional de control y fiscalización de sustancias ilícitas con 13 países signatarios en la época, entre los que encontraban China, Estados Unidos y Reino Unido” (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 19).

con la inclusión en la Lista I de la Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas, que es el de más estricto control, el cual impone sanciones a su cultivo, producción, tráfico y consumo (Transnational Institute, 2015). En Colombia, las sanciones a estas conductas están tipificadas en el Código Penal.⁵¹

El uso de heroína en Colombia es relativamente reciente,⁵² con dos posibles explicaciones para la emergencia del consumo en América Latina: fue causado por la presencia de cultivos de amapola, o fue causado por la introducción del consumo por parte de extranjeros (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 22). Pero lo cierto, como detallaremos en este capítulo, es que el aumento en el consumo es un fenómeno al que subyace la confluencia de múltiples factores que van más allá de la exposición a la sustancia.

Las personas que consumen heroína cargan un estigma adicional al de uso de drogas ilegales, puesto que en su mayoría consumen por vía inyectada y ello parece implicar un más grave rechazo. Si bien la heroína también se consume fumada, el consumo que se ha instalado en Colombia es prevalentemente por vía inyectada, lo que acarrea unos desafíos específicos en salud pública que despertaron las alertas de las autoridades locales y nacionales. El Gobierno nacional emitió en 2015 una exhaustiva compilación de evidencia que da cuenta de la magnitud del fenómeno, los focos del consumo y sus consecuencias en el país.

En este capítulo nos ocuparemos de hablar de las trayectorias de búsqueda de tratamiento para superar la dependencia de la heroína en cinco ciudades colombianas: Cali, Santander de Quilichao, Armenia, Pereira y Cúcuta.⁵³ Para comprender los caminos de búsqueda de alivio y

51 Técnicamente, una sustancia estupefaciente es aquella que causa estupeor, como es el caso de los opioides. Sin embargo, en la legislación colombiana los delitos hablan de “estupefacientes” para referirse a cualquier sustancia ilícita, incluidas aquellas que no son propiamente estupefacientes, sino estimulantes, como es el caso de la cocaína (Scholten, 2015, p. 45). Estrictamente hablando, y según la definición de la OMS, “droga puede ser cualquier o bien toda aquella sustancia que al ser introducida a cualquier organismo es capaz de modificar más de una de sus funciones” (Calzada, 2013, p. 1).

52 El aumento del consumo en Colombia coincide con el aumento de demanda por el tratamiento al consumo de opioides en otros países de la región, como lo identificó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad) en su informe de 2015.

53 En Colombia se ha identificado el consumo de heroína en Bogotá, Mede-

tratamiento se necesita primero comprender las dinámicas del uso de la heroína y sus impactos en la salud física y mental para las personas que la usan. Quienes buscan tratamiento se enfrentan a un conjunto de barreras para el goce efectivo al derecho a la salud que obedecen a distintas índoles: hay barreras estructurales del sistema de salud, barreras del sistema de fiscalización de opioides, y barreras derivadas del estigma que cargan por ser “drogadictos” y por “chutarse”⁵⁴ drogas. La percepción generalizada sobre esta población es que no tiene salida, y hay maneras de referirse a la situación que hablan de que ya están “perdidos en el vicio”, y que son débiles de voluntad.

Así le dijo un médico a la mamá de una persona que hoy lleva varios años sin consumir heroína:

Llega [el médico], se sentó mi mamá y me senté yo pues ahí al frente del psiquiatra y llega el señor, levanta, mira disque “señora, ahí ya no hay nada qué hacer, eso ya después de que cogen ese vicio ya no hay nada qué hacer, esa metadona es para que ellos negocien, la metadona es para alcahuetearles el vicio”, eso dijo el psiquiatra.

El conjunto de estas barreras hace que la vida de una persona que usa heroína esté plagada de violencias y soledades.

Ante el incremento del consumo de heroína en estas ciudades, actores del Gobierno y la sociedad civil han tomado medidas para atender a esta población, y han diseñado y aplicado intervenciones específicas, pero la respuesta sigue siendo dispersa e insuficiente para la demanda presente, como se detallará en este capítulo.

El capítulo se elaboró tomando las fuentes oficiales, los estudios nacionales de consumo y literatura especializada, complementando esto con la información recopilada durante el trabajo de campo en las ciudades estudiadas. Este capítulo está dividido en tres secciones: en la primera sección damos cuenta de la magnitud de la problemática en cada ciudad y las necesidades en salud de esta población; en un segundo momento hablaremos de las respuestas normativas y de política pública que se han aplicado tanto desde el Gobierno como desde la sociedad civil, y los resultados que han tenido esas intervenciones. En esa sección también hablaremos de la falta de respuesta en algunos ámbitos y los impactos que ello tiene

Ilín, Armenia, Pereira, Dosquebradas, Cali, Cúcuta y Santander de Quilichao.

54 “Chutar” se refiere a la práctica de inyectarse drogas.

para las personas que usan drogas. En un tercer momento detallaremos el diagnóstico sobre las barreras de acceso a la metadona para el tratamiento y mantenimiento, resultado del trabajo de campo realizado en el marco de esta investigación.

Los mundos del H⁵⁵ en Armenia, Pereira, Cali, Santander de Quilichao y Cúcuta

En el año 2014, la heroína se compraba en bolsitas pequeñas a un precio promedio de \$7.400 (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, p. 5). Para el consumo inyectado, el polvo se disuelve en agua, generalmente usando una cuchara como contenedor para disolver la droga, se calienta, y ese líquido, absorbido por una jeringa, se inyecta en las venas. El efecto es casi inmediato, tarda apenas 60 segundos sentirse y aproximadamente 15 minutos en los que hay euforia y sensación de bienestar.⁵⁶ La heroína que se encuentra en Colombia se caracteriza por su alta potencia y bajo costo (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, pp. 33-34). Es una de las drogas catalogadas como de mayor peligrosidad, en segundo lugar después del alcohol, por los riesgos que presenta para la persona que la usa y para su entorno (Nutt, King y Phillips, 2010, p. 1561). El informe de 2015 sobre la heroína en Colombia, publicado por el Gobierno nacional, destaca que los indicadores epidemiológicos de los problemas de salud asociados al consumo de esta sustancia demuestran una emergencia en salud pública (p. 7). Lo que encontramos en el marco de esta investigación indicaría que la emergencia aún no ha sido superada y la respuesta ha sido insuficiente para la magnitud del problema.

A nivel global, se estima que en 2015 había un total de 15 millones de personas entre los 15 y 74 años que usaban drogas por vía inyectada, de los cuales un estimado de 1'823.000 estaban en América Latina, de estas el 81 % eran hombres y el 13 % mujeres (Degenhardt *et al.*, 2017, pp. e1198-e1199).⁵⁷ Según el más reciente Informe Mundial de Drogas de la

55 “H” es uno de los términos coloquiales para nombrar la heroína.

56 Los opioides también tienen efectos colaterales, que no son de bienestar, sino incómodos. Algunos de estos efectos negativos son náuseas, vómitos, mareo, estreñimiento y prurito (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 33).

57 En este estudio no se especifica la droga inyectada, de un grupo amplio de drogas que se usan de esta manera, incluidas la heroína, la cocaína y las anfetaminas, entre otras.

UNODC, para 2015 había una población estimada de 34 millones de personas en el mundo que había usado opioides en el último año –incluidos opioides de prescripción médica–. En 2015 hubo 450.000 muertes por uso de drogas, de ellas el 76 % correspondía a uso de opioides (United Nations, 2018).

Las cifras en Colombia sobre la población estimada que usa heroína son escasas y dispersas, con un esfuerzo reciente por caracterizar estas poblaciones en las siete ciudades de consumo. La Encuesta Nacional de Consumo de 2008 encontró que la prevalencia de uso a nivel nacional en el último año era de 4417, y de 3082 en el último mes (Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia y DNE, 2008, p. 102). Cinco años después, la misma Encuesta encontró que 7011 personas habían consumido heroína en el último año y 3592 personas en el último mes (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2014, p. 100). Según los datos del informe del Ministerio de Justicia, para 2014 se estimaba que la población de personas que se inyectan drogas era de 3501 en Cali, 2442 en Pereira, 2006 en Cúcuta y 1850 en Armenia, para un total de 9799 personas en esas cuatro ciudades (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 58). En Santander de Quilichao los esfuerzos por caracterizar a la población consumidora son aún más escasos, y no hay un cálculo estimado de esta población.

Cabe anotar que estas cifras no son suficientes para cuantificar la población consumidora, puesto que, así como hay nuevos consumos constantemente, también hay personas que fallecen por el uso de heroína o problemas de salud asociados, de manera tal que no sabemos con certeza el tamaño de esta población. Los estudios nacionales de consumo, que deberían realizarse cada cinco años, si bien incluyen el consumo de heroína en sus cuestionarios, presentan limitaciones propias de los estudios de hogares que implican que no sabemos si la población consumidora de esta droga esté subrepresentada. Como reconoce el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en su estudio del narcomenudeo, las encuestas de consumo no están en capacidad de alcanzar a tres poblaciones clave: 1) privados de la libertad; 2) internados en tratamiento; 3) personas en situación de calle⁵⁸ (2017, p. 29). Por esta razón, se han realizado estudios

58 En la encuesta nacional de consumo aplicada en 2008, solo 38 personas indicaron haber consumido heroína alguna vez en la vida, y seis en el últi-

sobre heroína específicos a fin de alcanzar estas poblaciones, donde en efecto hay una concentración del consumo.

Otro indicador para aproximarse a la población usuaria de heroína está en los datos del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (s. f.) en los que se reportan ingresos a tratamiento por esta sustancia. Entre 2012 y 2017 se registraron un total de 1681 de casos de ingresos a tratamiento por consumo de heroína. El 80 % de esos ingresos se concentró en los departamentos de Cauca (94 casos), Valle del Cauca (272 casos), Quindío (353 casos), Risaralda (341 casos), y Norte de Santander (299 casos), departamentos donde se encuentran las cinco ciudades objeto de este estudio.⁵⁹ Estas cifras, sin embargo, no permiten dar un panorama ajustado a la realidad por dos razones: 1) no hay manera de saber si cada ingreso corresponde una persona, pues probablemente hay personas que ingresan más de una vez a tratamiento; 2) solo reportan los ingresos a centros de tratamiento habilitados por las autoridades de salud, y lo cierto es que hay muchas personas que acuden a tratamiento en centros ilegales, fundaciones u otras instituciones no formales.

En cuanto a la instalación del consumo de heroína en el país, los expertos nombran una serie de factores que, al conjugarse en un territorio específico, dieron ocasión a esta emergencia. El uso de drogas ha estado asociado generalmente a los países industrializados y de altos ingresos, en particular su uso no ritualizado; pero en los años noventa, los países en vías de desarrollo empezaron a mostrar sus propios patrones de consumo, con un aumento considerable. En particular, el aumento de consumo de heroína se ha identificado en los países donde hay una presencia significativa de producción local, como es el caso de los países del sudeste asiático donde hay cultivos de amapola (Mateu-Gelabert et al., 2016, p. 230).

En el caso latinoamericano, el consumo se explica parcialmente por los excedentes que deja el tráfico de drogas ilegales, los cuales quedan disponibles para la venta a precios relativamente bajos y generan la existencia de nuevos nichos de consumo que, sumados a la precariedad de las condiciones de vida en grandes sectores de la población, se convierten en factores de vulnerabilidad frente al consumo de drogas. El precio en calle

mo año, lo cual dista enormemente de la realidad del consumo en el país (Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia y DNE, 2008, p. 102).

59 Para mayor información se puede consultar la página web del ODC, en <http://www.odc.gov.co/SIDCO/consumo/consecuencia-consumo>

de la heroína se ve también afectado por las dinámicas de abastecimiento en el mercado global de la sustancia: hacia 2010, cuando el mercado de Afganistán estaba en expansión y fortalecido, se observó una drástica disminución del precio al menudeo de esta droga, que pasó de 70.000 COP por gramo en 2008, a 4.000 COP por gramo en 2010 (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 29).

En general para el país, estos son los factores que explican el aumento del consumo: aumento de cultivos de amapola y producción local de heroína, represión sobre las sustancias para la exportación que reorienta la organización criminal al mercado local, ubicación en lugares de tránsito de droga, bajo precio y alta pureza de la sustancia, así como las condiciones de pobreza y vulnerabilidad en las que viven muchas personas en los espacios urbanos. En Colombia se conjugaron varios de estos factores, en particular la exposición a la sustancia, lo que se configuró como un factor de riesgo para desarrollar una dependencia de la misma (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 31). Los relatos de cada ciudad confirman que estos factores fueron clave para la instalación de consumo en las ciudades.

Autores como Stimson indican que en Colombia el cultivo de amapola se inició en los años ochenta, cuando carteles de la cocaína decidieron dedicarse al negocio con asesoría de expertos del sudeste asiático. Los primeros cultivos de amapola en el país fueron detectados en Tolima en 1983, y se fueron expandiendo hasta llegar a 17 departamentos en los años noventa, lo que convirtió al país en el cuarto productor del mundo, con amapola de distintas variedades de semillas provenientes de México, Tailandia, Pakistán e Irán (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 22). Por un breve momento en la década de los ochenta, la región de El Pato, en el Huila, controlada por las Fuerza Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP) en aquel entonces, vivió una breve bonanza amapolera (Molano, 2016, p. 91). La presencia de cultivos y laboratorios de procesamiento coincide casi totalmente con las ciudades donde se ha instalado el consumo, exceptuando Nariño,⁶⁰ Huila y Atlántico (p. 30).

60 En el caso de Nariño, se presume que la producción está abasteciendo y alimentando el emergente consumo de heroína en el lado ecuatoriano de la frontera. Ver “¿Quién controla el persistente negocio de la heroína en Colombia?” (Clavel, 2018).

Impactos en la salud por el consumo de heroína

El método de consumo por vía inyectada implica grandes riesgos para las personas que usan drogas, los cuales se derivan de la prohibición de las drogas y del estigma hacia estas personas. Para empezar, la heroína, que si bien tiene un alto grado de pureza en Colombia, al llegar a las calles ha sido ya varias veces adulterada con sustancias que son nocivas para el organismo.⁶¹ Una vez se ha conseguido la droga esta debe ser mezclada con agua para poderla inyectar.

Muchas de las personas que consumen heroína y que entrevistamos para esta investigación están habitando la calle, lo que implica que pocas veces tienen acceso a agua limpia. Recurren entonces a agua estancada en charcos o canales para mezclar la droga, y esa mezcla –heroína adulterada y agua sucia– es la que ingresa al torrente sanguíneo. Para continuar el recorrido de riesgos, y como nos fue relatado por las personas en los puntos de consumo, las jeringas son un bien escaso entre los círculos de consumo, sea por el costo, por el acoso de policías que las decomisan, o por la negativa de farmacias y droguerías de vender jeringas a esta población. Ante la escasez, son compartidas entre varias personas, lo que acarrea el riesgo adicional de adquirir infecciones de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis B y C. Por último, la práctica de inyectarse implica que se pueden presentar abscesos o colapso en las venas.

Se puede decir además que la persecución policial y social no ayuda, pues en muchas ocasiones las personas que usan heroína se ven acorraladas y se inyectan en lugares oscuros, solitarios y de afán, lo que aumenta los riesgos, ya de por sí altos. En palabras de una operadora comunitaria, “el hecho de que la Policía corra a los usuarios de todos lados lleva a que se escondan más y se sumerjan más en la droga, por el rechazo de la sociedad”. Las ciudades objeto de este estudio presentan consumo de heroína por vía inyectada, con excepción de Santander de Quilichao, donde la mayor parte del consumo es fumado.

La ilegalidad de las sustancias hace que estas sean adulteradas o *cor-tadas* para aumentar las ganancias. Entre 2014 y 2015, el Gobierno nacional realizó un estudio de caracterización química y de mercado de la heroína en las siete ciudades con consumo de esta droga: Armenia, Bogotá

61 Un estudio del Instituto de Medicina Legal realizado en 2009 encontró los siguientes adulterantes en la heroína: cafeína, fenacetina, levamizol, aminopirina, diltiazem y tereftalato (Minjusticia y ODC, 2015, p. 35).

D.C., Cali, Cúcuta, Medellín, Pereira y Santander de Quilichao. En 2014, se realizó la recolección de 136 muestras que tenían como fin el consumo en calle y se encontró que 117 muestras eran en efecto heroína,⁶² con grados variables de pureza. En promedio, la pureza era del 62,7% –cifra ampliamente superior a la pureza que se encuentra en otros países de consumo de opioides–,⁶³ pero además se encontró que esta pureza era diferente en promedio entre ciudades: Armenia (79,2%), Bogotá (85,9%), Cali (47,2%), Cúcuta (43,7%), Medellín (47,2%), Pereira (70,1%) y Santander de Quilichao (31,2%). Como se puede observar, la heroína que se consume en el Eje Cafetero se encuentra entre la de mayor pureza, mientras que la de Santander de Quilichao es relativamente baja. En cuanto a los adulterantes y sustancias de corte, se encontró que la caféina es el adulterante más común (69% de las muestras) (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2016, pp. 4-5).

Por otro lado, el uso continuado de esta sustancia genera habituación, y esto exige mayor cantidad para obtener el mismo efecto. Esta habituación química se pierde después de haber suspendido la sustancia, por ejemplo, después de haber pasado por un proceso de desintoxicación. Es por este motivo que el momento de egreso de un proceso de tratamiento es de alto riesgo para el individuo, pues si llegase a consumir la dosis que consumía previamente a su ingreso al tratamiento corre el peligro de sufrir una sobredosis por estar deshabituado a estas cantidades (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, pp. 33-34).

Al usar la vía inyectada hay riesgos de salud individuales, así como riesgos para la salud pública. Sobre lo segundo, se ha demostrado que en cada lugar donde se expande el uso inyectado de drogas, con prácticas riesgosas de inyección, se da la propagación de enfermedades como VIH, primero entre la red de usuarios y después a la población general en periodos muy cortos (Pan American Health Organization y Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2001, p. 28). Los casos de VIH en Colombia entre esta población se identificaron por primera vez en 1999 (Mateu-Gelabert et al., 2016, p. 231).

62 El resto de muestras eran: 6 de cocaína base fumable (basuco); 3 de mezclas de sustancias no estupefacientes; 1 de morfina y las otras 9 de mezclas que contienen trazas de heroína (Minjusticia y ODC, 2016, p. 4).

63 Según el Reporte Europeo de Drogas de 2017, la pureza de la heroína en este continente está entre 16 y 33% (EMCDDA, 2017).

Los riesgos de la población que usa drogas por vía inyectada son muy altos. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida), esta es una población que tiene un riesgo 28 veces mayor que el de la población general a contraer VIH (UNAIDS, 2014, p. 173). Si bien estos riesgos están asociados a compartir jeringas y prácticas poco higiénicas de inyección, lo que muestra la investigación en las cinco ciudades es que esas prácticas se derivan en parte de la criminalización y estigmatización del consumo, pues, como se señaló, es continuo el decomiso de parafernalia por parte de la policía, y en muchas farmacias se rehúsan a vender jeringas a PQUD por considerar que se está “alchuetiando” en consumo. Cuando se ofrece la posibilidad de contar con jeringas nuevas para cada inyección a través de los programas de intercambios de material higiénico, las personas que usan heroína prefieren esta opción.

A nivel global las nuevas infecciones por VIH presentan una tendencia general que va en descenso, pero este no es el caso para las personas que usan drogas por vía inyectada, pues aún hay brotes de VIH y de otras enfermedades transmisibles. Por otra parte, y de acuerdo con un reporte de *The Lancet*, se estima que el 50 % de la población global de personas que usan drogas por vía inyectada están expuestas al virus de hepatitis C (International Expert Group on Drug Policy Metrics, 2018, p. 11).

Así las cosas, se puede decir que la estigmatización y la amenaza de castigo potencia el riesgo que acarrea el uso de la heroína en lugar de limitarlo, pero además tiene otras consecuencias que amenazan el derecho a la vida misma de estas poblaciones. Cada vez hay más evidencia que demuestra que los modelos de criminalización disminuyen las probabilidades de que las personas que viven con VIH, hepatitis B o C accedan a tratamientos, pues el miedo a ser maltratados por los sistemas sociales y de salud imposibilita el acceso a tratamientos antirretrovirales y otros (International Expert Group on Drug Policy Metrics, 2018, p. 11).

Un estudio publicado en el 2003 siguió en Estados Unidos a 1300 usuarios de drogas por vía inyectada durante 12 años. Aquellos que habían sido encarcelados durante ese tiempo tenían menos probabilidad de estar entre el 20 % que dejaron de usar drogas (Galai, Safaeian, Vlahov, Bolotin y Celentano, 2003). En otro estudio que siguió a una población similar de 1600 personas en Canadá, se encontró que el encarcelamiento reciente disminuía las probabilidades de recuperación hasta la mitad (De-Beck *et al.*, 2009). Estas políticas de encarcelamiento y represión están guiadas por la premisa errónea de que al quitarle a la persona la sustancia,

sea por decomiso o por privación de la libertad, se resolverá el problema del consumo (Szalavitz, 2016, p. 179). Esta premisa desconoce que la recuperación va mucho más allá de la desintoxicación, por tanto, se genera más ansiedad y angustia a las personas en una situación de vulnerabilidad, sin ofrecer las herramientas necesarias para tener la oportunidad de recuperarse.

Las prácticas riesgosas de inyección incluyen: inyectarse en espacios abiertos, compartir el equipo de inyección con una o más personas, no limpiar el equipo de inyección, usar jeringas prellenadas y vender drogas. Un estudio de 2014 sobre patrones riesgosos de inyección en Medellín y Pereira⁶⁴ encontró que el 76 % de los usuarios se había inyectado en espacio abierto, el 42 % compartía las jeringas con una o más personas y el 44 % había estado involucrado en la venta de drogas. La razón para compartir las jeringas en el 59 % de los casos era porque no disponían de estas, y llama la atención que al 55 % de los participantes del estudio la policía les había confiscado sus jeringas en los últimos seis meses. Es claro que las acciones del Estado en muchas ocasiones van en contravía de salvaguardar la salud de las personas al incautar este material. Por su parte, el 31 % nunca limpiaba sus jeringas y el 19 % solo lo hacía ocasionalmente.

Algunos de los riesgos asociados al consumo de heroína pueden ser minimizados al aplicar un enfoque de reducción de daños en la política pública de salud frente a esta población. De acuerdo con la organización Harm Reduction International (HRI),

... la reducción de daños se refiere a las políticas, los programas y las prácticas que tengan como objetivo primordial minimizar las consecuencias de salud, sociales y legales adversas asociadas al uso de SPA, y a las políticas y las leyes de drogas. Se fundamenta en la justicia y los derechos humanos, se concentra en cambios positivos, trabajando con la gente sin prejuicios, coerción, discriminación o exigencias de dejar de usar las drogas como prerequisites para recibir ayuda (HRI, s. f.) (*traducción propia*).

La reducción de daños para el caso de las personas que usan heroína consiste en una serie de intervenciones dispuestas a recibir a la PQUD sin

64 La muestra analizada fue de 242 personas en Medellín y 298 personas en Pereira. Sobre esta muestra total se encontró que el 93% eran hombres, el 77% eran de estratos socioeconómicos bajos, más de la mitad incurría en policonsumo de drogas, y tenían una edad promedio de 25 años (Mateu-Gelabert et al., 2016, p. 231).

exigirle abstinencia, sino ofreciéndole servicios de salud, sociales y rutas de tratamiento, si esa es su voluntad. Son programas de bajo umbral, entendido como accesible y flexible a las necesidades de las personas que atienden, en los que generalmente hay intercambio de jeringas y material higiénico, a fin de minimizar los riesgos de la inyección. Estos programas no solo se restringen a las jeringas, sino que además crean y fomentan espacios de confianza para la población consumidora, brindan información sobre buenas prácticas de inyección y derivan a otros servicios sociales y de salud, en horarios que se acomodan a la población, generalmente ubicados cerca de los puntos de consumo para reducir cargas de transporte. Son centros de escucha y, como su nombre lo indica, están ahí para escuchar a la gente, a personas que usualmente no tienen entornos de solidaridad:

Estas intervenciones se han denominado “Centros de escucha” y de acuerdo con el Ministerio de Salud constituyen procesos de trabajo comunitario que se fundamenta en la construcción de redes sociales donde participan activamente los actores de la comunidad local y se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de: acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales (Ministerio de Salud, 2015).

En palabras de los operadores de uno de estos centros: “Lo que se ofrece se cumple. Nosotros sabemos que tenemos que jugarlos por ellos”.

A pesar de la evidencia que señala la eficacia de las medidas de reducción de daños para mejorar la calidad de vida de las PQUD, así como mejorar la salud pública, su aplicación en Colombia, según lo constatado en las visitas a las ciudades, sigue siendo dispersa y escasa para la necesidad presente, con servicios intermitentes en algunas ciudades, e insuficiente financiación por parte de las autoridades de salud y los servicios sociales. Mientras tanto, usar heroína ubica a estas personas en una serie de situaciones vulnerables y de estigmatización que hacen que la distancia social, emocional y económica a los servicios de salud sea muy grande.

El riesgo de contraer VIH entre las personas que usan drogas por vía inyectada (PID)⁶⁵ es mayor que en la población general, lo que en sí

65 La población de PID no es exclusiva o equivalente a la población que usa heroína, pues hay otras sustancias que también se consumen por vía inyectada.

mismo los ubica como un grupo de mayor vulnerabilidad. En el conjunto de estudios que se compilaron para el informe de heroína en Colombia se concluyó que, para el año 2014, entre las personas que se inyectan drogas la prevalencia de VIH era de 8,9 % en Pereira, 2,7 % en Armenia y 6,7 % en Cúcuta. Por su parte, la cifra en Cali era de 3,5 % para el 2012; Santander de Quilichao no cuenta con datos (Minjusticia, y ODC, 2015, p. 84).

Entre 2011 y 2014 se realizó un estudio sobre seis ciudades del país que presentan consumo por vía inyectada.⁶⁶ En este informe, cuyos resultados fueron presentados en el Informe de heroína, se concluyen ciertas generalidades sobre la población consumidora de esta sustancia: el 89 % son hombres, la edad promedio es de 26 años, la mayoría tienen estudios de secundaria, llevan en promedio cuatro años de consumo inyectado, y la principal fuente de ingresos es la venta ambulante. Se concluyó que Cúcuta tiene la prevalencia más alta de VIH (5 %), pero en general el resto de las ciudades tienen prevalencias bajas, si se consideran las prácticas de riesgo identificadas (entre el 1 y el 3 %) (Berbesi, Segura, Montoya y López, 2016, p. 73).

Las particularidades de cada ciudad cuentan una historia del consumo, así como una geografía de su ubicación en el entramado urbano. Armenia, según la Secretaría de Salud de Quindío, es un sector de paso del tráfico de drogas, y además la heroína tiene un bajo costo. Pero adicionalmente, algunas de las personas entrevistadas durante la investigación afirman que la población que vivió el terremoto de 1999 sufrió traumas mentales que no fueron abordados de manera oportuna y que pueden haber dado paso al consumo problemático de drogas.

En Pereira circula una historia sobre la instalación del consumo: tras el encarcelamiento del jefe del cartel que controlaba el negocio de la heroína, el resto del cartel se quedó con toda la producción y para poder deshacerse de esta la empezaron a regalar en los barrios.⁶⁷ Algunas de las personas entrevistadas relataron que actualmente está prohibido inyectarse heroína en las ollas de Pereira debido a que el hijo del jefe de un cartel

66 La muestra analizada fue de 1464 personas con consumo activo (Medellín: 240, Pereira: 300, Cali: 240, Armenia: 265, Cúcuta: 210, Bogotá: 198), y encontró un perfil similar al estudio de 2016: el 88,9% eran hombres, y la edad promedio era de 26 años (Berbesi, Segura, Montoya y López, 2016, p. 72).

67 Entrevista en Pereira a operadores de los programas comunitarios, febrero de 2018.

murió de una sobredosis y prohibió el consumo. Los consumidores de heroína entonces deben trasladarse a Dosquebradas para poder consumir.

En el caso de Santander de Quilichao, los entrevistados afirman que las bandas locales adulteraron cigarrillos de marihuana con heroína, regalándolo a jóvenes de barrios pobres, para engancharlos a las drogas.⁶⁸ En Cúcuta, el consumo de heroína se conoce desde 2001, pero según habitantes de este municipio, el aumento de los controles sobre la frontera con Venezuela entre 2009 y 2015 hizo que la mafia ya no pudiera sacar los cargamentos hacia ese país. Ante esta situación, los pequeños y medianos expendedores quedaron con la mercancía y empezaron a regalar las dosis de heroína, especialmente en la clase media-alta y población universitaria. Posteriormente regalaron esta droga a personas en barrios pobres y, una vez enganchadas, tenían clientes fijos.⁶⁹ Por su parte, en Cali especulan que, al ser la ciudad un centro de distribución internacional, había muchos excedentes de drogas que empezaron a venderse en el mercado local, aunque también hay una leyenda según la cual extranjeros que ya traían el consumo llegaron a la ciudad en los años noventa y “chutarse” se volvió la moda.

Los primeros momentos del consumo fueron confusos para las familias, el personal de salud y las autoridades. Muchos jóvenes llegaban a urgencias con el síndrome de abstinencia, pero sin saber qué era ni a qué se debía. En Armenia pensaron inicialmente que se trataba de muchos casos de dengue. De manera paulatina, los profesionales de la salud identificaron que se trataba de consumo de heroína.

Hoy, el mapa urbano de la heroína es distinto de ciudad a ciudad. Cali tiene una calle donde el consumo se concentra: se llama la Calle del H, ubicada en el centro de la ciudad, y a unas cuantas cuadras de una olla. Cúcuta, por su lado, no tiene un foco específico de consumo: las PQUD están dispersas por varios sectores de la ciudad, con diferenciaciones por poblaciones específicas, por ejemplo, las mujeres trans y las trabajadoras sexuales. En Pereira, el consumo ha sido desplazado cada vez más hacia Dosquebradas, donde se ha concentrado en una olla de un barrio pobre de la ciudad. En Santander de Quilichao no hay focos específicos, pues la persecución policial es tal que las personas que usan drogas nunca pueden

68 Entrevista con persona que usa heroína, en Santander de Quilichao, noviembre de 2017.

69 Entrevista con operadores del Centro de Escucha Consentidos en Cúcuta, octubre de 2017.

estar tranquilas en un solo lugar. En Armenia, los sitios de consumo se ubican en el centro de la ciudad en cuadradas cercanas a la Alcaldía y la Gobernación.

Estas geografías del consumo son relevantes porque, para que un programa de reducción de daños, o un programa de metadona funcione, se deben tener en cuenta los itinerarios, los recorridos y las prácticas de las personas que usan heroína. Como detallaremos en la última sección, la distancia física es una barrera importante al momento de acceder a servicios de salud.

Las cinco ciudades, como veremos más adelante, comparten un reto común de brindar atención integral en salud a estas poblaciones, y ello implica partir del reconocimiento de que las personas que usan drogas son sujetos de derechos humanos como cualquier ciudadano.

Las respuestas legales y de política pública a las personas que usan drogas

En los últimos 20 años el Estado colombiano ha buscado responder a través de la legislación y el desarrollo de políticas públicas al consumo problemático de drogas. Esta respuesta ha ido evolucionando de un enfoque represivo a uno de derechos humanos y de salud pública. En esta sección presentamos una visión general del desarrollo de estas políticas y argumentamos cómo la Corte Constitucional ha sido un actor clave para que estas medidas sean aplicadas en la práctica.

Situación jurídica de las personas que usan drogas

En primer lugar, es importante referirnos brevemente a la situación jurídica de las PQUD, considerando que históricamente el Estado colombiano ha respondido al problema de los consumos problemáticos de drogas a través de un enfoque de criminalización y no de salud pública. Desde 1936 se han aumentado considerablemente los delitos del código penal que castigan las conductas relacionadas con drogas, así como las penas asociadas a estos delitos. Así, un estudio de Uprimny, Guzmán y Parra que analiza la evolución de la normatividad penal en materia drogas identificó que existe una “tendencia a ampliar el uso de derecho penal, incluso sin considerar sus verdaderos efectos en materia de derechos humanos y frente a los fenómenos que pretende enfrentar” (2013, p. 11).

Previo a 1994, las personas que consumían drogas podían ser encarceladas hasta por 30 días y pagar una multa de medio salario mínimo

mensual. Si eran detenidas por segunda vez dentro de los doce meses siguientes al primer arresto, la persona podría durar entre un año y un mes detenida y la multa podría ser entre medio y un salario mínimo mensual. Asimismo, si un dictamen médico legal encontraba que la persona estaba en “estado de drogadicción” sería internada en un “establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado por el término necesario para su recuperación”, y los costos de este tratamiento debían ser costeados por sus familiares. Se puede decir, entonces, que el imaginario social sobre las PQUD está influenciado por visiones moralistas sobre el consumo de SPA. Estas normas fueron declaradas inconstitucionales por la Sentencia C-221 de 1994, en la cual la Corte Constitucional argumentó que estas medidas van en contravía del ejercicio al libre desarrollo de la personalidad, la libre determinación y la dignidad personal.

Con respecto al tratamiento obligatorio la Corte consideró que era una medida inconstitucional por dos razones. Si se considera como una pena, se estaría sancionando a una persona por el hecho de consumir drogas, lo cual no es un delito. En segundo lugar, obligar a una persona a recibir tratamiento médico es violatorio de la libertad y autonomía personal pues su decisión personal queda sujeta a la decisión del juez o del médico. “Cada quien es libre de elegir qué enfermedades se trata y si es o no el caso, de recuperar la salud”.⁷⁰

La despenalización del consumo de drogas fue un primer paso para pensar la dependencia del consumo de drogas desde una perspectiva distinta a la sancionatoria. A partir de allí se empezaron a desarrollar normas, programas y planes para atender el consumo de drogas hasta llegar a la actualidad donde se plantea que el consumo problemático de SPA es un asunto de salud pública.

Políticas públicas en salud para las personas que usan drogas

Considerando que esta investigación está centrada en identificar las barreras de acceso a opioides en el contexto de terapias de sustitución con metadona centramos el análisis de las políticas públicas en términos del acceso a servicios de tratamiento para el trastorno de dependencia de SPA. En la última década se ha empezado a pensar en una respuesta enfocada, en particular, a las necesidades de los consumidores problemáticos de heroína, por lo cual este es un tema que se aborda al final de esta sección.

70 Corte Constitucional. Sentencia C-221 de 1994, M. P. Carlos Gaviria Díaz.

Uno de los primeros esfuerzos por abordar el tema de los consumos problemáticos de SPA se dio en el año de 1998 con la adopción de la Política Nacional de Salud Mental, mediante la Resolución 2358 del Ministerio de Salud. Esta resolución incluye una serie de normas técnicas y administrativas que son de obligatorio cumplimiento para las EAPB e IPS, entre otros actores. Esta resolución contiene un anexo dedicado a la “Reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas”, en el cual se analizan distintos aspectos del consumo de SPA y la manera como una política de salud pública debe dar respuesta a esta problemática. En primer lugar, se establece que el objetivo de esta política debe ser reducir el uso y abuso de SPA y “proporcionar, cuando esto sea posible, un uso seguro, placentero, y respetuoso de la libertad individual, mientras se disminuyan los posibles efectos dañinos sobre los individuos, la familia y toda la sociedad” (Ministerio de Salud, 1998, p. 46).

Así, además de establecer una diferencia entre el uso y el abuso de sustancias y las implicaciones de estos, esta política reconoce que “pretender una sociedad libre de drogas es poco realista” y, por tanto, el Estado debe enfocar sus esfuerzos en la educación y atención de quienes consumen drogas y no en reprimirlos y castigarlos. Bajo esta premisa se incorpora en esta política la estrategia de reducción de riesgos que busca minimizar los problemas asociados al consumo: la transmisión de enfermedades como el VIH y la hepatitis, entre otras. Esta aproximación implica que “el Estado tiene la obligación de informar a la población de los riesgos individuales inherentes del consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, la población adulta debidamente informada, que decida consumir la sustancia tiene el deber de no exponer a los demás a un riesgo adicional” (Ministerio de Salud, 1998, p. 56).

En el anexo de esta resolución se reconoció el aumento del consumo de heroína en el país –que pasó del 0,06 al 1,2% entre 1993 y 1997–, y se estableció que el 10% de los usuarios realizaban el consumo vía intravenosa. Ante esta situación, la política estableció la necesidad de que se fortalecieran los programas de atención primaria en salud para esta población –dentro de los cuales están los programas de mantenimiento con metadona– y el desarrollo de “Guías de atención integral de las conductas adictivas a las sustancias psicoactivas” (Ministerio de Salud, 1998).

Posteriormente, se expidió el Decreto 1943 de 1999, por el cual se crea el Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Sustancias Psicoactivas, que se denominaría Programa Rumbos, y se encargaría de

ahí en adelante de las funciones de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de SPA que hasta ese momento estaban a cargo de la desaparecida Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Dentro de los objetivos del programa se encontraban desarrollar campañas de prevención integral con un enfoque comunitario; favorecer el desarrollo de la solidaridad y responsabilidad familiar; promover la conservación de la salud física y mental; investigar sobre la magnitud del problema de consumo de SPA; consolidar el Sistema Nacional de Prevención del consumo de SPA; y coordinar las políticas educativas de prevención de diferentes autoridades, entre otros.

Para implementar y financiar el Programa Rumbos se expidió en el año 2000 el documento Conpes 3078 sobre la Política de Prevención Integral frente al consumo de sustancias psicoactivas. En el diagnóstico de ese documento se señala que para esa época en el país existían cerca de 300 instituciones de tratamiento con capacidad para atender a 12.000 personas. El 95 % de esas instituciones eran privadas, con muy poco control estatal, lo que facilitaba que estos tratamientos no estuvieran basados en la evidencia y carecieran de validez científica. A pesar de estos hallazgos, solo el 16 % del presupuesto destinado para la implementación de este programa (41.564 millones de pesos para cuatro años) se asignó al Ministerio de Salud, entidad responsable de fortalecer los programas de tratamiento y rehabilitación (Departamento Nacional de Planeación, 2000).

Dos años después, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 196 de 2002 mediante la cual “se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas”. Esta norma estaba dirigida a las Unidades de Atención Integral a Conductas Adictivas (UAICAS) que funcionan en los hospitales públicos y a lo que se denominarían los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral que serían todas las IPS públicas o privadas que brinden servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación a las PQUD (arts. 1 y 2). De acuerdo con esta resolución, estos Centros debían ser de mediana, baja y alta complejidad. En el primer nivel se prestarían los servicios de prevención del consumo. En el segundo nivel, además de la estrategia de prevención, se desarrollarían actividades de “tratamiento de menor complejidad y que no comprometan la integralidad del usuario” y, por último, en el tercer nivel estarían las instituciones que desarrollen “actividades de una mayor

especialización y complejidad requeridas para tratamiento de personas con adicción” (art. 4).

Hasta el año 2006 el país carecía de normas de habilitación, y la oferta de servicios de centros de tratamiento para la dependencia no estaba regulada. Estas normas fueron expedidas en el 2006 mediante la Resolución 1315 del Ministerio de la Protección Social –como se denominaba al Ministerio de Salud en esa época–. El objetivo de esta norma era regular la calidad de los servicios de salud de los que ahora se denominarían los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) (art. 1), y que fueron definidos como “toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado Modelo o Enfoque de Atención basado en evidencia” (art. 2) (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En el 2007, el Ministerio de Protección Social elaboró la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto que tenía como su principal objetivo “reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad” (Ministerio de Protección Social, 2007, p. 18). Dentro de las acciones estratégicas que propone esta política están las de mitigación y superación que buscan, por un lado, que las PQUD no transiten a un consumo problemático y, por el otro, prevenir que corran riesgos asociados al consumo de drogas que puedan afectar su salud física y mental (Ministerio de Protección Social, 2007).

Con respecto al tratamiento, esta política reconoció que una de las principales barreras para la superación de los consumos problemáticos de drogas era la falta de inclusión de tratamientos en los planes de beneficios de los regímenes de salud, por ello recomendó que era urgente ampliar estos planes para garantizar el acceso a tratamiento en particular a los casos más graves o prioritarios. Asimismo, se propuso que se ajustara la oferta de servicios a la demanda de los mismos y que estos fueran cualificados y diversificados por “zonas geográficas, estratos socioeconómicos, géneros, patrones de uso y condiciones comórbidas” (Ministerio de Protección Social, 2007, p. 22).

En 2008, esta política fue operativizada por el Plan Nacional de Reducción del Consumo 2009-2010 elaborado por la Comisión Nacional de

Reducción de la Demanda de Drogas. Esta Comisión actualizó este plan para el periodo 2011-2014, sin embargo, este no fue expedido formalmente y mucho menos implementado (Ministerio de Salud, 2017a).

Un año después el Congreso aprobó el Acto Legislativo 02 de 2009, el cual adicionó un párrafo al artículo 49 de la Constitución Política que establece el derecho a la salud. De acuerdo con este párrafo –que prohíbe el porte y consumo de SPA–, la ley debe implementar “medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias”. Si bien la intención de la primera parte de este párrafo es un regreso a las medidas coercitivas para controlar el consumo de drogas, el llamado a implementar acciones relacionadas con el tratamiento permitió que a pesar del retroceso se mantuviera un enfoque de salud pública en la política atención al consumo de drogas.

En el año 2012 se da un gran avance frente a la obligación del sistema de salud de proveer tratamientos integrales para a la atención al trastorno de dependencia de SPA con la expedición de la Ley 1566 –por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen SPA–. La Ley 1566 de 2012 reconoció que el abuso de sustancias es un problema de salud pública y, por tanto, requiere de la atención del Estado colombiano (art. 1). De la misma manera, esta ley garantiza el derecho de todas las personas con consumos problemáticos a recibir la atención correspondiente por parte de los diferentes actores del sistema de salud y establece la obligación de que estos tratamientos estén incluidos en los planes de beneficio tanto del régimen subsidiado como del contributivo (art. 2). En particular, la ley hace referencia a la inclusión de “planes, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud” (párr. 1, art. 2).

Asimismo, la Ley 1566 establece que estos servicios deben ser prestados por las IPS en los niveles de atención de baja, media y alta complejidad, o a través de los programas del Ministerio de Salud como los servicios amigables, las unidades de salud mental, los centros de atención comunitarios y los equipos básicos de atención en salud. Las instituciones que presten estos servicios deberán estar habilitadas por las Secretarías de

Salud Departamental (art. 3), y si no cumplen con los requisitos establecidos deberán ser sancionadas (art. 5).

La expedición de la Ley 1566 constituyó un paso muy importante en el desarrollo de una política de salud pública frente al consumo problemático de SPA pues estableció el acceso a tratamiento como un derecho y, en consecuencia, como una obligación del sistema de salud. En teoría, este reconocimiento permite que cualquier persona afiliada al sistema de salud –que tiene un cubrimiento universal– reciba estos servicios independientemente de su capacidad económica, lo cual era una de las principales barreras para quienes voluntariamente querían acceder a estos tratamientos. Además, las EAPB tienen la obligación de contratar IPS que tengan los conocimientos técnicos y la infraestructura para prestar estos servicios a sus afiliados. A diferencia de la tendencia de las normas sobre salud mental y consumo de SPA que habían sido expedidas hasta el momento, esta ley establece obligaciones concretas para atender el consumo problemático de drogas más allá de la estrategia de prevención. Finalmente, la exigencia para las IPS de estar habilitadas para prestar estos servicios implica que estos deben estar basados en la evidencia y tener validez científica, lo cual protege a los pacientes de malas prácticas, abusos y estafas.

De la misma manera, esta ley es un importante avance hacia la protección de los derechos de las PQUD pues se enfoca, desde una perspectiva de salud pública, en la atención de las necesidades de esta población, en particular de la necesidad de contar con acceso a tratamientos científicos basados en la evidencia y respetuosos de sus derechos como usuarios del sistema de salud. Sin embargo, como se verá en los siguientes apartados de este capítulo, aún existen múltiples barreras de tipo administrativo, presupuestal y social que impiden que la implementación de la Ley 1566 se haya adelantado de manera exitosa y, en consecuencia, a muchas PQUD que buscan acceder a tratamiento no se les garantiza de manera efectiva su derecho a la salud.

La necesidad de afianzar el enfoque de salud pública y derechos humanos en las políticas de atención al consumo de drogas fue apoyada por la Comisión Asesora para la Política de Drogas que entre los años 2013 y 2015 publicó dos informes donde se analizaba la situación del consumo de drogas en Colombia, se evaluaba el impacto de las respuestas dadas por el Estado hasta ese momento y se proponía un cambio de enfoque con fundamento en las obligaciones de derechos humanos del Estado de acuerdo con los tratados internacionales y la experiencia de otros países

que han implementado cambios en sus políticas de drogas con base en evidencia científica.

La Comisión argumentó que la adopción de un enfoque de salud pública de la política de drogas “requiere acciones regulatorias del consumo y políticas intersectoriales que ofrezcan herramientas adecuadas para la prevención de las dependencias y de los consumos problemáticos, así como la atención, el tratamiento y reducción de daños” (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2015, p. 10). Bajo esta premisa la Comisión recomendó, entre otras acciones, la obligación del Estado de “asegurar la calidad de los tratamientos existentes, y de los centros en los cuales se imparten, sean públicos o privados. Esto es especialmente importante en el caso de niños y adolescentes y se debe lograr a través de procesos permanentes de evaluación” (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2015, p. 29).

La más reciente política en el tema es el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de SPA 2014-2021. Este plan realiza un balance del impacto de las políticas implementadas hasta ese momento y presenta una nueva serie de lineamientos que buscan fortalecer el enfoque de salud pública y derechos humanos que había empezado a ser impulsado con políticas previas. El objetivo de este Plan es “reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública” (Ministerio de Salud, 2017a, p. 31). Para ello propone cinco componentes que están alineados con el Plan Decenal de Salud, como son el fortalecimiento institucional, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, y la reducción de daños y riesgos (Ministerio de Salud, 2017a).

Con respecto al componente de tratamiento la meta trazada es “mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los consumidores de sustancias psicoactivas” (Ministerio de Salud, 2017a, p. 40). Para alcanzar este fin el Plan propone dos estrategias: 1) el fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios de tratamiento que implican la realización de un censo prestadores y la construcción de lineamientos para el tratamiento basados en la evidencia científica, y 2) el mejoramiento de los servicios existentes a través del trabajo conjunto con las EAPB y el fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo y

evaluación de las IPS. En particular, dentro de las competencias de las entidades territoriales, este Plan establece que las EAPB e IPS deben garantizar rubros presupuestales que aseguren el acceso a tratamiento en términos de lo establecido en la Ley 1566 de 2012 (Ministerio de Salud, 2017a).

El Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por vía Inyectada fue elaborado en el año 2013 y cuenta con cuatro líneas estratégicas: prevención, mitigación del impacto, fortalecimiento de la atención y el tratamiento, y la gestión y el fortalecimiento de capacidades. Es importante resaltar que el plan reconoce que las PQUD

... son sujetos de derechos y también de deberes, que aun cuando pueden o no haber sido diagnosticados con un trastorno de dependencia, son responsables de su bienestar y el de quienes le rodean, que cuentan con las capacidades para transformar su realidad, y que demandan solo los medios, los espacios y los escenarios para que ello sea factible.

Igualmente, se reconoce que el consumidor de estas sustancias tiene una serie de necesidades, además de las que se derivan del hecho mismo de consumir, por tanto, la mirada integral es aquella que permitirá un abordaje “centrado” en la persona y no solo en una parte de un “problema” (Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y OIM, 2013, p. 18).

El componente de prevención está enfocado en reducir los riesgos asociados al consumo de SPA como es el inicio de la carrera de consumo de heroína o el tránsito a la misma, el desarrollo de un trastorno de dependencia de esta sustancia, o el paso del consumo por vía inhalada a vía inyectable; para ello se propone la detección e intervención temprana, la educación en salud y derechos sociales y la distribución de medios de prevención como condones. Estas actividades estarán dirigidas a no usuarios de SPA que socialicen en espacios de consumo, usuarios de otras SPA que socializan en espacios de consumo de heroína y con usuarios de heroína no inyectada (Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y OIM, 2013).

Por su parte, el componente de mitigación del daño está enfocado, como su nombre lo indica, a mitigar los daños asociados a patrones de consumo instalados y, por tanto, las acciones de este componente se dirigen únicamente a las personas que tienen un trastorno de dependencia de la heroína o la usan por vía inyectada a través de un contacto individual

y no masivo. Dentro de las líneas de acción de este componente se incluyen el intercambio de material higiénico; la distribución de condones; la detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades como VIH, hepatitis y tuberculosis, y la derivación para el tratamiento de comorbilidades en salud mental. Asimismo, se desarrollarán actividades de educación en salud enfocadas al cambio de comportamientos y prevención de sobredosis y la prestación de acompañamiento psicosocial (Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y OIM, 2013).

El componente de atención y tratamiento busca ampliar y fortalecer la oferta de servicios de tratamiento en todos los niveles de complejidad y eliminar las barreras de acceso para los usuarios. Dentro de las estrategias de fortalecimiento se incluye la prestación de tratamientos de desintoxicación y mantenimiento asistidos con opiáceos, acompañados de una atención psicosocial integral y constante con el fin mejorar la adherencia y eficacia del tratamiento. Para ello se deberán tomar acciones para prevenir el desabastecimiento y desvío de medicamentos como la metadona. Adicionalmente, el plan propone la creación de un registro unificado de personas en tratamiento que haga parte del Sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de SPA (SuiCad) (Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y OIM, 2013)

Finalmente, el componente de gestión y fortalecimiento de capacidades está enfocado en el mejoramiento de las capacidades del personal de salud y los operadores comunitarios locales. Para ello se propone la formación de estos equipos en normatividad y derechos, y en aspectos técnicos como herramientas de tamizaje, tratamientos y vigilancia de VIH. De la misma manera, se desarrollará un sistema de alertas tempranas (Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y OIM, 2013).

En el 2015, dado el aumento en el consumo de heroína en el país, el Ministerio de Justicia financió una investigación sobre su producción, uso e impacto en la salud pública. Este documento contiene una serie de recomendaciones de política pública para la atención de esta problemática que abordan las estrategias de prevención, reducción de daños, tratamiento y capacidad institucional. En particular con respecto al tratamiento, los investigadores hicieron énfasis en que las instituciones deben

... ofrecer una atención integral de tipo psicosocial y de salud física y mental. No es recomendable que el tratamiento se entienda como un camino que debe llevar tarde o temprano e indefectiblemente a la abstinencia definitiva de cualquier tipo de

droga sin importar su particularidad. Los tratamientos de sustitución han mostrado que es posible llevar una vida plenamente funcional e integrada aun cuando persista una condición de dependencia que podría ser crónica. Si existe un acompañamiento psicosocial e integral, constante y de calidad, es posible superar el uso de drogas ilícitas, la vinculación al delito, las prácticas de alto riesgo, entre otras, que son en últimas las responsables del alto impacto social y sanitario de estas prácticas (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015, p. 106).

En el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de SPA 2014-2021, se elaboraron en el año 2017 los lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. El objetivo de este protocolo es brindar indicaciones basadas en evidencia científica para orientar el uso de la naloxona en el tratamiento de emergencia de sobredosis por opioides y, en últimas, reducir la mortalidad asociada a la sobredosis en estos casos. Dentro de los temas que aborda el protocolo se encuentran indicaciones para el tratamiento de emergencia de la sobredosis y primeros auxilios, disponibilidad de naloxona e indicaciones para la educación y el entrenamiento del personal médico y comunitario, entre otros (Ministerio de Salud, 2017b). En 2018, Minsalud expidió una circular interna reiterando a las EAPB la obligación que tienen de prestar atención en salud a las personas con trastornos por consumo, insistiendo que son sujetos de derechos, incluido el acceso a medicamentos.⁷¹

Luego de la expedición de la Ley 1566 de 2012, la Corte Constitucional siguió conociendo casos sobre negación de acceso a tratamiento para el trastorno de dependencia de las SPA a pesar de que esta normatividad estableció que estos tratamientos debían ser proveídos por el sistema de salud tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. En los primeros fallos luego de la expedición de la ley, las EAPB en su mayoría se negaron a otorgar estos tratamientos con el argumento de que sus Comités Técnico Científicos consideraban que no eran necesarios para la situación del paciente. En varios casos, la Corte ordenó a las EAPB autorizar estos

71 Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Circular 002 de 2018, ver <https://docs.supersalud.gov.co/portalweb/juridica/circulares-externa/circular%20externa%20no.%20002%20de%20202018.pdf>

tratamientos los cuales deben ser “idóneo[s], continuo[s] y efica[ces], en un centro o entidad que cuente con la experiencia y capacidad necesaria para prestar este tipo de servicio”.⁷² En los casos que el tratamiento no fue autorizado, la Corte ordenó a las EAPB realizar diagnósticos oportunos y técnicos para determinar la necesidad de tratamiento de los peticionarios.

En los fallos más recientes, la Corte ha incorporado en el análisis las disposiciones de la Ley 1566 de 2012 y, además de conceder el acceso a tratamiento, ha empezado a desarrollar una serie de estándares que deben cumplir las EAPB e IPS al proveer servicios de tratamiento para la dependencia de SPA. Así, en la Sentencia T-043 de 2015,⁷³ retomando un informe de UNODC sobre buenas prácticas internacionales para el tratamiento y servicios de cuidado para la dependencia de las drogas publicadas en el año 2012, la Corte afirmó que estos tratamientos debían: 1) incorporar una perspectiva de derechos humanos teniendo en cuenta que la adicción a las drogas es un problema de salud pública y no una infracción penal; 2) garantizar el consentimiento libre e informado en todos los casos, “solamente en casos excepcionales de urgencia, inconsciencia o riesgo de muerte, es legítimo que los médicos actúen en función del principio de beneficencia buscando la preservación de la vida del consumidor”; 3) estar disponibles y ser accesibles para los usuarios en términos de “localización, horarios de ingreso, tiempos de espera y condiciones de seguridad”; 4) preferir la integración antes que el aislamiento; y 5) proveer la valoración y acompañamiento multidisciplinario, frente a ello la Corte afirmó que:

... para garantizar que los pacientes/usuarios sean tratados oportunamente y acorde con sus necesidades se recomienda una valoración inicial de urgencia para advertir las primeras acciones que tienen que ser ejecutadas. Posteriormente, el tratamiento a seguir debe ser trazado conjuntamente por un equipo multidisciplinario incluidos médicos, psicólogos y trabajadores sociales, dadas las múltiples facetas e impactos de la drogadicción no solo en el campo físico, sino mental, familiar y social. Dicho programa de atención debe ser fijado de acuerdo con la evidencia científica disponible.⁷⁴

72 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-796 de 2012, M. P. María Victoria Calle Correa.

73 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-043 de 2015, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

74 *Ibid.*

Como se evidenció a lo largo de esta sección, existe un amplio conjunto de normas que han abordado el tema del trastorno de dependencia de las SPA y que buscan proveer una respuesta desde las instituciones de salud. Si bien estas políticas han ido evolucionando durante los últimos 20 años hacia la búsqueda de una atención integral a los consumos problemáticos de drogas y han avanzado en respuestas diferenciadas como, por ejemplo, aquellas que se requieren para las PQUD por vía inyectada, en la práctica existen muchas barreras legales y administrativas para acceder a la atención integral que las políticas del orden nacional promueven. Como se verá en la siguiente sección, muchas personas en necesidad de tratamiento han tenido que acudir a las vías legales para exigir la garantía y protección del derecho a la salud, lo que ha permitido que se haya desarrollado una línea jurisprudencia en la Corte Constitucional colombiana sobre los derechos de las personas con trastorno de dependencia de las drogas. La jurisprudencia de la Corte ha establecido que estas personas son sujetos de especial protección y, por tanto, el Estado a través del Sistema de Salud está en la obligación de prestarles una atención integral.

Ruta de acceso a tratamiento de sustitución con metadona

Las rutas de acceso para usuarios de heroína deben empezar necesariamente por un proceso conjunto de construcción de confianza en el que se reconozca que muchos de ellos han sufrido maltrato y abuso policial, traumas personales y negligencia en clínicas y centros de salud. Las redes de centros comunitarios y centros de escucha, que están cerca de los puntos de consumo, o al menos en las rutas de consumo, son quienes cumplen esta labor y están en capacidad de construir los lazos de confianza desde donde avanzar hacia una ruta de tratamiento, si así lo desea la persona.

El camino y los pasos son largos, y en algunos casos hay que empezar por lo más básico, como es la identificación. En teoría, el primer paso es la cita con el médico general, que a su vez deriva a cita con psiquiatra para diagnóstico y para determinar si requiere hospitalización o programa ambulatorio. Este paso no se puede hacer en el momento en que la persona pide tratamiento, pues muchos no tienen cédula ni están afiliados a una EAPB, o no conocen si están o no afiliados, ni a qué EAPB deben acudir. A estas barreras administrativas se suman los tiempos que se deben esperar para la asignación de una cita.

De acuerdo con un estudio del Observatorio Así Vamos en Salud, que ofrece una mirada multidimensional al tema de la salud, la oportunidad para la asignación de cita en la consulta por medicina general por EPS tiene un índice de 23 y por la IPS de 9. Por su parte, la percepción ciudadana frente a los tiempos de espera para medicina general tiene un puntaje de 45, medicina especializada 29, odontología 52 y programa de prevención de la salud 52. Este estudio categoriza los resultados en una escala de 0 a 100 de la siguiente manera: Bueno (75-100), Regular (60-74) y Malo (0-59) (Observatorio Así Vamos en Salud, 2017). En todos los casos, los puntajes relacionados con la oportunidad en la asignación de citas están categorizados como malos de acuerdo con el índice. Asimismo, la proporción de usuarios que consideran el acceso a servicios de salud a través de su EPS como fácil es baja al tener un puntaje de 49 (Observatorio Así Vamos en Salud, 2017).

En esos casos, los centros de escucha, programas de reducción de daños y equipos de base comunitaria hacen el acompañamiento para los trámites de identificación y afiliación al sistema de salud y, cuando sea posible, al Sisben. En algunos municipios –Pereira y Dosquebradas– se les exige además un carné de habitante de calle que expide la Gobernación, y debe estar firmado por el secretario de Salud, para poder sacar la cédula. Una vez surten todo este proceso, incluida la afiliación a una EAPB del régimen subsidiado, se pide la cita en el centro de salud que los pueda direccionar al programa de metadona. En esta cita con el médico general siempre se hace un tamizaje de VIH, hepatitis B, C y sífilis. En algunas ciudades, al dar positivo para alguna de estas enfermedades, se direcciona a tratamiento, y si no inician el tratamiento para cualquiera de estas, no pueden ingresar al programa de metadona. Este proceso en total puede tomar meses. Muchas veces los centros de escucha pierden a las personas en el camino, pues se agota la paciencia de esperar.

Antes de entrar en materia sobre el acceso a tratamiento en estas cinco ciudades resaltamos tres cortas historias de vida que reflejan el sufrimiento cuando faltan los medicamentos esenciales controlados para las personas que viven al margen. Los siguientes tres relatos hablan de las experiencias del consumo de heroína, de la negligencia de los servicios de salud para aliviar el sufrimiento, y de los tiempos agotadores que demandan paciencia y espera sin soluciones para quien sufre:⁷⁵

75 Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de los entrevistados.

He entrado más de diez veces a tratamiento. Estuve un tiempo en la cárcel y la peor parte de mi consumo fue después de eso, estaba solo y no tenía cómo acceder a tratamiento. Finalmente llegué al programa, el síndrome de abstinencia fue horrible, me tuvieron las primeras 24 horas sin metadona, y el aire acondicionado a toda, helado. Me daban un montón de drogas –synogan, haloperidol, benadril y quien sabe más – y yo les decía “deme libertad”. Salí de allá desesperado, porque me acordé de que allá casi me vuelven loco. De la ansiedad, en tres semanas me gasté 700.000 en trago, marihuana y cocaína.

Luz

Yo he escuchado que en Estados Unidos a los adictos el Gobierno mismo le da la heroína y eso me parece bien, pero con que acá la metadona fuera más asequible ya estaríamos mucho mejor. La metadona me quita la maluquera y el cólico, y con la marihuana puedo pensar. Voy a ensayar tomar las dos juntas para ver si así sí me desengancho de la heroína.

Harold

La policía me agarró robándome un bolardo. Me condenaron a 42 meses de cárcel, pero cumplí 38, en Honda, porque era la única donde había cupo. La maluquera fue horrible, no me dieron nada. Intenté cortarme las venas de la desesperación. Cuando salí dije que ya iba a dejar la heroína, pues ya después de todo ese tiempo de ni probarla. Pero me enteré de que mi novia se había muerto de una neumonía y recaí.

Ruta de acceso en Armenia

En Quindío operan tres programas de metadona que alcanzan a atender a 300 usuarios: Centro de salud La Milagrosa (programa ambulatorio), Hospital Mental de Filandia (HMF) (programa de internación en Filandia y programa ambulatorio en Armenia) y Clínica el Prado (tabla 2). Según el REPS,⁷⁶ a octubre de 2018 solo estaban habilitados los programas del HMF. Fue posible entrevistarnos con los primeros dos servicios. Adicionalmente, hay un CAD (Fenacorsol) que no dispensa metadona pues no tiene farmacia habilitada, pero en convenio con el HMF, los pacientes reciben la metadona de esta manera. Esta IPS no aparece en el REPS.

76 En varios casos encontramos que el REPS no está actualizado, así que el listado de IPS habilitadas no concuerda con las que están operando, con habilitación, en las ciudades. Esto muestra que en muchos casos el REPS no refleja la oferta de servicios real de cada ciudad.

Tabla 2**Consumo de metadona y población en el departamento del Quindío entre 2011 y 2015**

Medicamento	2011	2012	2013	2014	2015
Metadona HCL X 10 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	505	3900	174	0	70
Metadona HCL X 40 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	5.135	6.560	7.868	3.546	5.447
Población total	568.506				
Población que usa drogas por vía inyectada en Armenia (2014)	1.850				
Programas de metadona	3				

FUENTE: elaboración propia con datos del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), el Estudio Nacional de Heroína, y las visitas de campo a cada ciudad.

Además, la Alcaldía de Armenia tiene un Centro de Escucha, como parte de las labores de la Secretaría de Salud, desde el Programa de Salud Pública, que opera en una carpa móvil e itinerante con servicios de reducción de daños, generalmente ubicada en el centro, donde hay entrega de material higiénico y asesoría a personas que usan drogas. El equipo de atención incluye un psiquiatra (una vez por semana), una enfermera, dos ayudantes de enfermería, una pedagoga social y dos personas de apoyo a la gestión.

En el 2017 este programa atendió a 300 personas, de las cuales la mayoría son habitantes de calle, y solo algunos son estudiantes. Algunos visitan el punto de manera recurrente, pero otros pueden registrar solo una visita. Además de operar en la carpa, también hacen recorridos de calle en búsqueda de usuarios, para darles a conocer el programa. Esto es necesario pues muchas personas indican que temen acercarse a los servicios de salud por miedo a sanciones o maltratos. Este programa refiere a los usuarios del Centro de Salud La Milagrosa. La carpa opera como un “enganche” para acompañar en la ruta a aquellas personas que quieran tratamiento. Todas estas características del funcionamiento de este programa dan cuenta de un abordaje de bajo umbral, que lo hace más amigable hacia la población.

Fenacorsol tiene una sede amplia para la internación, y una historia polémica sobre el manejo de las adicciones. Este centro funciona bajo

el modelo de “comunidades terapéuticas” y, en palabras del coordinador del programa, en el pasado era común el uso del castigo, la humillación, y hacer que la persona “toque fondo” como herramientas del tratamiento. Han operado en Armenia desde hace más de 10 años, pero hoy reportan que están cambiando su modelo de atención hacia uno de terapia cognitiva conductual, con equipos interdisciplinarios de médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. Según el coordinador del centro, desde entonces ya no ocurren este tipo de abusos. Están habilitados como CAD, atienden a 30 personas en modelo de internación, y el 30 % de estas son usuarias de heroína. Para ingresar a Fenacorsol deben tener orden autorizada por la EAPB, emitida por el psiquiatra. También ocurre que los pacientes ingresan a urgencias y desde ahí se emite la orden para trasladarlos. En esta ruta de atención no está clara la aplicación de consentimiento informado. El tratamiento en esta institución dura 12 meses, divididos en seis niveles de cumplimiento de objetivos, y en los últimos niveles se enlaza con programas de inserción laboral.

Por su parte, el HMF atiende entre 80 y 100 pacientes, en sus dos sedes. Para ingresar al tratamiento, el paciente llega a consulta con el trabajador social para iniciar la ruta de afiliación a la EAPB, de ser necesario. Posteriormente debe remitirse a la EAPB donde lo dirigen a medicina general y a varios exámenes. Dependiendo del caso, se emite orden de internación o de programa ambulatorio. En la sede de Filandia, donde opera el servicio hospitalario, la internación dura un mes y hay disponibilidad de 28 camas. En la sede de atención ambulatoria, ubicada en Armenia, atienden aproximadamente 70 pacientes, muchos de ellos son padres de familia y un 98 % son hombres entre los 20 y 28 años que empezaron a consumir a temprana edad y tienen una intensa carrera de consumo. Para recibir la metadona por varios días deben cumplir tres veces consecutivas la prueba mensual sin rastros de opioides. En ambos servicios hay equipos interdisciplinarios de atención. En la sede ambulatoria hay atención por psiquiatría cada dos semanas.

El Centro de Salud La Milagrosa es un centro de primer nivel, operado por RedSalud Armenia que es la Empresa Social del Estado (ESE) del municipio, y tienen un programa ambulatorio de metadona. El equipo de atención cuenta con enfermería, psicología y trabajo social. Dado que el programa opera en un centro de salud donde hay atención de todo tipo (vacunación, pediatría, exámenes de laboratorio), ha sido necesario llegar a acuerdos tanto con la comunidad como con las PQUD para no generar

roces. La mayoría de los pacientes son hombres jóvenes, sin título de bachillerato y sin empleo. Para los que están empleados, se les empieza a dispensar para llevar a sus casas según informe de trabajo social y autorización del psiquiatra. Según información de la página web, a partir del 1 de octubre de 2018 este programa se traslada al Hospital del Sur.

La Clínica El Prado es una IPS especializada en salud mental, y cuenta con un programa de metadona. Está ubicada hacia el norte de la ciudad, por lo que muchos pacientes prefieren los otros dos programas que están más cerca de donde viven. En todos los programas indicaron que inician con dosis de metadona alrededor de los 20 mg, pero esta no es la dosis con la que se hace el mantenimiento, pues se va ajustando según las necesidades del paciente.

Ruta de acceso en Cali

En Cali hay dos programas de metadona habilitados: el primero es operado por la IPS Fundar Colombia, uno de los más costosos, y el segundo es financiado por la Alcaldía de Cali en la IPS Pilsen Wellness Center, que fue abierto meses después de nuestro trabajo de campo en la ciudad. Hay otros centros de atención donde los psiquiatras formulan metadona –ESE Centro, Hospital Psiquiátrico y Ciclo Vital–. Hay otra IPS a la que algunos entrevistados hacen referencia –Fundación La Luz– pero esta no cuenta con metadona (tabla 3).⁷⁷

En esta ciudad el proyecto *Cambie*⁷⁸ inició sus labores desde 2015 operado por ATS en colaboración con equipos comunitarios locales.⁷⁹ En años subsiguientes, el programa ha sido continuado por la Alcaldía de Cali, y hoy se llama “Programa de reducción de riesgos y daños”. El Programa atiende a los usuarios en un local ubicado en el centro de la ciudad, a pocos pasos del punto de mayor consumo, conocido como la “Calle del H”. En las instalaciones se hace entrega de material higiénico, se brinda asesoría, atención de crisis y de sobredosis, y se acompaña a los usuarios en la ruta hacia el tratamiento. De acuerdo con funcionarios del Fondo Nacional de Estupefacientes, el programa de reducción de riesgos y daños financiado por el municipio de Cali es uno de los más estructurados

77 Al momento de escribir este reporte aparecía una IPS más en el REPS: la Clínica Basilia, de la cual no tuvimos conocimiento durante la visita.

78 El proyecto *Cambie* fue un programa de la ONG Acción Técnica Social (ATS) que operó programas de intercambio de material higiénico en Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Dosquebradas y Santander de Quilichao.

79 Ver Especial Proyecto *Cambie* en Cali, en <https://youtu.be/LLrkmorqFM4>

del país, entre otras razones por la continuidad que ha tenido a lo largo de los años. En 2018, debido a las dificultades administrativas para seguir operando con una IPS pública, se realizó un convenio con la IPS Pilsen Wellness Center, que tiene 25 cupos disponibles para tratamiento. Este servicio ofrece, además del suministro de metadona, atención en psicología y terapia ocupacional.

Tabla 3
Consumo de metadona y población en el departamento del Valle del Cauca entre 2011 y 2015

Medicamento	2011	2012	2013	2014	2015
Metadona HCL X 10 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	908	735	1.569	2.531	3.402
Metadona HCL X 40 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	195	318	827	1.330	1.845
Población total	4.660.741				
Población que usa drogas por vía inyectada en Cali (2014)	3.501				
Programas de metadona	1				

FUENTE: elaboración propia con datos del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), el Estudio Nacional de Heroína, y las visitas de campo a cada ciudad .

Por su parte, Fundar Colombia opera desde 2009 con un modelo de atención con perspectiva bio-psico-socio-espiritual que pretende dar una mirada integral al individuo; cuenta con un equipo conformado por psiquiatra, médico, terapeuta ocupacional y enfermeros. El programa de alto umbral –internamiento– tiene capacidad para 30 personas. En los programas de metadona hay opciones entre abstinencia total y abstinencias parciales. Al inicio la metadona se dispensa a diario, y después de 90 días se pueden entregar más dosis para llevar a la casa. En promedio los programas duran 6 meses con el acompañamiento integral, y después las personas están por fuera de la Fundación.

En el Hospital Psiquiátrico también atienden a esta población, pero tienen dificultades para abarcar la demanda, pues este hospital cubre la demanda de salud mental de todo el suroccidente colombiano. En general atienden a 15 pacientes por mes quienes, para ser ingresados, deben cumplir con el requisito de tener una red de apoyo, lo que implica que, para los habitantes de calle –que generalmente han perdido redes de apoyo–,

es casi imposible ingresar. Cabe anotar que en este hospital no hay metadona disponible en el servicio de urgencias, lo que puede indicar que las personas que usan heroína e ingresan por alguna urgencia a este hospital, se ven sometidas al síndrome de abstinencia. Con respecto a la dosis de metadona, al principio la dosis no pasa de 30 mg, luego pasan a 40 mg y se suelen estabilizar entre 40 y 80 mg.

Ruta de acceso en Cúcuta

En Cúcuta, el papel del Centro de Escucha Consentidos⁸⁰ es crucial para acompañar las rutas hacia el tratamiento.⁸¹ Tienen su sede en el Canal Bogotá, un punto importante de consumo en la ciudad, donde confluyen además muchos habitantes de calle. Hacen recorridos de calle todas las noches, incluidos fines de semana y días festivos, en búsqueda de personas que usan drogas, para la entrega de material higiénico.⁸²

El único programa de metadona habilitado en Cúcuta es el del Hospital Mental Rudensindo Soto, que lleva tres años en funcionamiento y solo tiene 32 cupos ante una demanda mucho mayor, por lo que hay una larga lista de espera. Se habla de otros lugares que dispensan metadona en zona rural o en municipios vecinos, pero estos centros no están habilitados (tabla 4).

Para recibir atención en salud hay dos rutas que van en paralelo: las rutas de salud mental y la de salud física. La ruta de salud física, que es atendida en centros de salud, se usa para todo lo que no sea relacionado con el uso de SPA, aunque en algunos casos son situaciones de enfermedad derivadas de este consumo. En la ruta de salud mental deben ser evaluados primero por médico general, después remitidos al Hospital Mental Rudensindo Soto donde les piden exámenes y valoraciones, y deben pasar otra vez por médico general para obtener la orden del tratamiento. Varios nos dijeron que esta ruta es muy larga, y a veces las personas no están en capacidad de esperar. Hasta hace algún tiempo también estaba habilitado el CAD Stella Maris, donde había dispensación de metadona, pero ya no

80 Consentidos es una organización no gubernamental que, para implementar el modelo de Centro de Escucha, ha contado con acompañamiento financiero y técnico de manera esporádica por parte de la Alcaldía municipal de Cúcuta y de instituciones del nivel nacional como los ministerios de Salud y de Justicia.

81 En Cúcuta no entró el Proyecto Cambie, sino que fue una iniciativa local.

82 Al momento de escribir este reporte el programa de jeringas había sido discontinuado.

están operando debido a las dificultades para cumplir con los requisitos de la habilitación.

Tabla 4
Consumo de metadona y población en el departamento de Norte de Santander entre 2011 y 2015

Medicamento	2011	2012	2013	2014	2015
Metadona HCL X 10 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	1.048	888	834	376	319
Metadona HCL X 40 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	610	736	1.132	1.330	964
Población total	1.367.708				
Población que usa drogas por vía inyectada en Cúcuta (2014)	2.006				
Programas de metadona	1				

FUENTE: elaboración propia con datos del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), el Estudio Nacional de Heroína, y las visitas de campo a cada ciudad.

En el Hospital Mental hay programa ambulatorio y programa intra-hospitalario. Para ambos se debe seguir la misma ruta para acceder al tratamiento, y esta puede tomar varios meses por las largas listas de espera en esta institución. En todos los casos el paciente debe ingresar a hospitalización por unos días para la desintoxicación. En caso de resultar positivo para VIH, hepatitis B o C, los pacientes deben llevar un certificado del servicio de infectología que verifique que están en tratamiento, de lo contrario no pueden ser admitidos en el programa. Tienen 32 cupos en la hospitalización, y en octubre de 2017 tenían 38 usuarios activos en el programa ambulatorio de metadona. El tiempo de duración del tratamiento depende de cada paciente, de su adherencia al tratamiento, su tiempo de abstinencia y su proceso de asimilación al bajar la dosis de metadona, que es una prioridad para el psiquiatra.

El acceso de los pacientes a la metadona fuera de la institución es restringido, solamente se hacen excepciones en algunos casos por los temas de viajes, horarios de trabajo, etc. Dispensan todos los días, incluidos festivos, en dos horarios. Deben consumir la metadona inmediatamente de acuerdo con la dosis diaria establecida. La dosis se disuelve en un vaso con agua y solo la puede consumir cuando esté completamente disuelta para evitar que los residuos se puedan vender. Antes de administrarla se

le revisan los signos vitales por el efecto relajante del medicamento para evitar una baja de la tensión. Según las enfermeras del hospital, la dosis que se maneja en este hospital es de máximo 40 mg.

Ruta de acceso en Pereira

En Pereira operó el Programa Cambie por cuatro años, y en este la Corporación Teméride con sus servicios de atención al habitante de la calle fue el operador local.⁸³ En la ciudad se viene trabajando desde el 2016 con el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (Fonade), con el programa de material higiénico a través de la ESE Salud Pereira. En un periodo de transición en el 2017, tras la salida del Proyecto Cambie, la Alcaldía municipal y el FNE cofinanciaron la implementación de un centro que atendía a los usuarios de día. Todas las iniciativas han sido intervenciones de reducción de daños, con entrega de material higiénico, implementos para la salud sexual, acompañamiento en expedir documentos de identidad, afiliación al sistema de salud y a la ruta de tratamiento.

Pereira además tiene la particularidad de funcionar como ciudad-región con el municipio vecino de Dosquebradas, donde hay una población significativa usuaria de heroína, y donde también operan los programas de reducción de daños para alcanzar a la población que lo necesita.

Hay dos programas de metadona en Pereira: el Centro de Atención a la Drogodependencia de Risaralda (Cadri) en el Hospital Mental de Risaralda (Homeris) y la IPS Psico Salud y Transformación. El Homeris es el único que sale reportado en el REPS (tabla 5).

En el Cadri –cuya sede está en el Homeris– funciona el programa ambulatorio, donde también opera el programa de internación, y el modelo de atención se define para cada paciente según sus necesidades. Para febrero de 2018 había 170 pacientes de los que 141 estaban en el tratamiento con metadona. La mayoría de los pacientes son hombres jóvenes, hay pocas mujeres. Muchos de estos llegan con el acompañamiento de los programas de reducción de daños, en particular de la Corporación Teméride, que hace las gestiones para solicitar la cédula y la afiliación al sistema de salud. Los nuevos ingresos son entre tres y cuatro cada semana. El programa es interdisciplinario, con psicología, enfermería y trabajo social. Dentro de lo posible se involucra también a la familia en el tratamiento. Las sedes del Cadri y el Homeris están ubicadas en el extremo sur de la

83 Ver Especial Proyecto Cambie en Pereira y Dosquebradas, en <https://youtu.be/oSsgu59j1bw>

ciudad, en la vía a Cartago. Muchas personas, considerando el costo en dinero y tiempo que representa ir al Homeris por la metadona, prefieren destinar esos recursos a consumir heroína, pues de todas maneras cumple la función de aliviar los síntomas incómodos del síndrome de abstinencia.

Tabla 5
Consumo de metadona y población en el departamento de Risaralda entre 2011 y 2015

Medicamento	2011	2012	2013	2014	2015
Metadona HCL X 10 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	1.596	954	1.753	1.285	1.565
Metadona HCL X 40 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	1.015	1.901	2.459	2.935	2.288
Población total	957.254				
Población que usa drogas por vía inyectada en Pereira (2014)	2.442				
Programas de metadona	2				

FUENTE: elaboración propia con datos del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), el Estudio Nacional de Heroína, y las visitas de campo a cada ciudad.

Psico Salud y Transformación es una IPS que lleva 10 años trabajando en el campo del tratamiento del trastorno por uso de sustancias. Tienen capacidad para 30 personas, de las cuales la mitad usan drogas por vía inyectada. En internación, en el programa de metadona, el tratamiento dura un año. La mayoría de los pacientes que tienen son hombres de 19 a 27 años, sin el bachillerato terminado y de estratos bajos, casi todos de familias monoparentales. Muchos de ellos viven con VIH o han tenido algún tipo de hepatitis en la trayectoria de consumo. Para acceder al tratamiento se debe hacer la ruta de atención con la EAPB, similar a la que hemos detallado antes.

La dosis de metadona en ambas entidades inicia con 40 mg y se ajusta a cada paciente.

Ruta de atención en Santander de Quilichao

En Santander de Quilichao se desconoce el estimado de la población que usa heroína, pero es evidente que hay necesidad de una oferta en salud para esta población.⁸⁴ En esta ciudad se realizó un primer acercamiento por

84 Ver Especial Proyecto Cambie en Santander de Quilichao, en <https://youtu.be/SKuSt1qMn3c>

parte del Ministerio de Justicia a través de la Corporación Acción Técnica Social (ATS) para realizar una caracterización del consumo de heroína, formular respuestas de salud pública y capacitar a las autoridades locales en intervenciones de reducción de daños. Este proceso generó grandes expectativas en las PQUD, sus familias y los programas que atienden la problemática, pero a la fecha no se ha implementado ningún programa de atención con base en ese estudio. Cabe resaltar que en este municipio casi no se presenta consumo por vía inyectada, sino que la mayoría es fumado o inhalado, así que la entrega de material para inyección no es la principal prioridad. Sin embargo, la falta de programas de base comunitaria o centros de “enganche” dificulta el acceso a los servicios de salud, pues no hay acompañamiento en la ruta hacia la atención y el tratamiento.

Tabla 6
Consumo de metadona y población en el departamento del Cauca entre 2011 y 2015

Medicamento	2011	2012	2013	2014	2015
Metadona HCL X 10 MG Presentación: Fco. 20 tabletas	130	413	201	537	766
Metadona HCL X 40 mg Presentación: Fco. 20 tabletas	100	120	95	312	630
Población total	1.391.836				
Población que usa drogas por vía inyectada en Santander de Quilichao (2014)	DATO NO DISPONIBLE				
Programas de metadona	1				

FUENTE: elaboración propia con datos del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), el Estudio Nacional de Heroína, y las visitas de campo a cada ciudad.

En esta ciudad, previo a la caracterización del 2017, ya había desde hace tres años oferta de servicios de tratamiento con metadona en el Hospital Francisco de Paula Santander (HFPS) con distintos modelos de atención:

- Atención temprana: a menores en riesgo de consumo de sustancias.
- Centro de día: ambulatorio para jóvenes consumidores que no tienen red de apoyo.
- Ambulatorio: jóvenes consumidores de sustancia pero que tienen que trabajar.

- **Bajo umbral:** personas que ya abandonaron varios procesos y que intentan dejar la heroína con metadona.
- **Internación en finca:** personas que bajo criterio de psiquiatría deben ser internadas con metadona para desintoxicación o mantenimiento.

Si bien en Santander de Quilichao no hay datos sobre la población estimada de personas que usan heroína, de acuerdo con la coordinadora del Programa en el HFPS, en esta ciudad pasan 380 personas por tratamiento al año, el 75 % de los usuarios de heroína, la mayoría hombres entre los 15 y 45 años, desescolarizados y con trabajos informales, muchos con antecedentes penales. Los internos pasan 6 meses en ese programa y luego van a ambulatorio. Adicionalmente, hay un centro de rehabilitación en Tunia, corregimiento del municipio de Piendamó, a 40 minutos de Santander de Quilichao, que atiende también población de varios municipios vecinos. En este centro dispensan metadona aun cuando no están habilitados para ello, pero además indican que tratan el síndrome de abstinencia con una combinación de complejo B y metadona (25 g). Ninguno de los dos programas –Hospital Francisco de Paula Santander o Tunia– aparece en el REPS.

Barreras en la ruta de atención y sus impactos en los derechos humanos de las PQUD

La Comisión Asesora para la Política de Drogas ha llamado la atención sobre la necesidad de incluir la perspectiva territorial en el diseño de las políticas de drogas, pues es en los territorios donde la problemática del consumo de SPA se desarrolla de acuerdo con las particularidades locales (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2015, p. 11). Sin embargo, la implementación de las políticas nacionales a nivel local sigue siendo uno de los principales retos en este tema.

Como se verá en detalle en la última sección de este capítulo, el Gobierno nacional (Minsalud y Minjusticia), la sociedad civil y algunas autoridades locales, con el apoyo de la cooperación internacional, han hecho esfuerzos para atender la problemática del consumo de heroína desde una perspectiva de reducción de riesgos y mitigación de daños, tal como se ha propuesto en las políticas del orden nacional. Los programas de reducción de daños han permitido establecer un contacto directo con la población consumidora de heroína, han tratado de atender sus necesidades

más inmediatas y, ante todo, se han convertido en un canal para quienes quieren acceder a tratamiento de manera voluntaria.

En términos de acceso a tratamiento para el consumo problemático de drogas a nivel local, la información más reciente con la que se cuenta es el “Estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia – 2016”, elaborado por el Ministerio de Salud. A partir del análisis de diferentes bases de datos y fuentes de información se construyó un censo con 181 instituciones que prestan servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA. Dentro de los criterios para ser parte de las instituciones censadas se encontraban todas aquellas que ofrecieran uno o más de los siguientes servicios: internación hospitalaria, internación parcial diurna (hospital día) o nocturna (hospital noche), atención ambulatoria en baja o mediana complejidad o internación no hospitalaria (residencial) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este estudio encontró que casi el 66 % de las instituciones que prestan estos servicios están en Bogotá y cinco departamentos (Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca). Al menos 9 de los 32 departamentos no cuentan con instituciones que presten estos servicios, es decir, las personas con consumos problemáticos que voluntariamente quisieran acceder a tratamiento tendrían que desplazarse a otros departamentos, siempre y cuando sus EAPB tengan convenio con las IPS en las zonas a donde se desplacen. Con respecto a los departamentos objeto de esta investigación, Valle del Cauca y Quindío cuentan con el mayor porcentaje de instituciones, con cerca del 8 %, seguidas de Cauca con 4 %, Risaralda 3 % y Norte de Santander 1,2 %. Esta es una cifra bastante preocupante si tenemos en cuenta que en Bogotá se concentra el 20 % de estas instituciones, es decir, hay una concentración de IPS que prestan este servicio en Bogotá en comparación con otras ciudades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Asimismo, en los 23 departamentos donde sí hay estas instituciones, el 50 % de ellos cuenta con menos de 5 IPS que presten estos servicios y la mayoría están en las ciudades capitales. “La oferta de servicios especializados de tratamiento al consumidor de SPA es inexistente en cerca del 95 % de los 1122 municipios que tiene el país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 94).

Si bien existe una correlación entre los departamentos y las ciudades donde hay mayor prevalencia de consumo de SPA, y donde hay mayor

oferta de servicios de tratamiento (Bogotá, Antioquia, Valle y Quindío), hay otros departamentos con una prevalencia alta de consumo problemático que no cuentan con una oferta considerable de estos servicios, tal es el caso de Meta, Nariño, Norte de Santander y Risaralda (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la mayoría de estas instituciones son privadas y cerca del 60 % están registradas como entidades sin ánimo de lucro, en particular fundaciones, asociaciones, corporaciones y organizaciones canónicas. En términos del modelo de tratamiento, si bien en comparación con el censo realizado en el año 2004⁸⁵ se ha incrementado el abordaje clínico psicológico de los casos, el modelo de los 12 pasos y la comunidad terapéutica⁸⁶ siguen siendo los más prevalentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Igualmente, solo el 20 % de las instituciones censadas atienden urgencias por intoxicación o sobredosis de SPA. Aunque ha habido un incremento del 20 % en las instituciones que prestan este servicio en comparación con el 2004, la mayoría de ellas están ubicadas en tres ciudades capitales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De las cifras presentadas por el estudio del Ministerio de Salud se puede concluir que aún hay un déficit importante de la oferta de servicios de tratamiento para el trastorno de dependencia de las SPA que estén basados en la evidencia, aunque no hay como tal un estándar del mínimo de instituciones necesarias para abastecer la demanda. Lo cierto es que, según lo que constatamos en el trabajo de campo, las largas listas de espera para ingreso parecen indicar que las instituciones disponibles no son suficientes. Adicionalmente, no existe información consolidada sobre la cantidad y calidad de servicios de tratamiento especializados para usuarios de heroína. Así, se puede concluir que a pesar de contar con un amplio marco normativo en la materia aún persisten importantes barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud para esta población.

85 En 2004, el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) hizo la actualización del mapa de la oferta de servicios de tratamiento para consumidores de sustancias psicoactivas (SPA), a través del “Diagnóstico situacional de las instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia”.

86 El modelo de 12 pasos o modelo Minnesota es un conjunto de acciones que emanaron de los primeros grupos de Alcohólicos Anónimos (AA).

Este panorama institucional y social permite decir que las dificultades en el acceso tienen que ver con la calidad de los servicios, la accesibilidad física y la accesibilidad económica, pues, aunque son servicios incluidos en el PBS, muchas veces se debe acudir a tutela o al pago de bolsillo. Como detallamos en el capítulo 1, la dependencia de la heroína tiene un tratamiento basado en la evidencia y consiste en el mantenimiento con metadona, sumado a la atención psicosocial integral. Sin embargo, como encontramos en esta investigación, el acceso a esta opción está plagado de obstáculos ligados a la incapacidad del sistema de salud para dar respuestas que se ajusten a las realidades de esta población.

Las personas que consumen heroína, además de incurrir en la ilegalidad y de cargar con el estigma de la sociedad sobre ellas, están inscritas en espacios donde detentan muy poco poder frente a los otros, dado que carecen de redes de apoyo, poder económico suficiente y posibilidades de agenciar las demandas en salud que requieren. Están sujetas a las reglas de los programas de metadona que, en algunos casos, incluyen normas excesivas como no compartir comida, vestirse de cierta manera y no recibir visitas de los familiares. Los programas a menudo demandan a los pacientes condiciones difíciles de cumplir, por ejemplo, les exigen que por varios meses la metadona se dispense cada día, y condicionan la atención en salud a la exigencia del tratamiento cuando existen otras comorbilidades como VIH, hepatitis B o C. Hay una constelación de figuras de poder –en particular los profesionales de la salud– que definen y aplican las reglas y, en últimas, la manera de vivir. En la población hay entonces una enorme resistencia al profesional médico por su comportamiento frente a esta, pues se siente con superioridad moral y los tratan con arrogancia.

Por otro lado, cabe subrayar que el miedo y las amenazas de castigo desgastan la energía de una persona, específicamente en las áreas del cerebro encargadas del autocontrol y el razonamiento abstracto (Szalavitz, 2016, pp. 6 y 58). Respecto a las personas que requieren los programas de metadona, conocimos casos en los cuales la sustancia misma es usada como una herramienta de castigo: si la persona llega tarde al servicio, o se encuentra que ha estado consumiendo otra sustancia, se le castiga negando la metadona.

La represión y persecución de la policía, además de la amenaza del encarcelamiento y el acoso, tiene efectos prácticos sobre los itinerarios de las PQUD. Cuando la policía hace operativos e intervenciones en las “ollas”, quienes más sufren son los consumidores de heroína, pues en los

días posteriores, mientras la Policía hace presencia, se suspende la venta de esta droga. Cuentan quienes recorren las calles y los circuitos de consumo que en estos lugares se encuentra a todas las personas sufriendo síndrome de abstinencia. Además de esto la policía, en lugar de dar prioridad a las necesidades de salud de esta población, la trata como una amenaza para la seguridad ciudadana, como revela el relato de la mamá de un paciente: “Una vez que le dieron un machetazo [en la calle] lo llevaron a Urgencias y allí mismo lo esposó la policía, lo llevó a la cárcel y le dieron una paliza”.

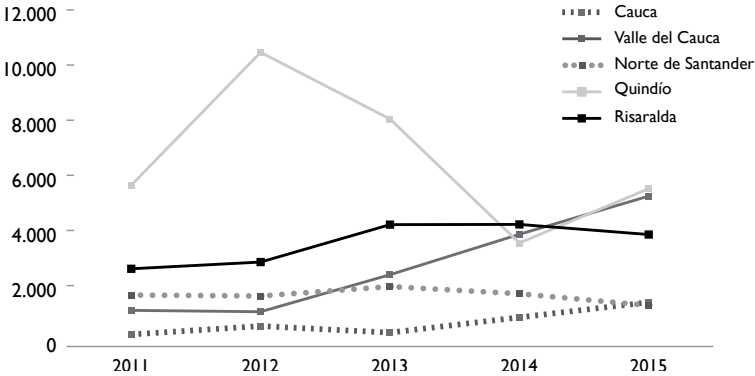
En el caso de los programas de reducción de daños ocurre a menudo que hay policías que decomisan los kits de material higiénico, aun cuando saben que estos son entregados por los gobiernos locales. Se dan casos de maltrato al habitante de la calle, insultos y cachetadas. El problema adicional es que, dado que esta es una población flotante, los programas de reducción de daños hacen jornadas de sensibilización con los agentes del cuadrante donde hay núcleos de consumo, pero cuando las personas pasan por otros barrios se enfrentan a policías que no han sido sensibilizados.

El tratamiento de mantenimiento con opioides tiene muchas resistencias y carga un grave estigma, tanto de profesionales de la salud como de los pacientes y familiares. En el curso de la investigación, varias personas indicaron que lo consideran como “reemplazar una adicción por otra”, pero esa percepción desconoce varios factores clave para entender los procesos adictivos. En primer lugar, el trastorno del uso no se trata solo de las sustancias sino de los patrones de comportamiento aprendidos. Esto lo explica bien Skinner al hablar de *set and setting*, es decir: el lugar y ambiente del consumo, a través del cual se instalan los hábitos de uso, que son generalmente irregulares, y dependen de si hay dinero y si hay posibilidad de comprar la droga (Skinner, citado por Szalavitz, 2016, pp. 127-128). Al reemplazar este consumo con una dosis estable, regular, administrada en el mismo lugar y a la misma hora, la persona puede alcanzar una meseta de tolerancia, y alrededor de esta meseta se pueden realizar otras intervenciones psicosociales en pro de la recuperación. Adicionalmente, en la dosis adecuada, la metadona no genera una “traba” o “viaje”, así que las personas pueden seguir o retomar actividades de la vida cotidiana, pues no están “drogadas” (pp. 130-131).

La dosis del medicamento de sustitución debe ser definida por un profesional entrenado y, en promedio, para que cumpla la función de mantenimiento en estabilizar la funcionalidad de la persona, disminuir la

ansiedad y las ganas de consumir heroína, la dosis se administra por periodos que superan los seis meses (WHO, UNODC y UNAIDS, 2004, p. 12). A pesar de las limitaciones en la oferta de servicios, las ciudades con consumo de heroína sí han presentado un aumento leve en el uso de metadona, como se refleja en la gráfica 4.⁸⁷

Gráfica 4
Consumo de metadona en miligramos, 2011-2015



FUENTE: elaboración propia con cifras del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos.

Las barreras identificadas en la investigación para el caso del acceso a tratamiento de mantenimiento con metadona están categorizadas según la causa estructural a la que obedecen: 1) fiscalización de los medicamentos opioides y sus barreras de acceso; 2) el sistema de salud y la dificultad para acceder a tratamiento para abordar el consumo problemático de SPA; 3) la falta de formación de los profesionales de la salud en materia de trastorno por uso de SPA; y 4) barreras derivadas del estigma hacia las PQUD.

La mayoría de estas barreras se presentan en las cinco ciudades, pues obedecen a normas o prácticas sociales comunes al país frente al derecho a la salud, y en particular a la población analizada. Además, algunos de estos obstáculos para la atención están entremezclados puesto que, por ejemplo, el estigma genera una aversión y rechazo a recibir a estos pacientes para atención en salud no relacionada con el consumo de drogas.

87 Cabe anotar que no es posible determinar qué proporción del consumo de metadona se usa en cada ciudad para terapia de sustitución y para manejo del dolor.

La fiscalización de los medicamentos y sus barreras de acceso

El hecho de que el tratamiento para el consumo problemático de heroína requiera un medicamento fiscalizado como es la metadona implica que hay problemas para asegurar su disponibilidad y accesibilidad debido a restricciones de la norma, o a aplicaciones excesivas de esta.

En cuanto a problemas de desabastecimiento, en varias ciudades las IPS que operan los programas de metadona nos reportaron que esto ha ocurrido en momentos por periodos largos y en estos casos los usuarios recurren al mercado ilegal. En Cúcuta han llegado a pasar hasta tres meses en los que no se consigue metadona en ninguna farmacia. En un desabastecimiento prolongado de metadona, el riesgo de una recaída es muy alto, tal fue el caso en Pereira en el 2012 cuando hubo un desabastecimiento durante más de un año, y varios pacientes se “perdieron”. Este problema no es compartido por todas las IPS, y de hecho algunas indican que nunca han tenido desabastecimiento porque hacen las compras calculando para tener siempre una reserva. En contraposición, cuando le preguntamos a los FRE sobre el tema de desabastecimiento no solo de metadona, sino en general de los medicamentos opioides, la mayoría afirmaron que estos episodios eran muy escasos y que se debían en gran medida a las demoras en el proceso de compra y entrega del FNE. Es de anotar que los FRE utilizan como base para definir el número de unidades de medicamentos que van a comprar el promedio de ventas a IPS del año anterior, lo cual es problemático porque estas cifras no reflejan la demanda real de estos medicamentos por parte de la población que los necesita.

Sobre este punto es importante resaltar que la compra de reservas solo es posible para una IPS que sea medianamente robusta en términos financieros, y esto solo puede ocurrir en tanto las EAPB con las que tengan convenio sean cumplidas con los pagos. Como observaremos más adelante, este no es el caso en todas las IPS, lo que hace que para algunas comprar una reserva de metadona no sea posible.

Las IPS que prestan estos servicios y están habilitadas para dispensar los medicamentos compran la metadona al FRE o a las farmacias autorizadas para venta. Estas compras generalmente son anuales, para la vigencia próxima, pero las EAPB pagan a sus IPS por el año vencido. Esto significa que los programas de metadona deben pagar por adelantado los medicamentos y servicios que dan a los pacientes de las EAPB, y estos son

costosos, en particular en el caso de la metadona que es un medicamento importado.

El desabastecimiento también puede obedecer a una compra más baja de la demanda real de cada departamento. La metadona, como describiremos en el capítulo 3, tiene también un uso para manejo y alivio de dolor. Sin embargo, los médicos que atienden a PQUD indican que no se ha ampliado la compra de metadona a nivel departamental para abastecer la emergente necesidad de tratamiento al consumo de heroína. Al indagar en las entrevistas sobre los procesos de estimación de cupos y compras en cada FRE, fue evidente que en ningún caso se están tomando en consideración estudios epidemiológicos que permitan estimar la necesidad de medicamentos opioides.

En cuanto a la dispensación en farmacia existen problemas por las restricciones que impone la norma y la interpretación. Cada departamento tiene su propio recetario, lo cual impide el acceso para pacientes que vienen de distintas regiones. Este caso es patente en ciudades que son vecinas en las fronteras departamentales, y que comparten población de pacientes, por ejemplo, Cali y Santander de Quilichao. La persona de Santander que viaja a Cali para atención recibe una fórmula médica en el recetario de la Gobernación del Valle del Cauca, pero necesitará reclamar el medicamento en la ciudad donde reside, que queda en el Cauca. Si bien la regulación del FNE permite que se dispensen los medicamentos en un departamento diferente al formulario de receta, conocimos de muchos casos en los cuales los establecimientos farmacéuticos no aplican esta norma.

Si bien la norma (Resolución 1478) no dice en ninguna parte que no se puede dispensar con receta médica de otro departamento, en muchas ocasiones el servicio farmacéutico interpreta las normas más allá de lo que realmente exigen, y no dispensa medicamentos de control con recetas que no sean del mismo departamento. Se requieren un original y dos copias de cada fórmula para el establecimiento farmacéutico, la EAPB y el paciente. En algunas ocasiones, los recetarios oficiales se acaban en la gobernación, lo que deja a los médicos ante la imposibilidad de recetar el medicamento. Estas barreras a veces son superadas fácilmente, con funcionarios de FRE y farmacias que reconocen la falencia de la autoridad departamental en imprimir una cantidad suficiente de recetarios, y permiten la formulación en el talonario del médico, mientras llegan nuevos recetarios. Hay otros funcionarios estrictos que se apegan a la norma, y en esos casos los pacientes se pueden quedar sin opioides tanto tiempo como no haya recetarios

en el departamento. Esto es una grave violación del derecho a la salud de estas poblaciones.

Si bien la norma que rige los medicamentos controlados indica que cualquier médico puede recetar opioides, en la práctica solo los psiquiatras –y una porción limitada de estos– recetan metadona a esta población. Como veremos adelante, esto tiene que ver con la falta de formación de los médicos, pero además con una errónea interpretación de la norma.

Ciudades como Cali, que cuenta con capacidad institucional suficiente, y voluntad política para tener un programa de metadona, encuentra una barrera en que no haya autonomía municipal para comprar los medicamentos controlados directamente al FNE. Existe la figura de compras directas desde hospitales públicos de tercer y cuarto nivel, pero esta opción es poco conocida y poco explorada.

Por último, a nivel administrativo, en los FRE los relevos en la administración departamental a veces generan cambios y confusión indeseados que se configuran como barreras para dar continuidad a los procesos de compra ante el FNE.

El sistema de salud y la dificultad para acceder a tratamiento para abordar el consumo problemático de SPA

Los tratamientos de bajo umbral, que son los que tienen mayor potencial de establecer confianza y restablecer derechos de las PQUD, tienen muy poca financiación y personal. Además, el bajo umbral no tiene plena continuidad en muchas ciudades. Mientras funciona, se logra alcanzar cambios de hábitos en los usuarios y prevenir infecciones u otros problemas de salud, pero todo esto se pierde en el momento en que hay transiciones en el programa que no permiten garantizar la continuidad de los servicios.

Por otra parte, una gran barrera es que el primer nivel de atención en salud cuenta con escasos servicios de salud mental y de atención en trastorno de sustancias.⁸⁸ Es en este nivel donde hay más potencial de tener acercamientos de servicios de salud a las personas que usan drogas, pero ahí, a lo sumo, reciben atención en salud física. La atención en salud mental y física está separada (los exámenes para acceder al programa de desintoxicación se realizan en otros centros de salud), esto genera problemas de adherencia al tratamiento pues los usuarios deben surtir muchos trámites antes de poder internarse. Otros factores que afectan la adherencia al tratamiento son las subóptimas dosis de metadona, las altas exigencias en

88 Cali y Armenia son la excepción en este sentido.

los centros de tratamiento,⁸⁹ las barreras geográficas, la ausencia de una atención integral de calidad, entre otras.

En muchos casos hay desconocimiento por parte de las PQUD sobre sus derechos de tratamiento en salud. Por ejemplo, en Cali encontramos a un hombre joven que había estado comprando la metadona en la calle en el mercado ilegal para gestionar su consumo, pues no sabía que su EAPB estaba en obligación de darle el medicamento. En todas las ciudades, los centros de escucha y programas de reducción de daños cumplen entonces esta labor pedagógica de hacerles saber que tienen derecho a tratamiento si así lo desean.

Los modelos de atención en la mayoría de las IPS no tienen en cuenta las realidades y la dinámica de la población. En muchas ocasiones el lugar donde se dispensa la metadona queda muy alejado de los itinerarios y puntos de consumo, por lo cual muchos desisten ya que no tienen los recursos para llegar.

Algunas EAPB que no tienen convenio con los programas de metadona recetan este medicamento por mes, sin ningún acompañamiento adicional a la persona, casos que encontramos en Cali y Armenia. En todas las ciudades encontramos que estos son puntos de desvío de metadona al mercado ilegal, pues algunas personas venden la mitad o toda su dosis.

Esta es una falla del modelo de tratamiento dado que, como hemos insistido, una intervención para el trastorno de sustancias no se trata solo de la sustancia, sino de la situación emocional, psicosocial y económica en la que el consumo de SPA se tornó problemático, y, por tanto, todos estos factores deben ser abordados en un tratamiento integral. Por el contrario, al entregar solo la fórmula en la EAPB, que después es reclamada en farmacia (uno o dos frascos de metadona), se está dando a la persona un medicamento sin brindar tratamiento a las causas estructurales del consumo.

Ahora bien, es necesario aclarar que el mercado ilegal cumple una función importante en los círculos de consumo o, en palabras de un psiquiatra, “el mercado negro, teniendo en cuenta las deficiencias administrativas, no es ni tan malo”. Ante la bajísima oferta específica de servicios, el bajo número de EAPB que tienen convenio con IPS especializadas, y la exagerada duración de la ruta para acceder a tratamiento, la oferta de

89 Por ejemplo, abstinencia total de otras sustancias, horarios restringidos, entre otras.

metadona en el mercado ilegal resulta para algunos una alternativa para autogestionar su desintoxicación o mantenimiento.

Con esto no queremos decir que el “tratamiento” autorrecetado sea una solución ideal ni mucho menos, simplemente argumentamos que, ante las fallas graves del sistema de salud para esta población, hay momentos en los que una pastilla de metadona en el mercado ilegal resuelve ansiedades que de otra manera no han podido ser resueltas. Tal es el caso de uno de los familiares que entrevistamos en Santander de Quilichao, pues ha sido tan difícil lograr ingreso al programa de metadona para su hijo, que la madre recurre al mercado ilegal para comprar este medicamento y así calmar el síndrome de abstinencia, a fin de lograr que pueda dormir en casa tranquilo en las noches.

Por su parte, un hombre joven en Cali nos contó que recibe por parte de la EAPB seis frascos de metadona al mes, se queda con dos y vende los otros en el mercado ilegal, por un precio menor al que se conseguiría en una farmacia. Esto constituye una mala práctica por parte de la EAPB y de los médicos que prescriben medicamentos controlados de esta manera. En la calle se cruzan los negocios y a veces la moneda de transacción es la metadona. En promedio, el precio de un frasco de 20 tabletas en Cali oscila entre 90.000 y 170.000 pesos, y en Cúcuta, cada pastilla de 40 mg se transa en el mercado ilegal por 15.000 o 20.000 pesos. Cuando escasea la metadona donde debería haber disponibilidad, aumentan los precios en el mercado ilegal, pero incluso allí hay desabastecimiento de esta droga.

Dentro del sistema de salud colombiano, en un eventual traslado de EAPB, la persona queda en cierta medida fuera del sistema, pues en ese mes de transición solo puede acceder a servicios de urgencias. En el caso de las PQUD, el cambio de EAPB –por cualquier motivo– implica que son automáticamente expulsados del programa de metadona, lo cual potencialmente desata una recaída en el consumo de heroína, con los riesgos que ello conlleva para la salud, incluida una sobredosis que puede ser letal. Esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona consigue empleo y debe hacer traslado de EAPB de régimen subsidiado a régimen contributivo, y queda entonces sin tratamiento por un mes. Ese mes la secretaría de salud debería cubrir el tratamiento en tales casos.

Todo ello se ve agravado además cuando las EAPB tienen cartera con los operadores logísticos contratados para la entrega de medicamentos, lo que implica riesgos financieros constantes y eventuales cierres de clínicas por la falta de pago de las aseguradoras en salud. En estos escenarios, la

vigilancia sobre el sector salud es ineficiente para hacer cumplir la norma y los acuerdos de pago. En muchas ocasiones, las IPS se rinden tras varias rondas de negociaciones y falta de pago de dos o más años de servicio, y finalmente deciden acabar el convenio con esa aseguradora. Es ahí cuando los pacientes quedan a la deriva, pues si la aseguradora ya no tiene convenio con ningún programa de metadona en la ciudad, no hay lugar a dónde acudir para recibir atención. En la finalización de los convenios se puede “perder” a las personas en el tratamiento. En algunos casos, los pacientes interponen tutelas y a través de este mecanismo logran acceder al programa de metadona así la EAPB no tenga convenio con el prestador.

Las EAPB perciben los medicamentos controlados como algo difícil de conseguir y administrar. En efecto, el hecho de que sean medicamentos fiscalizados implica que se deben cumplir pasos adicionales para la compra y dispensación; sin embargo, las EAPB no se pueden escudar en ello para no habilitar los servicios farmacéuticos necesarios a fin de garantizar la disponibilidad de los opioides, pues están legalmente obligadas a hacerlo, como vehículos para la garantía del derecho a la salud. Las EAPB solo autorizan como máximo un mes de hospitalización, y para algunas personas esto no es suficiente, no solo por el tratamiento, sino porque no tienen una vivienda a la cual regresar.

Barreras de la falta de formación de los profesionales de la salud en materia de trastorno por uso de SPA

En Colombia hay altas deficiencias de formación en salud mental, especialmente en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias. Ello en parte obedece a que la Ley 1566 es relativamente reciente, y antes de esta ley la atención a la drogodependencia era un tratamiento no POS. En este sentido, no había incentivos en el sistema de salud para formar profesionales en un campo de atención que no se podía cobrar a las EAPB. Todo ello hace que hoy haya pocos profesionales con el conocimiento suficiente en la materia.

Sumado a la falta de formación, en los médicos se mezclan también los prejuicios morales y personales según los cuales esta población es “difícil” y la metadona significa “solo cambiar una adicción por otra”, como nos mencionaron en varias entrevistas. En particular, preocupa la ignorancia frente a los síntomas y las expresiones del síndrome de abstinencia y cómo abordarlos, pues este desconocimiento desata graves sufrimientos en las PQUD en todos los niveles de atención en salud. Como nos relató

un hombre joven de su experiencia en la sala de emergencias: “Tuve una sobredosis hace años y me ingresaron en el hospital, pero no me dieron metadona porque no sabían ni lo que era, tocaba entonces quitarse los sueros y salir corriendo”.

En cuanto al tratamiento, lo que encontramos es una persistencia de dosis inadecuadas en el mantenimiento con metadona por cuenta de la falta de formación del profesional que atiende, esto ocasiona que los pacientes sigan sufriendo los síntomas de la abstinencia, y de hecho no cumpla su fin de “mantenimiento”. Un caso trágico de esta situación es el de Susana, una mujer de aproximadamente 40 años, que nos contó en Cali que llevaba 20 años consumiendo. Una vez estuvo en tratamiento en Bogotá durante dos años con metadona y estaba bien. Al regresar a Cali estuvo hospitalizada y el doctor le bajó la dosis de manera radical de 110 a 40 mg diarios, y dejó el tratamiento por el síndrome que empezó a sentir. También informó que en un proceso posterior de desintoxicación se empleó clonazepam y no metadona,⁹⁰ y luego durante el tratamiento se le suministró metadona. Algunos meses después supimos que Susana había fallecido.

Barreras derivadas del estigma hacia las PQUD y los tratamientos

En palabras de un operador comunitario, se estigmatiza a las personas usuarias dependiendo de la sustancia que consumen, y también se reestigmatiza a la persona que recae en las drogas tras el tratamiento. El estigma sobre esta población se puede considerar en dos niveles prácticos. Por un lado, se manifiesta en la atención que reciben para asuntos de salud no relacionados con el consumo. En palabras de la madre de un paciente, “un día le llevaron a urgencias porque se encontraba muy mal, la doctora dijo que primero pasaran los otros pacientes, que ese era otro vicioso con mucho teatro”. Por otro lado, el estigma moldea los modelos de tratamiento para el consumo basados en ciertos prejuicios morales y sociales.

Sobre la atención en salud que reciben, un problema recurrente que encontramos en todas las ciudades es la discriminación hacia estas personas para obtener atención en salud no relacionada con el consumo, por ejemplo, cuando tienen alguna herida, infección o cualquier problema, y

90 Tal y como lo indican las guías clínicas y los lineamientos internacionales de la OMS, el tratamiento estándar incluye un opioide. Dado que el clonazepam es una sustancia distinta, no es una buena práctica profesional.

acuden a urgencias para ser atendidas. Generalmente no reciben la atención que necesitan debido a que cuando a las personas que se encuentran ingresadas en un hospital se les agudiza el síndrome de abstinencia, el cuerpo médico, para no atender el problema, los presiona a firmar el acta de salida voluntaria. A su vez, los pacientes, en medio del malestar y sin recibir medicamentos para ello, firman el acta sin lograr la atención primaria en salud por la cual llegaron a urgencias. Esto lleva a que muchas condiciones de salud se agudicen, y a que en general las PQUD eviten ir a los servicios médicos.

Esta falta de tratamiento médico, además de ser negligente, puede constituir un trato cruel, inhumano y degradante, así como amenazar la vida del paciente. Fuimos testigos de dos casos –uno en Cali y otro el Cúcuta– en el que hombres jóvenes con heridas graves en sus piernas, que ya no podían caminar del dolor, preferían no acudir a urgencias, pues sabían de los malos tratos que les esperaban, además del horror del síndrome de abstinencia. En cualquier ámbito de cuidado en salud estas situaciones serían consideradas malas prácticas y fallas a la ética médica, pero de alguna manera el estigma hacia las personas que usan drogas hace que este tipo de comportamientos pase inadvertido, y solo quienes están en las trincheras del consumo pueden conocer.

Quienes están en las trincheras –los operadores comunitarios de centros de escucha y las personas que trabajan en reducción de daños– conocen bien el drama y han desarrollado maneras ingeniosas para acompañar a personas con necesidades de salud a los servicios de urgencias. Ellos consiguen unas pastillas de metadona en el mercado ilegal, y acompañan a la persona en urgencias el tiempo necesario que deban esperar para que esta sea atendida. Al hacer este tipo de acompañamiento los operadores comunitarios a menudo salvan vidas y, por esta razón, consideran que hay que fortalecer la sensibilización en el uso de estos medicamentos por parte del cuerpo médico que atiende en los niveles primarios de salud de cada ciudad.

En cuanto al modelo de atención y tratamiento del trastorno por consumo de SPA encontramos que los mitos alrededor de la metadona son la principal barrera de acceso; así, aunque los médicos podrían recetar, requieren formación y esta es escasa; estos identifican la metadona como otra adicción y, por tanto, no lo ven como un componente terapéutico de un tratamiento. Una paciente comentó que en un centro de tratamiento donde se internó le negaron la metadona diciendo que era “otra droga”.

Ella, que conoce a personas que se han recuperado de su dependencia de la heroína, sabe que quienes lo han logrado han podido hacerlo con tratamientos que incluyen metadona. Obviamente es una droga, entendida como un medicamento, pero no es incapacitante, permite la funcionalidad de la persona y, por tanto, hace posible la recuperación.

Una barrera de acceso muy poderosa es que se pide que ingresen a un proceso de desintoxicación hospitalizado antes de pasar a la metadona. Pedir a estas personas que pasen de un muy bajo umbral a un umbral alto no es realista y muchos solicitan rápidamente salida voluntaria. Además de esto, los tiempos de espera para ingresar a un programa son muy largos debido a la bajísima oferta y esto acarrea gravísimos riesgos de salud, como nos contó Nelson: “Mientras esperaba para poder ingresar en un centro de deshabitación, tuve un síndrome de abstinencia muy fuerte y alguien me ayudó para ir a comprar droga, saqué agua de una quebrada y al inyectarme se me fue un animal por la vena que me produjo una endocarditis bacteriana que se me comió parte del corazón”.

Además, los programas de metadona tienen varias reglas, algunas de comportamiento y otras como requisito de admisión al programa. Sobre las primeras, es importante que los programas se diseñen teniendo en cuenta el tiempo y los desplazamientos para poder acceder a los opioides del tratamiento, así como el esfuerzo económico que los usuarios comparan con los costos de la heroína. En el programa ambulatorio se requiere dinero para los pasajes de bus todos los días, y para quienes no tienen ingresos es difícil asistir. Por este motivo, algunos pacientes piden ser internados, y así pueden resolver al tiempo sus problemas de salud, de vivienda e ingresos. Pero esto no soluciona la situación al momento de terminar el tratamiento.

Las reglas en algunos de los programas de metadona son excesivas, por ejemplo, en los horarios, pues los tiempos para la dispensación son muy cortos. Ante esta problemática, los operadores del programa generalmente no son empáticos con las situaciones y vidas de los pacientes, sino que refuerzan estigmas preexistentes sobre las personas que usan drogas. Por ejemplo, el operador de un programa de metadona nos dijo que “no importa qué horario de atención se les pongan, nunca van a cumplir, dispensarles el medicamento todo el día es alcahuetearles el consumo”. Según esta persona, los pacientes no cumplen los horarios y llegan tarde porque se están “chutando” para luego llegar por la dosis diaria. De hecho, puede que esto sea verdad, pero entonces habría que revisar si esta necesidad de

mantener el consumo de heroína se debe a una dosis de metadona inadecuada.

En este caso en particular, el programa funcionaba en un horario de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., que era muy conveniente para las dinámicas del día de una PQUD, pero no era conveniente para los operadores del programa, dado que cada día deben diligenciar reportes del consumo en el programa en las horas de la tarde. Es necesario verificar si estos reportes obedecen a lo que exigen las autoridades de salud o son normas internas del programa. En cualquier caso, la prioridad de una entidad de atención en salud debe ser brindar cuidado médico según mejor se ajuste a las necesidades de sus pacientes. En palabras de la madre de un paciente, “si un día no tiene fórmula o llega tarde, no tiene metadona”. A todas luces, estas reglas estrictas hacen que las personas en tratamiento se vean expuestas a la no prestación del servicio, en ocasiones por las arbitrariedades del programa, y esto en particular impacta negativamente la adherencia al mismo.

En cuanto a las reglas para el ingreso al tratamiento, varios exigen que ya se haya ingresado a tratamiento para otras enfermedades detectadas en el tamizaje, sea VIH, hepatitis B o C. Por ejemplo, encontramos el caso de una mujer joven en Cali que llevaba varios meses intentando que su EAPB le autorizara tratamiento con metadona, pero la IPS se negaba a admitirla en tanto ella no iniciara tratamiento para la hepatitis que le habían detectado, que se había demorado cerca de un año por los trámites de la misma EAPB. Es crucial comprender que las ventanas de oportunidad para una persona que quiera ingresar a tratamiento deben ser prioridades para el sistema de salud, y no desaprovecharlas por trabas burocráticas.

En cuanto a la naloxona, medicamento vital para revertir una sobredosis y salvar vidas, encontramos que ningún programa de reducción de daños o programa de metadona cuenta con este medicamento. Es una droga disponible en entornos hospitalarios de segundo y tercer nivel, pero aún no se concibe como parte del paquete esencial de atención a esta población. Es importante pensar, por ejemplo, en la necesidad de hacerla disponible en ambulancias y en servicios de urgencias de primer nivel, y en los centros de salud cercanos a los entornos de consumo de heroína, que son los lugares donde podrían llegar las PQUD en caso de una sobredosis. Si ese medicamento falta, el Estado está fallando en garantizar el derecho fundamental a la vida.

Para algunas personas y para sus familiares, las comunidades terapéuticas parecen una buena opción, pues tienen acompañamiento, lo

perciben como un espacio que los aleja del consumo y los internan por largo tiempo. Una madre lleva buscando, por más de dos años, una comunidad terapéutica que reciba a su hijo y que ella esté en capacidad de pagar. Como hemos mencionado, las comunidades terapéuticas tienen varios y polémicos problemas, entre ellos la falta de regulación, con denuncias de abusos que ocurren al interior, y la falta de modelos de tratamiento basados en la evidencia, en particular, de dispensación de metadona. Un joven, que ahora accede a un programa de metadona, nos dijo que “las fundaciones de garaje como ‘Corazón Valiente’ o ‘Jesucristo Hombre’ lo destrozan a uno, cobran hartos y las personas son llevadas allá contra su voluntad”.

No hay enfoque diferencial en el modelo de atención, y encontramos que en algunos sitios no reciben mujeres como política de la IPS, con el argumento de que “pueden surgir relaciones afectivas complicadas” entre ellas y otros pacientes. Asimismo, muchas de las estrategias terapéuticas están basadas en el disciplinamiento mental y físico que, según los profesionales de la salud, no serían aplicables para mujeres usuarias de drogas. Así, no hay programa específico de tratamiento para mujeres por lo que cuando estas lo solicitan se las deriva directamente a una unidad psiquiátrica donde comparten instalaciones con personas que sufren trastornos mentales de otra índole, hecho que en últimas se convierte en un desincentivo para las mujeres que desean acceder a tratamiento. Igualmente, hay barreras en el acceso a tratamiento para personas trans, que se encuentran en zonas de trabajo sexual, y por las dinámicas de control territorial en esas zonas es difícil el acceso al programa.

Por último, una vez el tratamiento termina no hay seguimiento a los pacientes. Los programas de metadona ambulatorios no tienen un buen apoyo psicosocial, y cuando los pacientes salen de hospitalización no tienen un respaldo y pueden recaer.

En conclusión, es importante subrayar la necesidad de la articulación entre los programas de reducción de daños y los de metadona. El testimonio de Nelson expresa muy bien esta necesidad, pues nos contó que siempre utilizó el programa Cambie donde “me daban todo, menos lo que más necesitaba: la metadona”. Seguramente el programa de reducción de daños en efecto disminuyó los riesgos y salvó a Nelson de muchas enfermedades, pero para quien quiere dejar la heroína, la necesidad más urgente es una articulación rápida y efectiva con una ruta hacia el tratamiento, como es su derecho.

Lamentablemente, el maltrato hacia las personas que usan drogas es la norma. Escuchamos historias repetitivas sobre cómo no se les provee atención médica, ni siquiera en el servicio de urgencias, cuando tienen una herida, o neumonía u otras afecciones que necesitan tratamiento rápido. Los médicos y las enfermeras se apresuran a ofrecerles a estas personas la salida voluntaria, sin haberles resuelto la causa que las llevó a la sala de urgencias, ni el síndrome de abstinencia que están sufriendo. Los profesionales de la salud, que deberían operar bajo la ética del cuidado y el principio de no discriminación, a menudo no atienden a esta población por la incomodidad que les genera. Como dice Liz Evans, líder mundial en reducción de daños, estas personas son tratadas con dureza incluso por quienes han hecho de la compasión sus carreras profesionales (Maté, 2010, p. 11).

Imaginemos por un momento que las mismas técnicas y prácticas de “atención” y “tratamiento” fueran aplicadas a una persona que sufre de una enfermedad crónica como diabetes o hipertensión. Imaginemos que el tratamiento para esta persona consistiera en sancionar su comportamiento, tildarlo de mentiroso, débil e incompetente. Estas prácticas serían inaceptables porque van en contra de la ética médica. Pero a menudo la sociedad y la comunidad de práctica que atiende a las PQUD apoya la visión del castigo y la humillación. ¿Por qué lo permitimos?

No hay que olvidar que la mayoría de las personas que quieren tratamiento están en la calle y no tienen red de apoyo. Las redes de apoyo son los centros comunitarios, de escucha y de reducción de daños, que las acompañan en la ruta, pero aun en el mejor de los escenarios, habiendo completado el programa de metadona, se enfrentan con barreras como acceso al empleo y la vivienda que los empujan a consumir nuevamente. En Pereira, al final del recorrido nos encontramos con unas barricadas; nuestro guía comenta que estas barricadas cierran las calles en las noches para que quienes consumen no salgan al centro o a otras zonas. Este tipo de violencia cotidiana sobre estas personas insiste en hacer que sus vidas estén al margen.

CAPÍTULO 3

LAS PUERTAS GIRATORIAS DEL DOLOR: LA DISTANTE POSIBILIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

*Si hay una sola dimensión de la enfermedad que nos
puede enseñar algo valioso para nuestras propias vidas,
esa debe ser cómo confrontar y responder al hecho
de que todos y cada uno de nosotros morirá.
Arthur Kleinman, Las narrativas de la enfermedad*

Acompañar el final de la vida implica ofrecer soluciones en el momento en que la cura es inviable. Las soluciones deben estar plenamente relacionadas con las prioridades y necesidades del paciente, a fin de facilitar la información suficiente para poder decidir sobre el propio final y el acompañamiento necesario a la persona y su familia en el camino. En la mayoría de los casos la muerte no es algo que simplemente sucede, sino que es un proceso en el que lo deseable es alcanzar a implementar las decisiones que la persona está dispuesta a tomar y así entender cuándo es mejor no insistir con los esfuerzos curativos. Para acompañar el final de la vida del paciente, y a la familia y los seres queridos que le rodean en este proceso, es necesario entablar lo que Kleinman llama una “escucha intensa”, permitir el diálogo, así no haya respuestas a las preguntas difíciles y misteriosas de la muerte (1989, p. 154). Estas son las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos, y los medicamentos opioides son centrales para ello, pues uno de los factores que más preocupa a pacientes y familiares es el dolor. Si el dolor no está controlado, será difícil que los diálogos al final de la vida puedan ocurrir y se tomen las decisiones necesarias para facilitar el proceso.

Sin embargo, este momento del final de la vida, que es crucial para la persona y su círculo, es generalmente cuando la medicina abandona

el caso. Este abandono del paciente con enfermedad terminal tiene que ver con la formación que la medicina imparte, enfocada en “salvar” pero nunca en acompañar el final. La medicina moderna emerge con su rol de salvadora después de la Segunda Guerra Mundial, así que la manera como la conocemos hoy es relativamente reciente. Previo a ello, los hospitales eran lugares donde los enfermos recibían atención y cuidado, pero no cura. Con el desarrollo de los antibióticos y tantas otras tecnologías médicas, los profesionales de la salud que hoy conocemos están en los hospitales a donde la gente va esperando que la salven. Ese modelo conceptual y aplicado de la medicina no se ha adaptado a las necesidades de atender el sufrimiento al final de la vida, rol que cumplían generalmente las instituciones religiosas y la familia (Gawande, 2015, p. 70).

Los cuidados paliativos surgen como una respuesta para abordar los síntomas físicos, psicosociales y espirituales del paciente y su red cercana en este proceso. Son un enfoque interdisciplinario cuyos principios orientadores centran la acción en hacer lo necesario para que haya calidad de vida y se garantice la dignidad del paciente hasta el último momento. Uno de los elementos esenciales es el manejo y control del dolor con medicamentos opioides (WHO, 2019). Sin embargo, debido a los excesivos controles que tienen estos medicamentos como parte del régimen internacional de control de sustancias, muchos pacientes experimentan barreras y limitaciones para acceder a estos.

Este capítulo tiene como objetivo identificar las barreras de acceso a medicamentos opioides para los pacientes que requieren cuidados paliativos en las cinco ciudades donde se adelantó la investigación: Cali, Santander de Quilichao, Pereira, Armenia y Cúcuta. Con ese objetivo, el capítulo está dividido en tres secciones: en la primera detallaremos la dimensión de la necesidad de los cuidados paliativos en Colombia, teniendo en cuenta cifras demográficas y epidemiológicas, y explicando de qué maneras este enfoque de atención brinda bienestar y garantiza el derecho a la salud a estos pacientes. En la segunda parte presentaremos el panorama legislativo y de políticas públicas con el que el Estado colombiano ha buscado responder a estas necesidades. En la tercera parte hablaremos de la situación de los cuidados paliativos en las cinco ciudades estudiadas a partir del diagnóstico elaborado mediante las entrevistas en cada lugar. En la cuarta y última sección hacemos referencia a las barreras de acceso a los medicamentos opioides.

Dimensión de la necesidad de los cuidados paliativos: ¿por qué son necesarios en Colombia?

No existe una cifra exacta para calcular la dimensión de la necesidad de los cuidados paliativos en Colombia, dado que este enfoque tiene el potencial de atender a una diversidad amplia de enfermedades y poblaciones. Sin embargo, algunos indicadores proxy permiten hacerse una idea de la necesidad: el envejecimiento de la población, las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los diversos tipos de cáncer, y la mortalidad por estas enfermedades.

La creciente población de adultos mayores, sumada al aumento de la expectativa de vida, influyen en el incremento de la demanda de servicios de cuidados paliativos. Según cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), en Colombia la población mayor de 60 años se habría casi que triplicado entre el 2010 y el 2050: en 2010 dicha población representaba el 9% de la población general, en 2030 habrá pasado al 18%, y se estima que para el 2050 será el 27,4% de la población. Por su parte, la esperanza de vida al nacer aumenta en el país constantemente: mientras que entre 1990 y 1995 se estimaba una expectativa de vida de 68,8 años, a 2016 fue de 74,3, y para el 2025 será de 76 años (Cepal, 2017). Todo ello apunta a la necesidad de que los sistemas de salud realicen los ajustes necesarios para que la atención en salud pueda orientar el cuidado hacia las necesidades de la población de adultos mayores.⁹¹ Un primer paso sería la ratificación de la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las personas mayores, que tiene disposiciones específicas sobre el derecho a la salud de esta población (Pereira-Arana, 2016, p. 30).

Para 2014, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles fue de 48% en hombres y 71% en mujeres. Dentro de las principales causas se encuentran el cáncer (34% mujeres y 17% en hombres), enfermedades cardiovasculares (27% en mujeres y 24% en hombres), diabetes (5% en mujeres y 4% en hombres) y enfermedades respiratorias crónicas (4% para ambos) (PAHO/WHO, s. f.). La proyección de muertes por cáncer

91 Los adultos mayores que requieren cuidados paliativos generalmente los solicitan por enfermedades de base asociadas a la edad avanzada, como son Alzheimer o demencia, pero, además, los principios del cuidado que guían la atención paliativa son apropiados también para el cuidado del adulto mayor (IAHPC, s. f.).

en Colombia para 2018, según Global Can, fue de 46.057, y los nuevos casos suman 101.893; asimismo, el riesgo de tener cáncer en el país antes de los 75 años es del 17,99 %. En los cinco departamentos estudiados, el total de muertes por cáncer en el 2014 fue de 9866 personas, según el sistema de información de cáncer en Colombia (SICC).⁹²

Teniendo en cuenta que las personas que sufren estas enfermedades requerirán acceso a servicios de cuidados paliativos y medicamentos para el manejo del dolor es importante analizar la provisión de disponibilidad de estos servicios en el país y, en particular, en las ciudades donde se adelantó la investigación. Según el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos, para el 2013 Colombia estaba clasificada en el nivel de desarrollo de cuidados paliativos 3A, en el que se ubican países con provisión aislada de servicios. Si bien se ha avanzado desde 2013, no solo con la expedición de un marco normativo y de política pública que da un lugar a los cuidados paliativos como una medida para garantizar el derecho a la salud, como se verá en la siguiente sección, aún persisten numerosas dificultades para que los pacientes reciban este cuidado al final de la vida, especialmente en lugares distintos a las grandes ciudades del país (Pastrana, De Lima, Pons y Centeno, 2013).

A todas luces, los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales de la población colombiana demandan una ampliación y profundización de los servicios de cuidados paliativos a todo nivel. Para el 2016 había 4,4 servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes.⁹³ Esta cifra revela la profunda imposibilidad para muchas personas del país de recibir esta atención (OCCP, 2016, p. 112). Como se observa en la tabla 7, de los departamentos estudiados solo Quindío tiene al menos un servicio de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes.

El uso de opioides es esencial para la atención en cuidados paliativos, si se considera que el alivio del dolor es una de las cinco prioridades de los pacientes por resolver al final de la vida (Singer, Martin y Kelner, 1999). Pero el consumo de opioides, a pesar de la paulatina ampliación de los

92 Cifra del sistema de información de cáncer en Colombia, Infocancer, con datos del DANE y del Sistema de Información de Cáncer de Colombia, en www.infocancer.co

93 Estas cifras son totales para el departamento, y no hay cifras disponibles a nivel municipal. Se puede presumir que gran parte de los servicios corresponden a aquellos ubicados en la capital del departamento, pues es ahí donde se concentran unidades especializadas de atención en salud.

Tabla 7
Aproximación de la necesidad de cuidados paliativos
y servicios existentes en los departamentos de Cauca,
Norte de Santander, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca

	CAUCA	NORTE DE SANTANDER	QUINDÍO	RISARALDA	VALLE DEL CAUCA
Esperanza de vida al nacer (en años) período 2015-2020*	76	77	78	79	81
	Mujeres				72
	Hombres	69	72	82	73
Tasa de mortalidad por enfermedad crónica 2014 (por 100.000 habitantes)*	85	97	142	128	115
	Mujeres	18	18	19	23
	Hombres	18	18	19	23
	Mujeres	9	16	16	17
	Hombres	10	18	18	19
	Mujeres	9	17	19	20
	Hombres	8	15	18	18
	Mujeres	13	53	47	26
	Hombres	19	76	68	37
Total muertes por cáncer en 2014**	836	1.058	680	1.080	4.198
Razón de servicios de cuidado paliativo por 100.000 habitantes (2016)*	0,36	0,22	1,23	0,21	0,58
Consumo de opioides (mg/per capita)	2,6	5	28,1	21,6	4,5
Población total (2016)*	1.391.836	1.367.708	568.506	957.254	4.660.741

FUENTE: elaboración propia con datos del *OCCP y el **Sistema de información de cáncer en Colombia.

servicios de cuidados paliativos en el país, sigue siendo bajo, lo que indica que hay un manejo incompleto o parcial del dolor. Para el año 2015, el consumo de miliequivalentes de morfina⁹⁴ en Colombia, restando metadona, era de 15,18 mg/per cápita, en comparación con un promedio global de 43,48 mg/per cápita. Para el caso de cuidados paliativos se usa tanto la medición del consumo de miliequivalentes de morfina, como la cifra que descuenta la metadona, considerando que una porción importante de la metadona que se usa en un país con consumo de heroína se destina al tratamiento de mantenimiento con esta sustancia. Como se observa en la gráfica 4 del PPSG, el consumo de morfina se ha incrementado en el país, en particular en la segunda mitad de la década del 2000 y de manera más consistente hacia el 2015.⁹⁵

Una barrera importante para la baja provisión de esta atención en salud es la falta de formación a los profesionales de la salud. Como se mencionaba arriba, el enfoque de la medicina es curativo y, por tanto, materias como esta no se dictan en la formación médica primaria. Los profesionales de la salud, al enfrentarse a la realidad de la muerte, no cuentan con la formación o las herramientas para brindar soluciones a sus pacientes. La falta de formación afecta directamente la prescripción de opioides, pues dado que son sustancias controladas, debido a los efectos secundarios se deben tomar con precaución, y requieren educación para prescribir, hay mucho miedo para recetarla, aun si los pacientes cumplen con los requisitos de dolor que ameritan la prescripción.

A 2016, según el Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP), había seis universidades que dictaban la materia en su pregrado, en tres estaba como electiva, siete programas de especialización, y había diplomados en tres universidades⁹⁶ (2016, p. 17). La

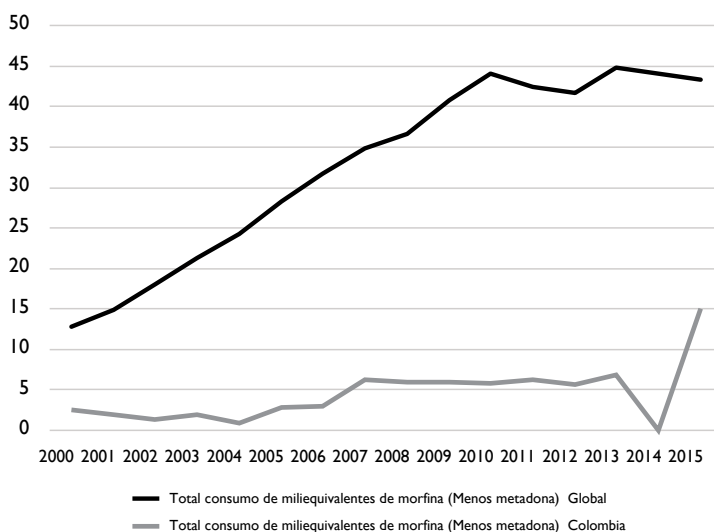
94 La métrica de equivalencia de morfina es un cálculo elaborado por el Grupo de Estudios de Dolor y Políticas (PPSG, por sus siglas en inglés), con información de la OMS y de la JIFE. La métrica incluye la conversión equivalente en morfina de los medicamentos usados para aliviar dolor en cuidados paliativos, a saber: fentanilo, hidromorfona, morfina, metadona, oxicodona y petidina. Ver “What is the Morphine equivalence metric?”, en <http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data#Morphine%20Equivalence>

95 De acuerdo con el Fondo Nacional de Estupefacientes, los datos para el año 2014 fueron reportados por el Gobierno nacional pero no fueron incluidos en el reporte de la JIFE.

96 Esta formación se ofrece en las carreras de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo social.

mayoría de la oferta de formación en cuidados paliativos se concentra en Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga, lo que implica que los profesionales de medicina, enfermería y psicología se gradúan sin conocer este enfoque de atención, y la gran mayoría de ciudades del país no cuentan con personal especializado. Dada la limitada oferta de especializaciones en cuidados paliativos, algunos profesionales realizan sus estudios de posgrado fuera del país, pero a su regreso tienen dificultades para convalidar sus títulos, lo que no solo limita sus posibilidades profesionales a nivel individual, sino que limita la capacidad de las IPS que los contratan a fin de cumplir con los requisitos de habilitación para prestar servicios de cuidados paliativos.

Gráfica 4
Consumo de miliequivalentes de morfina en Colombia
(menos metadona)



FUENTE: Pain and Policy Studies Group.

¿Son efectivos los cuidados paliativos?

El progreso de la medicina moderna ha cambiado las trayectorias de la vida y la muerte. En el pasado, la muerte podía llegar en cualquier momento y era un proceso rápido. Hoy, por los avances de la medicina moderna, los humanos pueden vivir largos períodos y ciclos de deterioro y mejoría, o de descenso lento y prolongado. La medicina ha hecho de la muerte un proceso que se prolonga y posterga. Paradójicamente, este periodo

de deterioro del cuerpo y la mente ha ocupado un lugar secundario en la práctica médica, pues en general esta se ha ocupado de “arreglar” cosas, medicalizando la muerte, relegando a un segundo plano aquello que considera que no puede arreglar. Gawande afirma que los avances de la medicina moderna han desatado dos revoluciones: la transformación biológica del curso de las vidas, y la transformación cultural sobre cómo percibimos y atravesamos ese curso de la vida (2015, pp. 28-29).

La renuencia social y cultural para hablar con honestidad sobre la muerte tiene consecuencias en la calidad de vida en nuestros últimos momentos. Al no tener una ruta clara, el proceso queda a merced de las tecnologías, a estar conectado a máquinas para extender unos días más, sin tener una visión coherente sobre lo que realmente importa (Gawande, 2015, p. 9). Los cuidados paliativos invitan a hablar de lo irresoluble y ver las posibilidades que el momento brinda; son la reorientación del esfuerzo terapéutico hacia un enfoque por el control de síntomas, alivio del dolor y el confort del paciente y su red de apoyo como prioridad de la atención. Los profesionales de la salud que presencian el momento comprenden bien que la escucha atenta, la empatía y el respeto son en sí mismas herramientas terapéuticas (Kleinman, 1989, p. 154).

El desdén de la medicina por enfrentar y manejar el final de la vida es particularmente evidente en el manejo del adulto mayor. En el 2001, un grupo de investigadores en Estados Unidos observaron la evolución de 568 hombres y mujeres mayores de 70 años y propensos a enfermedades crónicas, degenerativas, asociadas a deterioro cognitivo. La mitad de los participantes fueron atendidos por sus médicos de cabecera, y la otra mitad estuvo a cargo de un equipo geriátrico. Después de 18 meses, aun cuando los fallecimientos eran iguales en ambos grupos, aquellos que habían estado con un equipo geriátrico eran un 25 % menos propensos a desarrollar una incapacidad física, y tenían 50 % menos riesgo de desarrollar depresión y 40 % menos probabilidad de necesitar servicios de atención en casa (Gawande, 2015, p. 44).

Gawande relata, desde su transformación personal como médico que evitaba conversar sobre la muerte con sus pacientes, y aseguraba que el equipo de salud evitaba sostener conversaciones francas sobre el estado de estos, sus posibilidades reales y las consecuencias de intentos curativos. Explicaban con tranquilidad los riesgos de las cirugías o cualquier otra intervención drástica –quimioterapia, radioterapia, etc.–, pero les costaba explicar si en efecto esos tratamientos les darían a los pacientes la vida

que anhelan. Entonces, el final de la vida se ha llenado de incertidumbres: ¿cuándo aceptar que la batalla se ha perdido?, ¿qué se puede esperar en el desenlace?, ¿qué puede hacer la medicina para aliviar los dolores físicos y emocionales de la enfermedad? Los cuidados paliativos llegan como una respuesta a estas preguntas, cuestiones de las que los médicos en su mayoría no se han querido ocupar, o que no pueden responder debido a la falta de formación.

Un estudio realizado en 2010 encontró que aquellos que ingresaban a cuidados paliativos experimentaban menor sufrimiento al final de la vida, pero además vivían 25 % más tiempo que quienes no recibían esta atención. Al respecto, Gawande concluye que la manera como tomamos decisiones en medicina ha fracasado de una forma tan espectacular, tanto que los médicos llegan al punto de infligir daño a los pacientes en lugar de confrontar nuestra realidad mortal, y “la lección de todo esto es casi zen: vives más tiempo cuando dejas de intentar vivir más tiempo” (2015, pp. 177-178).

Una compañía de seguros en Estados Unidos ofreció a sus afiliados con menos de un año de expectativa de vida un programa de atención curativa, y de manera concurrente, la posibilidad de recibir servicios de cuidados paliativos, y se creó un grupo de control con solo las opciones curativas (Gawande, 2015, p. 176). Las conclusiones después de dos años del estudio muestran el potente impacto de los cuidados paliativos: las visitas a emergencias eran la mitad que las del grupo de control, y el uso de hospitalización y cuidados intensivos era menor por dos tercios (Spettel et al., 2009).

Reconociendo la eficacia de los cuidados paliativos, los organismos internacionales de protección de derechos han llamado la atención sobre la necesidad de incorporar estos cuidados en los sistemas de salud. Así, la Asamblea General de la OMS, en su sesión 67 en 2014, aprobó la Resolución 67.19, titulada “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”. La resolución reconoce que es necesario incorporar los servicios de cuidados paliativos a los servicios integrales de salud, de manera tal que se mejore la calidad de vida de las personas (Pereira-Arana, 2016, p. 15). A nivel de las Américas, en el 2015 hubo un avance importante en la materia, con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que establece obligaciones específicas para

los Estados a fin de que incorporen los cuidados paliativos a los sistemas de salud y atención a la población mayor (p. 12).

En consecuencia, los cuidados paliativos son un abordaje de salud que debería ser defendido en cualquier sistema de salud, pues mejora la calidad de vida del paciente y la familia, es costo-efectivo, y respeta la dignidad humana. Aún cuando en Colombia la ley lo reconoce como tal, el efectivo cumplimiento de este derecho tiene todavía tareas pendientes.

Respuestas legislativas y de política pública para las personas que necesitan cuidados paliativos

Colombia es uno de los países pioneros de la región en materia de manejo de dolor desde mediados de 1980, cuando se fundó la primera clínica de dolor en Medellín, y se crearon fundaciones en el Valle del Cauca y Bogotá (Pastrana et al., 2013, p. 52). Sin embargo, estos primeros avances fueron escasos y focalizados en las grandes capitales del país, y además no estaban acompañados de un marco normativo para el desarrollo y la aplicación de los cuidados paliativos a todo nivel, ni de suficientes profesionales formados. En 1995 inicia actividades el Instituto Nacional de Cancerología (INC), desde donde se ha promovido la educación especializada en cuidados paliativos.⁹⁷

Se puede decir, entonces, que los cuidados paliativos en el país empezaron siendo un privilegio de pocos, a través de prestación en centros especializados, generalmente hospicios, que se pagaban a través de medicina prepagada o de manera particular (Del Río y Palma, 2007, p. 18). Así operaron los cuidados paliativos durante los ochenta y noventa, y entrada la década del 2000. En Colombia, las políticas nacionales de control del cáncer tenían un componente de manejo del dolor, pero no integraban de manera adecuada el concepto de cuidados paliativos, por lo que dejaban de lado el abordaje integral que requiere.

De manera paralela, había facultades de medicina que formaban profesionales a nivel especializado en la materia. La primera especialización en cuidados paliativos del país fue fundada en el año 1998. Para el 2016 había seis programas de especialización, y uno centrado en medicina del

97 De esta situación se deriva el sesgo oncológico de la atención paliativa, situación que se espera poder transformar para brindar este enfoque de salud a otras patologías que la puedan requerir.

dolor (OCCP, 2016, p. 112). Esta formación profesional, tanto en Colombia como de médicos colombianos que se formaron en el exterior y regresaron al país a ejercer su práctica, representa un fortalecimiento del gremio que a su vez ha sido un actor clave en los espacios de política pública. En 1996 se fundó la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP),⁹⁸ que agrupa a profesionales especializados, y en el año 2014 se fundó la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (Asocupac),⁹⁹ que asocia a profesionales que trabajan en ámbitos de este enfoque de servicio, no necesariamente especializados. Adicionalmente, opera desde el 2016 en la Universidad de El Bosque el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP) (2018), que se ocupa de mantener, actualizar y ofrecer al público interesado la información relevante sobre políticas públicas, educación, prestación de servicios, acceso a opioides, y acceso a tecnologías en salud, todo en referencia a este enfoque de atención. Por su parte, en 2015 se creó la Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos (Redcoledupal) (2015), conformada por docentes de cuatro universidades del país, con el fin de fortalecer la formación en la materia en las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología.

Lo anterior muestra que las sociedades profesionales, el movimiento de hospicio y la academia se han interesado por fortalecer los cuidados paliativos en el país, incluso antes de que estos existieran en la política pública en salud. A través de estas redes de actores interesados se promovieron cambios para mejorar la disponibilidad de opioides, en particular, extendiendo la vigencia de la receta médica y exigiendo que en cada departamento exista por lo menos una farmacia habilitada para dispensar 24/7.¹⁰⁰ Hasta el 2009, las fórmulas de medicamentos opioides solo tenían vigencia de 10 días, y mediante incidencia de esta fuerza gremial se logró extenderla a 30 días, lo que disminuyó las barreras de acceso y los tiempos que tienen que gastar los pacientes y familiares en aprobar fórmulas. Estos cambios, los esfuerzos para ampliar la formación en el país, y el diálogo constante entre los médicos y las autoridades de salud encargadas

98 Ver página de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, en <https://www.accpaliativos.com/>

99 Ver página Asociación Cuidados Paliativos de Colombia, en <http://paliativocolombia.org>

100 Ver Historia de vida. Grupo de Dolor y Cuidados Paliativos de la Universidad de La Sabana, en <https://www.unisabana.edu.co/grupos-de-investigacion/dolor-y-cuidados-paliativos/historia-de-vida/>

de la regulación de los medicamentos controlados hicieron que en 2011 Human Rights Watch hablara de Colombia como un caso de buenas prácticas en sus esfuerzos por mejorar el manejo del dolor en las Américas (2011, p. 46).

Sin embargo, toda la atención en cuidados paliativos se hacía en el país sin una regulación, y ello implicaba que no estaba cubierta por el PBS, se debía pagar de bolsillo o por prepagada y, por tanto, no estaba al alcance de la gran mayoría de la población necesitada. De hecho, la normativa se prestaba para polémicas interpretaciones, pues según la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, que regula el Manual de Actividades y procedimientos dentro del PBS, se pueden derivar dos maneras de entender si los cuidados paliativos están o no cubiertos por este paquete de servicios. En su artículo 18, que regula las exclusiones, estas aplicarán a todos aquellos procedimientos o intervenciones “que no tengan por objeto contribuir al *diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad*”, por lo que quedaban excluidas las intervenciones por fuera de los esfuerzos curativos; sin embargo, más adelante, en el literal i, indica que, en el caso de enfermedades crónicas, degenerativas o en fase terminal, “*podrá brindarse terapia paliativa para el dolor*”. Esta norma, como resaltaba el ponente del proyecto de ley en la materia radicado en 2010, imponía una responsabilidad, “aunque de manera *vaga e inconclusa* [para] las EAPB sobre la población con enfermedad en fase terminal, en relación con los cuidados paliativos” (Congreso de la República, 2011b).

El vacío normativo, abierto a la interpretación de las EAPB, derivó en que el servicio fuera negado. No es posible conocer la dimensión de pacientes a los que les fue denegada esta atención, pero algunos de estos casos llegaron a la Corte Constitucional vía tutela y sentaron precedentes para defender el argumento de los cuidados paliativos como parte de los derechos a la salud y a la vida.

En 2003, la Corte Constitucional falló por primera vez una tutela en relación con cuidados paliativos en su Sentencia T-560.¹⁰¹ El demandante –hijo de una paciente de cáncer terminal– acudió a la EAPB Cajanal para solicitar esta atención que le había sido formulada a la paciente en el Instituto Nacional de Cancerología; la EAPB le negó el tratamiento con el argumento de que no se encontraba incluido en el plan de salud. La

101 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-560 de 2003, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

tutela fue denegada en primera instancia, por cuanto el demandante no registró su incapacidad económica para cubrir los gastos del tratamiento no cubierto por el POS, como lo ha pedido la Corte para estos casos. Al momento de ese fallo la paciente ya había fallecido, pero la Corte Constitucional consideró que ello no eximía de un pronunciamiento de fondo sobre el tema. En el pronunciamiento confirma el fallo de primera instancia, únicamente por la muerte del titular, pero impulsa copias a la Fiscalía General de la Nación y a la Procuraduría General de la Nación para que sea analizado en sus competencias. A pesar de que este fallo no avanza en el reconocimiento formal de los cuidados paliativos como parte del derecho a la salud, en su sentencia la Corte resalta que, reconociendo que un Estado Social Derecho está fundamentado en el respeto por la dignidad humana,

... no resulta aceptable que se antepongan intereses económicos para negar a una persona, en esas condiciones, *la oportunidad de conservar su existencia de manera digna, es decir, sin dolores, sin angustias* [...]. El paciente en esas circunstancias no está destinado a ser abandonado a la fatalidad sino que *tiene derecho a que se le garanticen unas mínimas condiciones para aliviar sus dolencias y abrigarle esperanzas de recuperación y de prolongación de la vida amenazada, si ese es su deseo*. Así, como lo ha manifestado la Corte, el Estado debe ofrecer a los enfermos terminales que enfrentan intensos sufrimientos, todas las posibilidades para que sigan viviendo, por lo cual es su obligación brindarles los tratamientos paliativos del dolor. (Énfasis agregado).

En 2006 llega a la Corte un caso en el que el esposo de una paciente que sufre de un cáncer terminal solicita a la EAPB Cruz Blanca que su esposa sea hospitalizada pues no ha sido posible manejar las crisis de dolor en la casa y, además, no cuentan con ingresos suficientes para cubrir los costos de enfermería. Si bien la paciente había sido ingresada al programa de Hospital en Casa, este solo realiza visitas cada 72 horas, lo cual era insuficiente para las necesidades de la paciente e imposible de lograr para su cuidador, quién debía seguir trabajando para sostener los gastos de la casa y además no contaba con los conocimientos médicos necesarios para brindar el cuidado adecuado. En primera instancia el fallo sale a favor del demandante, y ordena además al Instituto Nacional de Cancerología (INC) –entidad con la cual esta IPS no tiene convenio– que de un

concepto y valoración médica sobre las necesidades de la paciente. El fallo se revoca en segunda instancia tras impugnación de la EAPB.

En el fallo de segunda instancia se considera que el juez de primera instancia excedió sus facultades al ordenar conceptos a terceros (el INC). Mediante Sentencia T-514,¹⁰² la Corte ordena a la EAPB, en el curso de 48 horas, brindar asistencia médica permanente a la paciente, tras valoración precisa que pueda determinar la necesidad de los cuidados paliativos que requiere, y teniendo en cuenta la incapacidad económica de su esposo. Queda entonces revocado el fallo de segunda instancia. En este caso cabe anotar que, en su defensa, la EAPB alegó que se había dado cumplimiento a todas las órdenes médicas –por ejemplo, de hospitalización en casa– pero dichos programas, al no ser de cuidados paliativos, no estaban en capacidad de brindar las soluciones que la familia necesitaba.

En el 2007 fue revisado por la Corte un caso de negación de servicios de cuidados paliativos a un adulto mayor, por estar excluidos del régimen subsidiado; este fue resuelto en Sentencia T-1087.¹⁰³ El tutelante –un adulto mayor de 71 años– requería servicios de cuidados paliativos, no solo por el curso de su enfermedad, sino por no contar con familiares que pudieran asumir el cuidado. En la EAPB del régimen subsidiado el servicio le fue negado en tanto son servicios excluidos del POS-S, pues indican que solo se brindan ante el cáncer y enfermedades ruinosas y catastróficas, y la enfermedad del tutelante no clasificaba en esta categoría. Ante esta negativa se solicitan los servicios a las autoridades de salud departamentales y municipales, quienes indican que al negar estos servicios no se está vulnerando el derecho a la salud, y que además estos cuidados deben ser brindados por la familia, lo cual desconoce la realidad del tutelante. A su vez, el ente departamental recalca que la prestación de estos servicios, que son del primer nivel, son responsabilidad de su administradora del régimen subsidiado, Salud Córdor. En primera instancia el fallo favorece al tutelante, constatando que, ante la ausencia de familiares, el Estado debe asumir el cuidado de esta persona, y ordena a la Alcaldía de Pasto incluirlo en los programas necesarios para recibir estos servicios. Posteriormente, la tutela fue impugnada y el fallo revocado, en tanto los

102 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-514 de 2006, M. P. Alvaro Tafur Galvis.

103 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-1087 de 2007, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

servicios de cuidados paliativos fueron formulados por una enfermera y no por un médico, entre otras razones.

En esta sentencia la Corte afirma que el derecho a la salud, en el caso de los adultos mayores, es un derecho fundamental, dado que estas personas son sujetos de especial protección según el artículo 46 de la Constitución. Afirma además la Corte que la accesibilidad es un componente esencial para el cumplimiento de este derecho, siguiendo los principios de no discriminación, accesibilidad física y económica. Todas estas necesidades de tratamiento diferencial están presentes en el caso en cuestión, pues se trata de un adulto mayor, sin familiares, y perteneciente al régimen subsidiado. De esta manera, los servicios que estén por fuera del PBS del régimen subsidiado, pero que sean necesarios para la realización del derecho a la salud, deben ser brindados por los entes territoriales; no obstante, cuando la persona que lo requiere es un sujeto de protección constitucional reforzada, las ARS deben cumplir esta responsabilidad para proteger el derecho de manera más eficaz. La Corte además reitera que según la Resolución 5261 de 1994, estos servicios podrán ser brindados y no clasifican automáticamente dentro de las exclusiones del PBS. La Corte finalmente ordena a Salud Condor remitir al paciente a una valoración médica que permita conocer los servicios que requiere y brindarle dichos servicios, aun si se encuentran excluidos del PBS, al reconocer la debilidad manifiesta en la que se encuentra esta persona.

Los vacíos normativos, sumados a la falta de oferta de servicios en el país, derivan en una profunda desatención a las personas que necesitaban cuidados paliativos. Desde 2010 se empezó a debatir en el Congreso de la República la primera iniciativa legislativa para dar marco normativo a este enfoque de atención. Como muestra Congreso Visible,¹⁰⁴ esta iniciativa tuvo un proceso de cuatro años para ser finalmente sancionada como ley, años en los que fue aprobada por el Senado y la Cámara, pero pasó a revisión a la Corte Constitucional en dos ocasiones por objeciones del Gobierno.

104 Ver Congreso Visible, Ley Consuelo Devis Saavedra, Pacientes terminales, en <http://www.congresovisible.org/proyectos-de-ley/pproyecto-mediante-el-cual-se-crean-servicios-de-cuidados-paliativos-para-el-manejo-integral-de-pacientes-con-enfermedades-chronicas-degenerativas-e-irreversibles-en-cualquier-fase-de-la-enfermedad-de-alto-impacto-en-la-calidad-de-vida-ley-consuelo-devis-saavedra-pacientes-terminales/5923/#tab=2>

En el 2012, las objeciones del Gobierno se referían a vicios de procedimiento constitucionales y legales, ante lo cual la Corte le devolvió el proyecto de ley a la Cámara de Representantes para subsanar estos vicios. En una segunda ronda de objeciones, el Gobierno argumentó que dado el contenido de los artículos 1, 4 y 5 del proyecto de ley,¹⁰⁵ que en su opinión regulaban el derecho fundamental a la vida y a la dignidad humana de los pacientes, este debía ser tramitado como ley estatutaria. Además, el Gobierno objetaba los contenidos de estos artículos en tanto no se involucraba a la familia en la decisión de no prolongar la vida de quien se encontraba con muerte cerebral, y, por último, por considerar que, mediante esta Ley y sus disposiciones de los derechos de los pacientes a suscribir un documento de voluntad anticipada, se estaba reglamentando la Sentencia

105 El Gobierno objetó los siguientes apartados de la ley:

Artículo 1. Objeto. Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el *derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente*, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

Artículo 4. Parágrafo. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. *Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales*, siempre y cuando el paciente no sea apto para donar órganos.

Artículo 5. Numeral 4. Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos. (Énfasis agregado).

C-239 de 1997. En dicha sentencia, la Corte había abordado las tensiones en derechos fundamentales de la eutanasia, sacando de la órbita penal esta práctica en tanto cumpliera los criterios del homicidio por piedad, estableciendo el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental y solicitando al Congreso reglamentar la práctica. El Gobierno en aquel entonces se oponía a esta práctica, y veían en la suscripción de una voluntad anticipada una reglamentación de la eutanasia.¹⁰⁶

En la Sentencia C-233 de 2014, la Corte declaró la ley exequible, pues las objeciones del Gobierno sobre la falta de trámite como ley estatutaria se consideraron infundadas. Sobre lo referente al artículo 1, respecto al derecho de las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles a desistir de tratamientos innecesarios, que se consideren desproporcionados y fútiles, y sobre el numeral 4 del artículo 5 sobre el derecho a suscribir voluntad anticipada, la Corte afirma que un documento de voluntad anticipada no constituye un instrumento eutanásico, y además está en armonía con la ética médica y acorde con la necesidad de evitar el ensañamiento terapéutico. Aclara además esta Corporación, que mediante este derecho se aplica el principio de proporcionalidad, el cual evita que se administren a los pacientes en situación de enfermedades irreversibles procedimientos curativos que no pueden cumplir tal fin, y como tal, no está definiendo sobre el derecho a la vida, pues no implica una decisión sobre la terminación anticipada de esta. Concluye la Corte en su sentencia que:

... no se está decidiendo sobre si se sigue enfermo o no, ni, de forma mediata, sobre si se sigue con vida o no; en consecuencia, *la suscripción del documento de Voluntad Anticipada no afecta ningún contenido esencial del derecho a la vida –ni a la salud– del paciente*. En el mismo sentido, por medio del documento de Voluntad Anticipada tampoco se está induciendo la muerte, ni se está poniendo fin a la existencia humana y, por ende, no se está autorizando ningún procedimiento de naturaleza eutanásica.¹⁰⁷ (Énfasis agregado).

106 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz

107 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233 de 2014, M.P. Alberto Rojas Ríos.

Frente a la objeción sobre el párrafo del artículo 4, que elimina la obligación del médico de mantener con vida a un paciente con muerte cerebral, aclara la Corte que esta disposición no está regulando ningún aspecto sobre un derecho fundamental como lo objeta el Gobierno, ni le otorga facultades al médico para decidir sobre la terminación de la vida de una persona en situación de enfermedad irreversible, en tanto “no determina nada respecto de la vida de un paciente, ni tampoco aspecto alguno relativo a cuándo se entiende que un paciente muere, pues el paciente ya se encuentra en estado de muerte cerebral o muerte encefálica”. Concluye la Corte entonces que no es necesario que estas disposiciones normativas hagan parte de una ley estatutaria.¹⁰⁸

Finalmente, en 2014 se aprobó la “Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” (en adelante, Ley de cuidados paliativos). Este marco normativo incluye disposiciones sobre los derechos de los pacientes en situación terminal o crónica de alto impacto en la vida, entre los cuales está el derecho a los cuidados paliativos, y a la información (art. 5). Pero, además, impone la obligación a las EAPB de

... garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (art. 6).

En relación con los medicamentos opioides, la Ley hace referencia explícita a la obligación que recae en el Ministerio de Salud, el FNE y las EAPB para garantizar el acceso y la disponibilidad a estos medicamentos las 24 horas del día, los 7 días de la semana (art. 8). Posterior a la expedición de la Ley, el Ministerio de Salud emitió la Circular 022 de “Lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor”. Si bien en la circular se reitera la obligación a los prestadores y los Fondos Rotatorios de mantener abastecimiento y

108 *Ibid.*

disponibilidad 24/7, como veremos más adelante esta no es la realidad en algunas partes del país.

La aplicación de la ley en Colombia es aún reciente, así que la cobertura está muy lejos de ser universal. Ello obedece a una serie de debilidades: falta de formación en el pregrado, persistente opiofobia, y las fallas estructurales del sistema de salud, como detallaremos más adelante en este capítulo.

Los cambios sociales y normativos en efecto han impulsado un crecimiento en la provisión de servicios: entre 2011 y 2016 los servicios de esta índole en el país crecieron en razón de un 500 %, pasaron de 49 servicios habilitados en 2011, a 243 en el 2016. Sin embargo, este crecimiento se ha concentrado en la región central del país (Bogotá, Antioquia, Valle y Atlántico), mientras el resto de Colombia aun carece de IPS habilitadas para prestar cuidados paliativos (OCCP, 2016, p. 112). Adicionalmente, y como encontramos en los recorridos de las ciudades, varias de las IPS que figuran como habilitadas en el REPS bajo el código de consulta externa de dolor y cuidado paliativo, en efecto no prestan ningún servicio de cuidados paliativos. Esto indicaría que el aumento del total de prestadores no necesariamente implica una ampliación de los servicios en algunas ciudades.

Posterior a la sanción de la ley, solo han llegado a la Corte Constitucional dos casos relacionados con el acceso a cuidados paliativos, y de manera tangencial. Uno fue el caso de la demanda de los padres de un menor de edad para acceder al derecho a morir dignamente, pues padecía sufrimientos intolerables consecuencia de patologías graves derivadas de una parálisis cerebral de nacimiento, en particular, sufría constantemente de ahogo, según sus padres, y la EAPB no le facilitaba el oxígeno que requería. La solicitud fue remitida a la EAPB del menor y no fue contestada. La Corte falló mediante Sentencia T-544 de 2017. Si bien este es un caso que trata de la eutanasia, en el curso de la sentencia la Corte hace mención a la aplicación de cuidados paliativos al menor en la fase final, mientras la EAPB se pronunciaba para tramitar la solicitud de eutanasia, y que estos servicios fueron un alivio para la familia y el paciente:

Los médicos decidieron que el niño necesitaba cuidados paliativos, para poderlo tener sedado todo el tiempo y así evitarle el dolor y la angustia para respirar. Aunque en la historia clínica se

diga que Francisco¹⁰⁹ murió por convulsiones, lo cierto que el murió por los mismos cuidados paliativos,¹¹⁰ ya que permitieron que el niño tuviera la muerte digna, la misma que yo estaba pidiendo desde hacía tiempo atrás, ya que la mayoría de los médicos me decían que tenía que esperar a que el niño se me ahogara (Irene, madre del menor de edad).¹¹¹

La Sentencia T-423 de 2017 también se refirió a un caso similar, en el que una paciente joven pidió la eutanasia y su madre demandó ante la negativa de la EAPB a proceder.¹¹² En ambos casos, los cuidados paliativos fueron brindados a los pacientes en mayor o menor medida, pero la Corte falla sobre la materia, recordando que en Colombia existe el derecho a la muerte digna, y además se encuentra ya regulado con la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo demás, no se conocen casos posteriores a la expedición de la Ley 1733 en los que se haya demandado por la negación de servicios de cuidados paliativos. Ello no implica que no existan incumplimientos, pues como veremos en el próximo apartado, la oferta de servicios es muy deficiente, y aún hay gran desconocimiento sobre esta opción de atención en salud.

Rutas de acceso a los cuidados paliativos

En teoría, de acuerdo con la ley de cuidados paliativos (Ley 1733 de 2014) y la reglamentación de la Ley estatutaria del derecho a la salud (Ley 1751 de 2015), los pacientes podrían acceder a los servicios de cuidados paliativos y a los medicamentos para el manejo del dolor una vez lo requieran y su médico ordene el tratamiento. Sin embargo, la falta de información sobre la posibilidad de acceder a estos servicios, la falta de contratación con IPS que estén habilitadas para prestarlos, la falta de profesionales especializados, las trabas administrativas que limitan la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos opioides son algunas de las barreras que

109 Los nombres fueron modificados en la sentencia de la Corte para proteger la identidad del menor.

110 Los cuidados paliativos no ocasionaron la muerte del menor, aun cuando el testimonio de la familia se pueda prestar para esta interpretación.

111 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-544 de 2017, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

112 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-423 de 2017, M. P. Iván Humberto Escruería Mayolo.

los pacientes de enfermedades terminales y crónicas, entre otras, enfrentan para acceder a los servicios de cuidados paliativos y, en últimas, para disfrutar de manera efectiva de su derecho a la salud.

En esta sección presentaremos la ruta de acceso a servicios y medicamentos para estos pacientes en cada una de las ciudades donde se adelantó la investigación, un diagnóstico de las principales barreras que enfrentan los pacientes al momento de solicitar estos servicios, así como los impactos que tanto la enfermedad como el proceso médico han tenido en su entorno familiar y social.

Para dar contexto a estas barreras resaltamos dos testimonios de pacientes y familiares de pacientes con enfermedades crónicas y terminales que han vivido en carne propia las barreras que les impone el sistema de salud para acceder a los servicios y medicamentos que necesitan para aliviar el dolor.

Martha Cuero¹¹³

Mi mamá, María Rebeca Bejarano de Cuero, estuvo muchos años enferma, casi no comía y estaba muy baja de peso. Decía que le dolía mucho la garganta. Fuimos varias veces a buscar atención médica, pero nadie tomó en serio el asunto. Un médico general dijo que mi mamá era anoréxica y la remitió a psicología, pero nunca le mandaron un examen para ver qué tenía en la garganta. Cuando ella ya no podía del dolor decidimos pagar de nuestro bolsillo una endoscopia. Mi mamá tenía cáncer y ya estaba muy avanzado. Le pedimos a la EAPB que empezara el tratamiento, como en Santander [de Quilichao] no hay quimioterapia los trámites para que la remitieran a otra ciudad duraron tres meses. Aunque le recetaron medicamentos para el dolor nunca me los dieron, tuve que comprar morfina ilegal para darle. El dolor era insoportable hasta para mí que no lo sentía.

Juan

A María mi esposa le diagnosticaron cáncer de seno hace tres años, la EAPB se demoró mucho en autorizar la quimioterapia y la enfermedad hizo metástasis en la columna. Me tocó interponer tutela para que le dieran atención y luego de eso nos mandaron a Cali. Tuve que dormir tres meses en el piso del hospital para poder acompañarla porque no tenemos

113 En este testimonio aparecen los nombres reales por petición expresa de la entrevistada.

plata para pagar dónde quedarme. Allí nos dijeron que ella podía solicitar cuidados paliativos pero la EAPB nos lo ha negado todo.

Ruta en Armenia

De acuerdo con el REPS, actualmente en la ciudad de Armenia hay siete IPS autorizadas para la prestación de servicios de cuidados paliativos, cuatro de ellas para pacientes oncológicos. Durante la investigación tuvimos la oportunidad de realizar entrevistas en profundidad con tres de estas siete IPS: IPS Sanus, Oncólogos de Occidente y Clínica La Sagrada Familia. También entrevistamos a una que, aunque no está habilitada aún, está empezando a desarrollar un programa de cuidados paliativos: Hospital San Juan de Dios. De las tres IPS habilitadas que entrevistamos Sanus y Oncólogos de Occidente cuentan con programas de cuidados paliativos oncológicos funcionando, y la Clínica La Sagrada Familia se habilitó porque atiende crisis agudas de dolor al ser una IPS de segundo nivel y, en consecuencia, requería la autorización para manejo de medicamentos opioides. Esta institución está pensando en poner en funcionamiento un programa de cuidados paliativos en el futuro.

En términos generales, las IPS entrevistadas en Armenia describen que la ruta para acceder a sus servicios empieza con la remisión por parte del médico tratante, en particular del oncólogo pues la mayoría de los pacientes que son remitidos están enfermos de cáncer. Con esta orden el paciente se acerca a la EAPB y esta lo redirecciona a la IPS que tenga contratada dentro de su red. Una de las IPS entrevistadas mencionó que las EAPB tienen en cuenta la etapa de la enfermedad para remitir al paciente a los servicios de cuidados paliativos, sin embargo, de los datos recogidos en la investigación no se puede concluir que este sea un procedimiento estandarizado. Así, los pacientes pueden llegar a recibir estos servicios solo durante sus últimos seis meses de vida.

Una vez el paciente llega a la IPS recibirá una diversidad de servicios que dependen del modelo de atención adoptado por la institución. Las dos IPS con programas activos coincidieron en que cuentan con un equipo interdisciplinario para atender a los pacientes, el cual incluye profesionales especializados en cuidados paliativos, psicología, psiquiatría, fisioterapia y enfermería. Adicionalmente, una de las IPS reportó contar con consultas por terapia respiratoria y nutrición. Luego de la valoración que realiza el médico paliativista se determina si el paciente requiere

tratamiento ambulatorio o domiciliario. Si el tratamiento es ambulatorio el paciente tendrá consulta con la periodicidad que lo determine el especialista en cuidados paliativos. Si el tratamiento es domiciliario, las dos IPS entrevistadas reportaron que las visitas se realizan por lo menos una vez al mes.

Idealmente, las IPS habilitadas para prestar servicios de cuidados paliativos deberían estar también autorizadas para la dispensación de medicamentos opioides. Sin embargo, es importante aclarar que estos dos procesos son independientes y que uno no requiere de la aprobación del otro. Por ejemplo, solo una de las dos IPS habilitadas y con programa de cuidados paliativos funcionando cuenta con autorización para dispensar medicamentos opioides, por lo que los pacientes o sus familiares deben ir a recogerlos a las farmacias autorizadas por la EAPB con la respectiva orden médica. Al cruzar la información del REPS con el listado de establecimientos autorizados para dispensación de medicamentos opioides del FRE en el departamento del Quindío –solicitada mediante derecho de petición– encontramos que de las siete IPS habilitadas para cuidados paliativos solo tres están autorizadas para dispensar estos medicamentos, una de las cuales es la IPS que reportó que no tiene un programa de cuidados paliativos como tal.

En términos de las barreras que se presentan a lo largo de esta ruta, las IPS entrevistadas reconocieron que uno de los principales problemas para la prestación de estos servicios es la falta de recursos y el incumplimiento en los pagos por parte de las EAPB, pues ello impacta la posibilidad de gestionar contratos con personal de salud, e incluso los trámites para habilitar el servicio farmacéutico. Si bien la mayoría de los entrevistados coincidieron en que es importante que los procesos de habilitación sean rigurosos para asegurar la calidad de los servicios y, en general, funcionan bien en el departamento del Quindío, consideran que los procesos son muy lentos y algunos de los requisitos de habilitación, en particular para la autorización de dispensación de medicamentos opioides, pueden ser muy complicados, lo que en últimas afecta la accesibilidad a los servicios, por lo cual debe haber un balance entre accesibilidad y calidad. Finalmente, los entrevistados llaman la atención sobre el acceso a estos servicios en las zonas rurales pues cerca del 80 % de los pacientes viven en la ciudad de Armenia, así que el 20 % restante tiene barreras adicionales de transporte para ser atendido.

Los pacientes también reportan que existe mucha inestabilidad e interrupciones en los tratamientos debido a los recurrentes cambios en las IPS contratadas por las EAPB. Una de las pacientes entrevistadas manifiesta que a causa de las fallas de su EAPB ha pensado en trasladarse, pero teme que estaría sin acceso a atención médica y medicamentos mientras se autoriza el traslado. A estas barreras se suman las demoras en la asignación de citas médicas con los especialistas que tienen agendas muy llenas debido a que no hay muchos profesionales en cuidados paliativos. Las demoras en la asignación de citas ocasionan a su vez el vencimiento de las órdenes médicas, lo que implica que los pacientes deben iniciar el proceso desde el principio.

Específicamente frente a la disponibilidad y el acceso a los medicamentos opioides, los funcionarios de las IPS entrevistadas reportaron que una de las principales barreras es el temor del cuerpo médico para formular y administrar estos medicamentos debido a su falta de formación en el tema. Esto genera que el acceso a estos medicamentos esté restringido en su mayoría a las IPS con mayor nivel de complejidad en la atención.

Otro de los obstáculos identificados por los profesionales de la salud en Armenia es el acceso y diligenciamiento de los formularios oficiales para la prescripción de estos medicamentos. Uno de los médicos paliativistas que hace parte de una IPS no habilitada, pero que está desarrollando un programa de cuidados paliativos, comentó que a pesar de que su institución es de tercer nivel solo cuentan con tres unidades del formulario oficial para la prescripción de opioides en todo el hospital, y considerando que los medicamentos de control solo se pueden prescribir en esa receta oficial, no es suficiente para un hospital con una población tan grande por atender. Con respecto a la relación con el FRE, otro médico comenta que una vez se acabaron los formularios y, por tanto, no pudieron seguir prescribiendo. Agrega que cuando se solicita una mayor cantidad de medicamentos de lo habitual, el Fondo requiere documentación adicional que justifique el incremento lo cual retrasa los procesos de dispensación a los pacientes.

Por su parte, los pacientes comentan que existen múltiples problemas para acceder a los medicamentos. Un importante grupo de barreras está relacionado con las órdenes médicas, que tienen una validez de 15 días. En muchos casos, cuando los pacientes o sus cuidadores van a reclamar los medicamentos a los puntos autorizados estos no están disponible por largos periodos, lo que genera el vencimiento de las órdenes y, en

consecuencia, el paciente debe tratar de conseguir una cita médica nuevamente para que le den una nueva orden.

Una buena práctica que reportaron los pacientes es que una de las farmacias autorizadas para la dispensación les envía los medicamentos a la casa en el evento de que no estén disponibles cuando van a reclamarlos a la farmacia. Otra de las pacientes entrevistadas, que vive en Quimbaya, comentó que en su municipio las farmacias no están autorizadas para dispensar estos medicamentos por lo cual debe desplazarse hasta la ciudad de Armenia con la orden médica. Algunos pacientes reportaron que incluso han tenido que recurrir a la acción de tutela para que les entreguen los medicamentos luego de múltiples intentos por conseguirlos.

Del análisis de la información recopilada para la ciudad de Armenia en relación con el acceso a servicios de cuidados paliativos, en particular a medicamentos opioides para el manejo del dolor, encontramos que hay múltiples barreras a las que se enfrentan los pacientes y que tienen que ver con los actores más importantes del sistema: las EAPB e IPS. Con respecto a las EAPB encontramos que no cuentan con el suficiente número de IPS contratadas para garantizar los servicios de salud especializados a los pacientes. Asimismo, debido al incumplimiento de los contratos con las IPS los pacientes deben rotar por muchas instituciones para recibir el tratamiento que necesitan. Persisten las negaciones de ciertos servicios y medicamentos a pesar de los cambios implementados por la Ley estatutaria de salud. Por esta situación, sumada a la falta de suficiente personal calificado, las instituciones enfrentan serios problemas de estabilidad financiera por su relación con la EAPB.

Finalmente, en términos de barreras de acceso a opioides encontramos que los puntos de dispensación son limitados y no siempre tienen los medicamentos formulados para los pacientes, por lo cual estos pueden enfrentar periodos sin acceso a los medicamentos que necesitan. El hecho de que solo tres de las IPS habilitadas para cuidado paliativo puedan dispensar medicamentos limita enormemente la posibilidad de los pacientes de recibir una atención integral, situación que se agrava cuando estos enfrentan en casa el proceso del final de la vida, sin el acceso a los medicamentos para manejar el dolor.

Ruta en Pereira

En la ciudad de Pereira actualmente hay registradas en el REPS diez IPS habilitadas para la prestación de servicios de cuidados paliativos. Durante

el trabajo de campo tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con dos de ellas. Sin embargo, solo una tiene el programa de cuidados paliativos funcionando. La otra IPS entrevistada decidió cerrar el programa debido a que no contaba con la capacidad financiera para cumplir con los requisitos de habilitación. En todo caso prestan servicios a pacientes con dolor por enfermedades crónicas y algunos con cáncer.

De acuerdo con la información aportada por los profesionales de la IPS que tiene actualmente el programa funcionando, el proceso inicia con la remisión de los pacientes por parte de la EAPB. Una vez realizado el diagnóstico, la institución determina si va a realizar la atención de manera ambulatoria o domiciliaria. Para el caso de los servicios domiciliarios tienen como regla no asignar pacientes que estén a más de una hora de distancia de la oficina, esto les da la posibilidad de atender rápidamente un llamado del paciente y sus familiares, y poder atender a más personas pues limitan sus tiempos de desplazamientos. Además, cuentan con una línea de atención al usuario a la cual los pacientes se pueden comunicar permanentemente.

Esta IPS adoptó el modelo New Palex¹¹⁴ y contrata con EAPB que compartan la misma metodología, por lo cual en la contratación no está estipulado un número límite de visitas a los pacientes, sino que estas dependerán de la necesidad en cada caso. A pesar de esta flexibilidad los profesionales reconocen que en la práctica las visitas a los pacientes se dan una vez al mes y esto limita las posibilidades de seguimiento del caso. Con respecto a la dispensación de medicamentos opioides, idealmente les gustaría estar habilitados para poder formular y aplicar los medicamentos en el momento de la visita, pero para poder hacer esto deben tener habilitado el servicio de farmacia, procedimiento que estaban discutiendo con el FRE y FNE, o contar con una ambulancia que es la manera como programas con modelos similares operan en otras ciudades del país.

El equipo está compuesto por una enfermera jefe, un auxiliar administrativo, un fisioterapeuta, un trabajador social, dos médicos y un psicólogo, todos entrenados en cuidados paliativos, además de un guía espiritual para quien lo solicite. Adicionalmente, cuentan con un grupo de voluntarios que realizan labores pedagógicas para difundir en la

114 El método New Palex fue formulado por la New Health Foundation y es un modelo de atención en cuidados paliativos, para el cual los prestadores se pueden certificar, ver <http://www.newhealthfoundation.org/metodo-newpalex/>

comunidad la importancia de los cuidados paliativos y gestionar recursos para apoyar a pacientes con necesidades económicas. Con respecto al manejo de opioides, a la fecha en la que se realizó la entrevista no contaban con autorización para la dispensación por lo cual podían únicamente formularlos, pero los pacientes y sus familiares debían reclamarlos en las farmacias autorizadas.

Como se mencionó al inicio, una de las IPS entrevistadas considera que los requisitos de habilitación son muy exigentes, lo que dificulta la capacidad de las IPS de pequeña y mediana escala para proveer estos servicios. Asimismo, manifiesta que hay una baja sensibilidad e interés en el tema por parte de los profesionales de la salud lo que limita aún más a las IPS la posibilidad de cumplir con los requisitos de habilitación.

Con respecto a los modelos de atención los entrevistados comentan que a pesar del potencial de los programas domiciliarios, en algunas instituciones las visitas a los pacientes son limitadas debido a los paquetes de servicios que se negocian con las EAPB, en los que a veces incluso se determinan los medicamentos que el médico está autorizado a formular. De la misma manera, consideran que la imposibilidad para administrar medicamentos en el programa domiciliario, sumado a las demoras para la entrega de estos en los puntos autorizados, hace que los pacientes deban recurrir a los servicios de urgencias recurrentemente. Al igual que en las otras ciudades, una de las barreras identificadas por las IPS son las trabas para acceder a ciertos medicamentos que se consideran fuera del plan de beneficios. Finalmente, les preocupa que las EAPB solo estén autorizando el acceso a estos servicios en los últimos seis meses de vida contrario, a lo establecido en las guías internacionales que establecen que el tratamiento debe empezar desde el diagnóstico de la enfermedad.

La familiar de un paciente con cáncer que falleció meses antes de la realización del trabajo de campo para esta investigación comenta que la principal barrera que su esposo tuvo que enfrentar para acceder a tratamiento de cuidados paliativos fue el trato recibido por parte de la EAPB, pues tenían muchos problemas con las autorizaciones tanto para las citas con los especialistas como para los medicamentos. Con respecto a los medicamentos para el manejo del dolor comenta que la EAPB nunca le autorizó la entrega de los parches de buprenorfina los cuales debían cambiarse cada 48 horas, así que debían comprarlos directamente y tenían recursos muy limitados para ello. Finalmente, la IPS que lo había estado atendiendo dio por terminado el contrato con la EAPB por falta de pago por lo cual

los servicios que estaba recibiendo su esposo fueron interrumpidos y él murió en casa sin el acompañamiento necesario y con un dolor insufrible. En palabras de la persona entrevistada: “él se iba a morir de todas formas, pero si hubiera habido un poquito de apoyo de la EAPB todo hubiera sido más fácil”.

En la ciudad de Pereira, si bien hay un mayor número de servicios registrados que en Armenia, de la información recolectada pareciera que las barreras de acceso a servicios de cuidados paliativos y a medicamentos para manejar el dolor están relacionadas con las fallas estructurales del sistema asociadas al comportamiento de las EAPB y los exigentes requisitos de habilitación que limitan que estos servicios puedan ser prestados en instituciones de menor nivel de complejidad. Asimismo, frente a la disponibilidad de opioides la situación de Pereira coincide con la de las ciudades mencionadas anteriormente, donde las barreras surgen de la negación de la EAPB de autorizar ciertos medicamentos, especialmente los parches que no están incluidos en el PBS; la limitación de dispensar los medicamentos por parte de quienes los formulan debido a los procesos de habilitación separados entre la unidad de servicio y la dispensación de medicamentos, y la inflexibilidad frente a nuevos modelos de atención que buscan facilitar estos procesos para los pacientes.

Ruta en Cali

De acuerdo con el REPS, con corte a 11 de octubre de 2018, en la ciudad hay 30 IPS registradas para la prestación de servicios de cuidados paliativos. Para esta investigación tuvimos la oportunidad entrevistarnos con seis de ellas, las cuales también están autorizadas para la dispensación de medicamentos opioides de acuerdo con la información del FRE del Valle del Cauca.

La ruta de acceso a tratamiento funciona de manera similar a la de Armenia: el médico tratante remite al programa de cuidados paliativos y los profesionales de este programa determinan los servicios particulares que se van a prestar dependiendo de las necesidades del paciente y el estado de su enfermedad. Algunos de los entrevistados mencionaron que los servicios de urgencias también les remiten estos pacientes.

Del análisis de la información cualitativa recopilada se encuentra un mayor nivel de desarrollo de los servicios de cuidados paliativos en comparación con las otras ciudades estudiadas. En Cali algunos de los programas llevan más de 10 años de funcionamiento y cuentan con un amplio

equipo de profesionales de varias áreas, como medicina, enfermería, psicología, trabajo social y acompañamiento espiritual, formados en el tema de cuidados paliativos.

Asimismo, tienen programas estructurados tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos en modalidad hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria. Con respecto a los programas hospitalarios, el director de uno de ellos comentó que los pacientes hospitalizados y que requieren cuidados paliativos para el final de la vida son identificados con el “código lila”, con el cual se les ubica en una habitación individual, se les permite a los familiares tener acceso regular al paciente y contar con acompañamiento psicosocial. Otra IPS tiene incluso una unidad de cuidados especiales ubicada fuera de la ciudad que le permite a los pacientes seguir con su proceso de final de vida en un espacio más flexible y acogedor que el entorno hospitalario.

En relación con los programas domiciliarios hay algunas IPS que se especializan en esta modalidad de atención y realizan recorridos diarios para visitar a sus pacientes. Durante el trabajo de campo para esta investigación tuvimos la oportunidad de acompañar uno de estos recorridos y encontramos que este tipo de programas facilita la comunicación entre los pacientes, familiares y profesionales de la salud pues les permite a estos últimos enfocarse en sus necesidades particulares, y ajustarlas al entorno de la vida en casa.

Como se mencionó en la introducción de este documento, recoger información de las EAPB a lo largo de la investigación fue muy difícil. Sin embargo, en Cali tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con una EAPB que cuenta con un programa estructurado de cuidados paliativos. La persona encargada de la implementación del programa comentó que la identificación de los pacientes que requieren cuidados paliativos se realiza a través de búsquedas administrativas en la base de datos de pacientes y también por remisión de las IPS de su red de servicios. Los criterios de inclusión en el programa son: ser un paciente oncológico con metástasis estadio IV o no oncológico que padezca enfermedades renales, VIH, EPOC o enfermedades cardiovasculares o respiratorias, entre otras. Una vez el paciente es identificado se le remite a una de las IPS contratadas para la prestación del servicio que debe compartir el mismo modelo de atención basado en la metodología New Palex. Esta EAPB resalta como uno de los resultados positivos del programa que el 65 % de los fallecimientos han

ocurrido en casa, lo cual mejora la atención al paciente y reduce los costos para la EAPB.

A pesar de que el balance general de la provisión de los servicios de cuidados paliativos en Cali es positivo, existen barreras de acceso a una atención integral dependiendo del régimen de afiliación, la relación EA-PB-IPS y el acceso a medicamentos opioides.

En relación con la ruta de tratamiento las IPS reportan que el acceso es restringido para pacientes en zonas rurales y que existen más trabas para acceder en el régimen subsidiado pues algunas de las IPS han tenido que dar por terminado los contratos debido a la falta de pago. Adicionalmente, son muy pocas las EAPB que contratan un paquete de servicios con las IPS, la mayoría pagan atención por atención, lo que limita la posibilidad de recibir un cuidado integral. Asimismo, las IPS entrevistadas reportan que las EAPB establecen como un criterio para acceder al programa de cuidados paliativos estar dentro de los últimos seis meses de vida, cualquier tipo de atención que requieran antes de ese momento tiene que darse en un entorno hospitalario para que sea cubierto por la EAPB. Lo relatado en esta entrevista refuerza lo identificado en Armenia, donde el acceso a los servicios dependerá de la etapa en que se encuentre el paciente. Con respecto a la conformación de los equipos de profesionales, uno de los médicos entrevistados comenta que muchos de los programas “se enfocan en el dolor físico, pero no tienen un abordaje integral, por ejemplo, a través de actividades como el acompañamiento familiar [...] esto se ha convertido en el monopolio de los especialistas”.

Con respecto al acceso a los medicamentos opioides, a diferencia de Armenia es importante anotar que todas las IPS entrevistadas en Cali tienen habilitación para la dispensación de medicamentos controlados, sin embargo, en la mayoría de los casos esta habilitación es para administración hospitalaria pero no para la atención ambulatoria o domiciliaria. Una de las IPS entrevistadas comenta que ellos formulan por un período largo de tiempo –un mes, por ejemplo–, pero el problema es que el paciente efectivamente reciba los medicamentos una vez sale de hospitalización. Uno de los profesionales entrevistados afirma que “el hecho de que los medicamentos sean de control especial es una barrera de acceso en sí misma” pues hay demasiados trámites como, por ejemplo, el diligenciamiento de los formularios que se debe hacer a mano, no permite tachones, debe realizarse para cada medicamento de manera separada y no permite la formulación por varios meses.

Los profesionales reportan que, aunque se ha reducido el desabastecimiento de medicamentos opioides, hay periodos cortos donde escasean en particular medicamentos como la metadona, la hidromorfona, parches de fentanilo, midazolam y morfina en gotas. Atribuyen estos desabastecimientos a los problemas de cálculo de la demanda de medicamentos por parte del FRE que tiene en cuenta el consumo previo de las entidades autorizadas, pero no la formulación que hacen los médicos o IPS que no están autorizados para dispensar. Este es un asunto que proviene del mecanismo de fiscalización de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y, a su vez, del FNE que adolece de una estimación de la demanda para estimar la compra de opioides. No obstante, aclaran que ha sido posible darles solución rápida a estos impases a través de la posibilidad de compra directa al FNE. Por otro lado, uno de los entrevistados hizo referencia a la calidad de la oxicodona que está siendo distribuida por cuanto no tiene la potencia necesaria para aliviar el dolor.

Los pacientes, por su parte, coinciden en que hay múltiples barreras para acceder a los medicamentos sobre todo a causa de las EAPB. Al igual que en el caso de Quindío, en muchos municipios no hay farmacias autorizadas para la dispensación de los medicamentos por lo cual deben desplazarse a Cali para reclamarlos. Las órdenes de los medicamentos tienen fecha de vencimiento y cuando estos no son dispensados a tiempo, los pacientes deben volver a solicitar la fórmula. En otros casos, los pacientes reportan que reciben los medicamentos de manera parcial y deben entonces pagar por los otros directamente. Las EAPB siguen negando medicamentos que son NO PBS, aun cuando se surta el proceso de Mipres.¹¹⁵

La ciudad de Cali ha avanzado mucho en el desarrollo de servicios de cuidados paliativos. Cuenta con varias IPS habilitadas, equipos interdisciplinarios de profesionales formados en el tema, organizaciones de la sociedad civil que brindan apoyo a los pacientes, por ejemplo, a través de la provisión de alojamiento y alimentación para los cuidadores, e incluso una EAPB con un programa de cuidados paliativos basado en estándares internacionales.

Debido a que las IPS y sus profesionales cuentan con una más amplia experiencia en la provisión de servicios de cuidados paliativos, en el

115 Mipres es una herramienta a través de la cual los profesionales de la salud pueden reportar la prescripción de tecnologías en salud que no están financiadas con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC) o servicios complementarios.

trabajo de campo fue posible identificar a un mayor nivel de detalle las barreras administrativas para la formulación y dispensación de medicamentos como son el diligenciamiento de los formularios, su tiempo de validez y la negación de medicamentos que deberían ser parte del plan de beneficios como, por ejemplo, los parches de fentanilo y buprenorfina.

Ruta en Santander de Quilichao

A diferencia de las demás ciudades, la provisión de servicios de cuidados paliativos en Santander de Quilichao es crítica. No hay IPS habilitadas para la prestación de estos servicios en esta ciudad, por lo cual no fue posible durante la investigación realizar las entrevistas. De acuerdo con la información recopilada en campo, la ruta de acceso a servicios médicos especializados empieza con medicina general, que remite los pacientes a los especialistas y subespecialistas. El problema es que, casi siempre, estas remisiones deben hacerse a otras ciudades como Cali y Popayán pues no hay muchos especialistas domiciliados en este municipio y los pocos que hay tienen sus agendas llenas permanentemente.

En Santander de Quilichao, el principal proveedor de servicios de salud es el Hospital Francisco de Paula Santander, una IPS de segundo nivel, que además de prestar servicios en el municipio atiende pacientes de otros 13 municipios en el departamento del Cauca. Sin embargo, en el servicio de hospitalización solo cuentan con 70 camas. No tienen un programa de cuidados paliativos, pero reportan que esporádicamente reciben a pacientes con enfermedades terminales por el servicio de urgencias donde suelen estar entre 24 o 48 horas para el manejo de síntomas como el dolor y luego, dependiendo de su condición, son dados de alta o pasan a habitación. La dispensación de medicamentos controlados solo se da intrahospitalariamente, así que si al paciente le formulan opioides deberá acceder a ellos a través de las farmacias autorizadas por la EAPB. De esta manera, los pacientes que requieren atención especializada y cuidados paliativos deben desplazarse a Cali para poder acceder a estos servicios, lo cual les implica una inversión de tiempo y recursos considerable para poder recibir los cuidados que necesitan. En muchos casos, los pacientes y sus cuidadores no cuentan con esta posibilidad por lo cual deben enfrentar este proceso sin el acompañamiento y los cuidados apropiados.

En términos de disponibilidad de medicamentos opioides, la farmacia del Hospital realiza compras trimestrales al FRE calculando las dinámicas del consumo histórico. El proceso de compra dura alrededor de una

semana y en los casos en los que ha habido desabastecimiento a nivel local han realizado compras directas al FNE. De acuerdo con las personas a las que pudimos entrevistar en el hospital, muchos de los pacientes les han comentado que en la farmacia con la que tiene contrato su EAPB no les dispensan los medicamentos por lo que tienen que ingresar nuevamente por urgencias para estabilizarse, lo que genera un círculo vicioso. Si al paciente se le formula morfina debe ir a Popayán o Cali por ella.

El caso de la señora María Rebeca Bejarano de Cuero, una paciente de cáncer que murió sin recibir ningún tipo de atención especializada, muestra esta situación. Su hija Martha Cuero, quien fue cuidadora durante todo el proceso, comenta que en el caso de su madre hubo un diagnóstico tardío de la enfermedad y muchos retrasos para que se le practicaran los exámenes requeridos. Debido a estas dificultades tuvieron que acudir a la acción de tutela para que se le autorizaran los servicios de cuidados paliativos que ya el médico le había ordenado. A pesar de que ganaron la tutela la EAPB nunca autorizó la entrega de los medicamentos que le habían formulado, por lo cual Martha relata que tuvo que buscar morfina en el mercado ilegal: “en Cali podía conseguir morfina ilegalmente aunque era muy cara”.

Otra paciente con cáncer reportó que su EAPB le negó tratamiento oportuno y por eso el cáncer hizo metástasis en otros órganos, posteriormente solicitó que se le brindaran cuidados paliativos los cuales también le fueron negados, por lo cual tuvo que interponer una acción de tutela que le fue negada por fallas en el procedimiento. Debido a que no se le ofreció la posibilidad de recibir atención domiciliaria tuvo que trasladarse a Cali a recibir allí la atención médica, pero la posibilidad de acceder a estos servicios de manera sostenida se ve limitada pues ni ella ni su cuidador cuentan con los recursos para desplazarse y sostenerse en esta ciudad.

En comparación con las tres ciudades analizadas previamente, la situación de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos en Santander de Quilichao es seriamente preocupante debido a que la ausencia de servicios especializados, sumada a la dificultad para que los medicamentos opioides sean entregados, se convierte en la principal barrera de acceso. Si bien Cali, que es una ciudad con mayor nivel de provisión de servicios, está relativamente cerca de este municipio, la situación económica y la dificultad inherente a estar enfermos imposibilita a muchos pacientes movilizarse para acceder a los servicios que requieren. De esta manera, las personas con enfermedades terminales y crónicas en este municipio ven

seriamente limitadas sus posibilidades de acceder a servicios de cuidados paliativos y, en últimas, de ver garantizado su derecho a la salud.

Ruta en Cúcuta

Finalmente, el caso de Cúcuta es similar al de Santander de Quilichao en términos de la limitada provisión de servicios de cuidados paliativos, pues a la fecha solo existe una IPS habilitada para prestar esta atención especializada en la ciudad. Sin embargo, a diferencia de los pacientes en Santander de Quilichao, las personas que requieren estos servicios en Cúcuta no cuentan con una ciudad cercana a la que puedan ser remitidas para recibir atención.

Ante la falta de servicios especializados buscamos información a través de las IPS que prestan servicios médicos oncológicos en la ciudad y logramos realizar cuatro entrevistas, dos ellas a IPS de mayor nivel de complejidad. Una de estas fue inaugurada recientemente, cuenta con una unidad oncológica y atiende a pacientes tanto del régimen contributivo como del subsidiado. No tiene un programa de cuidados paliativos, pero igual han identificado barreras que sus pacientes enfrentan para acceder al tratamiento oncológico. Por ejemplo, en algunos casos las EAPB no autorizan la dispensación de ciertos medicamentos o hay demoras en la entrega de estos por parte del FRE a la farmacia de la institución, lo que limita su posibilidad de brindarle a los pacientes una atención integral. Ellos tratan de asegurar que los pacientes reciban los medicamentos que necesitan, pero el problema se presenta cuando son dados de alta y deben reclamar los medicamentos en los puntos autorizados.

Una de las funcionarias con la que hablamos en otra de las IPS entrevistadas comenta que ellos no remiten a los pacientes a servicios de cuidados paliativos pues no tienen información sobre estos. Adicionalmente, no tienen habilitado el servicio de farmacia para la dispensación de medicamentos opioides, sino que los administran de manera intrahospitalaria. Existen muchos problemas para la dispensación con pacientes provenientes de zonas rurales. Por ejemplo, a veces la EAPB le ordena al paciente que reclame los medicamentos en el municipio donde reside, así esté viviendo por el momento en Cúcuta para recibir tratamiento. Ellos deciden viajar para reclamar el medicamento y encuentran que no está disponible. Debido a la escasez de servicios de tratamiento las personas con mayores recursos se desplazan a ciudades como Bucaramanga.

Adicionalmente, tuvimos la oportunidad de entrevistar a una de las pocas médicas paliativistas de la ciudad quien trabaja en un hospital público de tercer nivel. Esta persona comentó que en su IPS se adelanta un programa de manejo del dolor en modalidad hospitalaria donde se le administran al paciente los medicamentos que requiera. Asimismo, cuando la persona es dada de alta se le formulan los medicamentos necesarios. Si el paciente o su cuidador tienen dificultades para conseguirlo porque está agotado o la EAPB lo niega, la doctora trata de reemplazarlo por otro, pero ello requiere formación y entrenamiento en prescripción de opioides, que es casi inexistente en el departamento.

Por otro lado, las demoras en la entrega de los medicamentos –que pueden durar entre 1 y 3 meses– generan que las fórmulas se venzan y deban ser actualizadas. Estas barreras administrativas causan que los tratamientos sean interrumpidos constantemente, lo que afecta con suma gravedad la salud y el bienestar de los pacientes. En términos de tratamientos domiciliarios han avanzado en desarrollar un programa de telemedicina en convenio con una EAPB. Ahora bien, si para las personas que se encuentran en la ciudad es difícil acceder a estos servicios, para las personas que viven en zonas rurales la posibilidad es nula.

El acceso de los pacientes a servicios de cuidados paliativos en Cúcuta es crítico debido a la falta de IPS y de profesionales especializados en el tema. Se ve con preocupación que incluso las IPS que tienen contacto con los pacientes oncológicos, que son algunos de los que necesitan con mayor urgencia el acceso a servicios de cuidados paliativos, no tienen ni siquiera el conocimiento general sobre el tema y, por tanto, no saben a dónde remitir a sus pacientes o cómo brindar un tratamiento integral más allá del abordaje curativo. Además, a diferencia de Santander de Quilichao, no cuentan con una ciudad cercana que preste estos servicios y con la cual puedan generar una dinámica de región que le permita a los pacientes buscar alternativas para acceder a ellos.

En este marco, las barreras identificadas en los diagnósticos de las otras ciudades se agravan para las personas con necesidades de cuidados paliativos en Cúcuta. Las EAPB no cuentan en su red con IPS que brinden estos servicios o niegan los medicamentos ordenados. Por otro lado, existen barreras administrativas para acceder a los medicamentos en los casos donde son aprobados, como es la falta de disponibilidad de estos en las farmacias autorizadas por las EAPB para la entrega.

Barreras de acceso a cuidados paliativos

Padecer una enfermedad terminal o crónica tiene un grave impacto en la salud física y mental de quien la sufre, así como de los familiares y cuidadores, pero la imposibilidad de acceso a cuidados paliativos y al alivio del dolor profundizan los impactos negativos en la calidad de vida de los pacientes y su red cercana, y los expone a un sufrimiento que podría ser evitable.

Durante las entrevistas con pacientes y familiares les preguntamos sobre su historia de vida y la manera como la enfermedad ha impactado esa historia. La mayoría ha sufrido depresión debido a la imposibilidad de manejar el dolor y esto ha afectado sus relaciones familiares pues muchas veces están irritados, se aíslan y se sienten impotentes pues no quieren ser una carga para su familia. Dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad algunos conservan cierto nivel de independencia, sin embargo, la maraña administrativa del sistema de salud implica que para lograr los servicios y medicamentos que necesitan deben contar con el apoyo de un acompañante o cuidador que tenga la capacidad física y mental para gestionar los trámites, lidiar con las demoras, los desplazamientos, las negaciones y, también, para cuidarlos cuando los síntomas de la enfermedad se presentan. En muchos casos la tutela ha sido el único mecanismo que les ha permitido acceder a los servicios médicos que necesitan, por lo cual también deben contar con el apoyo de una persona que se pueda encargar de esos trámites y les pueda hacer seguimiento, pues la mayoría no cuenta con los recursos para pagar un abogado.

Varias de las personas entrevistadas son cabeza de familia y, por tanto, quienes proveen el ingreso para el sustento familiar. La enfermedad, la falta de tratamiento y de alivio de dolor impacta de manera directa su posibilidad de seguir trabajando y, en consecuencia, afecta gravemente la economía familiar. Así, los recursos limitados deben ahora distribuirse, no solo en los gastos regulares de la familia, sino en el pago de los servicios y medicamentos que las EAPB no autorizan, y en los gastos de transporte que en ocasiones son a otras ciudades fuera de donde residen. Además, la negación de servicios que deriva en situaciones de dolor insostenibles termina en numerosas visitas a los servicios de urgencias, que desgastan al paciente y al sistema de salud en general.

Las barreras de acceso a servicios de salud y medicamentos no solo generan consecuencias devastadoras en los pacientes, sino que afectan directamente a las personas que se encargan de su cuidado, quienes por lo

general son mujeres. Las mujeres en el núcleo familiar –habitualmente las que son solteras y sin hijos– son quienes abandonan sus actividades económicas y educativas para dedicarse al cuidado del paciente, tal como el caso que vimos en Cali, de una joven de 17 años que se encontraba en la Fundación de Cuidados Paliativos cuidando de su tía, con su proyecto de vida en suspenso. Ante una falta de acompañamiento del sistema de salud, las familias deciden que la responsabilidad del cuidado quedará en cabeza de quien tiene menores posibilidades de aportar económicamente al núcleo familiar, quienes en muchos casos son mujeres. Así, las cuidadoras asumen el manejo de la enfermedad de su familiar y deben sobrellevar el sufrimiento y los dolores de manera solitaria y a puerta cerrada. Aunque existen avances en la documentación de los roles de cuidado que asumen las mujeres en las familias y de los aportes económicos que estos generan, aún no se han cuantificado los costos emocionales, económicos y profesionales que tiene para el proyecto de vida de una mujer asumir el cuidado de un familiar con una enfermedad terminal o crónica.

Socialmente se nos ha inculcado que estos procesos hacen parte de la esfera privada de las familias y, por tanto, el sistema de salud y la sociedad en general no deben compartir las cargas que una enfermedad terminal o crónica genera. Más allá de la provisión de los servicios y medicamentos, ya de por sí bastante limitada, las familias requieren un acompañamiento integral durante estos procesos y este es precisamente el vacío que se quiere llenar desde un enfoque de cuidados paliativos. Es importante que los diferentes actores del sistema de salud se detengan a observar las implicaciones que sus procesos y procedimientos de funcionamiento tienen en las vidas concretas de quienes sufren una enfermedad terminal y de sus familiares.

Las barreras que encontramos se pueden clasificar en tres grandes grupos: 1) restricciones en la oferta de servicios del sistema de salud; 2) consecuencias de la fiscalización de opioides; 3) falta de educación en cuidados paliativos y manejo de opioides

Restricciones en la oferta de servicios del sistema de salud

La habilitación de servicios de cuidados paliativos es separada de la habilitación para servicio farmacéutico que pueda dispensar medicamentos controlados; esta es una norma razonable si se considera el necesario nivel de control para unas sustancias con potenciales riesgos, pero para el caso de los servicios de cuidados paliativos, en opinión de los profesionales de la salud, este proceso de habilitación, así como los requisitos del servicio

farmacéutico, representan un alto costo financiero y de recursos humanos. En la práctica, encontramos varias IPS que no tenían habilitado el segundo servicio. Ahora, esto no sería un problema si los pacientes en efecto pudieran reclamar de manera oportuna los medicamentos en otros servicios farmacéuticos a distancias razonables.

Pero lo cierto es que en la práctica el paciente sale de la consulta de paliativos con una fórmula debidamente diligenciada que, por múltiples motivos, no le sirve para reclamar el medicamento, y esto redundando en demoras inaceptables para el alivio del dolor al final de la vida.

En opinión de muchos prestadores, una dificultad importante es que la atención paliativa entra muy tarde al proceso. La percepción generalizada es que es una atención para los últimos momentos, por lo que el equipo paliativo es invitado a intervenir demasiado tarde.

A nivel institucional, a pesar de que Colombia cuenta con una ley que incorpora todos los servicios de cuidados paliativos al PBS, incluidos los opioides, su implementación territorial enfrenta una inestabilidad en los prestadores por los problemas financieros entre EAPB e IPS. Fue recurrente en los testimonios la referencia a la falta de pago de las EAPB a las IPS, y que no cuentan con proveedores de servicios en municipios distintos a la capital de departamento. En la práctica, cuando los escasos dos o tres prestadores en una ciudad determinada deben cancelar el contrato con una EAPB grande, esto implica que quedan miles de pacientes sin acceso a esta atención en salud. Asimismo, la negación por parte de las EAPB de ciertos medicamentos, a pesar de lo establecido en la ley estatutaria de salud, dificulta que los pacientes puedan acceder a la atención que necesitan según las particularidades de su caso.

Los medicamentos opioides que se usan en esta atención están en la gran mayoría incluidos en el PBS, pero hay unos cuantos que están por fuera, y son de hecho los más costosos, como por ejemplo los parches de buprenorfina. En ocasiones, cuando estos medicamentos son recetados, las familias asumen el gasto de su bolsillo, lo que se suma a la carga ya significativa de gastos que hay en una situación de crisis por enfermedad.

Por último, hay un asunto estructural frente a la habilitación del servicio de “dolor y cuidado paliativo” que puede hacer parecer en el REPS que hay muchos prestadores en un territorio, cuando en realidad solo hacen manejo de dolor, pero no ofrecen cuidados paliativos. Considerando que son dos intervenciones en salud diferentes, para pacientes distintos, es necesario que haya mayor claridad institucional al respecto.

Consecuencias de la fiscalización de opioides

El mecanismo mediante el cual se estima la necesidad de opioides tanto a nivel de los FRE como del FNE es según el consumo en la vigencia anterior, así que este se evalúa a partir de un bajo consumo que, a su vez, es reflejo de una baja prescripción. Por las razones que hemos detallado a lo largo del texto, existen barreras sociales, de salud, institucionales y culturales que impiden que los médicos prescriban opioides de manera que efectivamente se maneje el dolor de las poblaciones que lo necesitan. Este sistema de estimaciones no es un problema solamente colombiano, pues como se destacó en 2015, a nivel global el sistema de estimaciones de la JIFE ha fracasado, al no reflejar las necesidades médicas del uso de opioides, con la consecuencia de una subestimación continua de estos medicamentos (Global Commission on Drug Policy, 2015, p. 17). Esta es una de las principales barreras estructurales que afectan el acceso a medicamentos opioides, tanto para cuidados paliativos como para mantenimiento con metadona.

En cuanto a la aplicación de las normas que regulan la dispensación de opioides encontramos algunas barreras referentes al diseño mismo de la norma, de su interpretación o de su implementación.

En cuanto al diseño de las reglas, la norma de habilitación vigente no permite que las unidades de atención domiciliaria lleven los opioides al paciente que visitan, sino que el cuidador debe encargarse de este proceso de manera paralela lo que, de nuevo, causa demoras y cargas innecesarias. De otra parte, y teniendo en cuenta que la habilitación de servicios farmacéuticos requiere un nivel de recurso humano y financiero alto, los municipios en zonas rurales no tienen este servicio, pero lo más grave es que cuando las personas se desplazan a la capital para reclamar el medicamento enfrentan dos barreras: los altos costos del transporte, y, en algunas ocasiones, la negación de entrega del medicamento por la ciudad/departamento de expedición de la fórmula. Si bien la norma dice que los opioides se pueden dispensar en un lugar distinto al de la expedición de la fórmula, muchos servicios farmacéuticos desconocen esta regla y no entregan el medicamento. De esta manera, el paciente o su cuidador pierden tiempo, dinero y, al final, no tienen el medicamento que necesitaban.

Este tipo de restricciones en el punto de dispensación, en opinión de los médicos, es muy común. Devuelven a los pacientes cuando el formulario tiene un tachón, un error menor, o algún campo no está debidamente diligenciado. Considerando el grave sufrimiento y el poco tiempo

con el que cuentan estas personas, se aplica de manera estricta una norma sin considerar las consecuencias en la calidad de vida del paciente. Esta situación es recurrente cuando el paciente ha estado hospitalizado y con los síntomas de dolor controlado, y cuando es dado de alta y se prescriben medicamentos para reclamar en farmacia, los familiares y cuidadores se enfrentan a todo tipo de negaciones en el servicio farmacéutico. En algunos casos, se generan crisis de dolor que terminan en servicios de urgencias, que es una de las situaciones que se busca evitar al final de la vida.

Falta de educación en cuidados paliativos y manejo de opioides

A las barreras detalladas anteriormente, relacionadas con la institucionalidad en salud, subyace una importante deficiencia en el nivel de educación en cuidados paliativos y manejo de dolor entre los profesionales de la salud.

Como detallamos al inicio de este capítulo, Colombia tiene un déficit de formación tanto a nivel de pregrado como de especialización. En medicina general y enfermería ello implica que cuando un paciente con dolor que amerita opioides llega a un centro de salud de primer o segundo nivel, se encontrará con médicos a quienes no les enseñaron cómo abordar el final de la vida ni cómo prescribir opioides de acuerdo con las dosis necesarias. En últimas, ese paciente saldrá del centro de salud sin una solución a su dolor. En cuanto al nivel de especialización, esta deficiencia implica que en la mayoría de las ciudades no hay personal formado en esta especialidad.

Finalmente, algunos de los profesionales entrevistados expresaron su preocupación por el desconocimiento en el manejo de los medicamentos sobrantes que quedan en manos de familiares y cuidadores luego del fallecimiento de los pacientes. Algunos de ellos los entregan a su médico tratante, pero este no siempre es el caso. No hay mucha información sobre los puntos azules y estos no siempre están en sitios accesibles de la ciudad, lo que hace que estos medicamentos sobrantes, que podrían ser aprovechados por otros pacientes o devueltos a los FRE, se extravíen.

Atravesar el final de la vida tiene serios impactos en la salud mental y física, no solo del paciente, sino de sus familiares y su red de cuidado y apoyo. Estos impactos se ven agravados debido a la falta de acceso a medicamentos opioides pues estos podrían aliviar dolores evitables y les permitirían a las personas estar presentes para tomar decisiones importantes sobre su proceso personal. Los cuidados paliativos consisten en prestar una asistencia activa y holística para mejorar la calidad vida de las

personas con enfermedades que les generan un sufrimiento severo. Este enfoque de atención incluye la disponibilidad y el suministro de medicamentos opioides que son una herramienta fundamental para el alivio y manejo del dolor (IAHPC, 2018).

Colombia ha tenido avances importantes en la garantía del acceso a servicios de cuidados paliativos, dentro de los cuales se encuentra la expedición de la Ley 1733 de 2014 que establece que estos servicios deben estar incluidos dentro de los planes obligatorios de salud y que se debe garantizar el acceso a los medicamentos opioides 24 horas al día, 7 días a la semana.

Pero, en la práctica, estamos lejos de contar con sistemas de salud y sociales que reflejen estas disposiciones legales. El temor a la muerte atraviesa por igual a pacientes, familiares y profesionales de la salud, por lo que resulta más fácil ignorar que el final está cerca y se abandona a la persona en el final de la vida. Los cuidados paliativos ofrecen la posibilidad de acompañar cuando ya no es posible curar, pero además de la ley, esto requiere una transformación social y cultural en la que acogamos la muerte con la naturalidad con la que se da la bienvenida a una nueva vida.

En este complicado laberinto en el que estamos, los pacientes y familiares quedan a merced de las puertas giratorias del dolor. Existen soluciones para los síntomas físicos –particularmente el dolor con el alivio de los opioides–, pero por aferrarse a “curar” o por el desconocimiento y la falta de formación, el final de la vida sigue atravesado por dolor. Ampliar los cuidados paliativos en el país ofrece la posibilidad de desmitificar la muerte y despedirse del mundo con tranquilidad y sin dolor.

Los cuidados paliativos son un modelo que debe ser incluido en cualquier sistema de salud ya que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, respeta la dignidad humana y es costo-efectivo. Colombia ha dado importantes pasos en garantizar la prestación de estos servicios, pero dichos esfuerzos aún no permiten que la mayoría de la población pueda acceder a ellos. Como veremos en el siguiente capítulo, es importante que las autoridades a nivel nacional y local implementen medidas efectivas que amplíen estos servicios y medicamentos a otras zonas del país además de las ciudades.

CAPÍTULO 4

HACIA UNA ATENCIÓN EN SALUD QUE ALIVIE EL DOLOR

Si ser humano es ser limitado, entonces el papel de los profesionales y las instituciones del cuidado debe ser ayudar a las personas en sus luchas con esas limitaciones. A veces podemos ofrecer una cura, a veces tan solo un bálsamo, a veces ni siquiera eso. Pero lo que sea que podamos ofrecer, nuestras intervenciones y los riesgos y sacrificios que implican, solo están justificados si sirven a los objetivos más grandes de la vida de una persona. Cuando olvidamos eso, el sufrimiento que infligimos puede ser bárbaro. Cuando lo recordamos, el bien que hacemos puede ser asombroso.

Atul Gawande

La enfermedad incurable, o el difícil camino para superar la dependencia de la heroína, nos retan a buscar soluciones que permitan a las personas tener una mejor calidad de vida y aliviar su sufrimiento con dignidad. Para el Estado y sus sistemas de salud y cuidado representa el reto y la oportunidad de reconocer y dar prioridad a las soluciones posibles.

En este libro hemos sostenido que los opioides, aun cuando no son una solución mágica, son medicamentos que facilitan y promueven otros procesos. En el caso de los cuidados paliativos, el control y manejo del dolor al final de la vida es un factor que hace más manejable el duelo para el paciente y sus seres queridos, y permite entonces tener el control posible para tomar decisiones y despedirse del mundo. En el caso de las personas que quieren dejar de consumir heroína, la metadona hace posible que los síntomas del síndrome de abstinencia no sean una barrera para trabajar en todo lo demás que falta, en restablecer las redes de apoyo, y retomar los estudios y los proyectos vitales. Estos medicamentos son esenciales porque

sin ellos ninguno de estos procesos se puede llevar a cabo, por lo que su inclusión es indispensable en un modelo de atención en salud integral.

El cuidado real a estas comunidades de pacientes requiere dejar de aferrarse al mito de la “cura” y aprender a convivir con los imposibles de la vida. La salvación de la muerte, o una vida de redención abstinerente son algunos de estos mitos que aún rondan ciertos enfoques de cuidado e impiden ofrecer soluciones a las personas hacia el final de la vida, o ver en la sustitución de la metadona algo distinto a un “reemplazo de adicciones”. En ambos ámbitos de cuidado, quienes han comprendido que la “cura” no es siempre posible, parten de un principio de respeto hacia el paciente como un interlocutor válido, y cuyos objetivos vitales y autonomía deben estar en el centro de la atención.

En este libro documentamos las barreras de acceso a medicamentos controlados, que de manera directa impactan los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, por cuenta de la aplicación de políticas de drogas de manera represiva, e invita a desarrollar fórmulas de interpretación que den supremacía a las obligaciones de protección de los derechos humanos. En la investigación identificamos además barreras que no son inherentes a la fiscalización de los medicamentos, sino a otros asuntos referentes a la política pública de salud, las deficiencias de la educación en estos ámbitos de cuidado, y las actitudes sociales y culturales frente al dolor, la muerte y la dependencia de las sustancias. En su conjunto, la identificación de estas barreras reclama reconocer que las mejoras en la atención al final de la vida y a las PQUD dependen no solo de mejorar la disponibilidad y el acceso a los opioides, sino de otras transformaciones políticas y culturales que den cabida a estos enfoques de cuidados, como parte de un pleno goce del derecho a la salud.

En esta sección dedicaremos una parte a las consideraciones finales, seguido de las recomendaciones de política pública por ámbito y sector.¹¹⁶ Por último, presentamos algunas ideas sobre futuras investigaciones necesarias en el campo del alivio del dolor y las responsabilidades frente a los sistemas de cuidado del Estado colombiano.

116 Es importante anotar que estas recomendaciones se nutrieron de los debates y las propuestas formulados por las expertas y los profesionales en los talleres congregados en Cali y Pereira en noviembre de 2018.

Algunas consideraciones finales

La experiencia del dolor en la atención al final de la vida y a las PQUD pone de relieve que la política de drogas sigue orientada por las prioridades del control, y no las de la disponibilidad de las sustancias para fines médicos (Global Commission on Drug Policy, 2015, p. 5). Demuestra también que la política de drogas es un ámbito en el que la evidencia científica y los principios de la salud pública han tenido un rol marginal, con consecuencias devastadoras para los objetivos que supuestamente busca el sistema internacional de control: el bienestar de la humanidad (Csete *et al.*, 2016, p. 1432).

En Colombia, las garantías normativas del derecho a la salud contienen todas las posibilidades del cuidado y la atención en salud que estas dos poblaciones necesitan, pero contrasta la realidad de la experiencia del dolor no aliviado para ambos grupos, más dramática en algunas ciudades que en otras.

Los dos estatus de los medicamentos opioides –controlados y esenciales– generan una paradoja en la práctica, pues los sistemas de salud, siguiendo los estándares de la OMS, exigen que estén disponibles y accesibles para quien los necesite, pero el régimen de control internacional de drogas –en particular la JIFE– exige que se tomen medidas para fiscalizar esta sustancia y sus derivados.

Se puede concluir que aún hay un déficit importante de la oferta de servicios de tratamiento para el trastorno de dependencia de las SPA que estén basados en la evidencia. Adicionalmente, no existe información consolidada sobre la cantidad y calidad de servicios de tratamiento especializados para usuarios de heroína. Así, se puede concluir que, a pesar de contar con un amplio marco normativo en la materia, aún persisten importantes barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud para esta población.

Por su parte, también tenemos un déficit de servicios de cuidados paliativos, y esta situación tiende a empeorar pues a medida que la población tiene una expectativa de vida más alta, y aumenta la carga de enfermedades crónicas y debilitantes, aumentará la necesidad de esta atención. La Corte Constitucional, de manera incipiente, ha elaborado el concepto del derecho a los cuidados paliativos como parte de los derechos a la salud y a la dignidad, pero el desconocimiento público de esta posibilidad hace que los pacientes no exijan aquello que no conocen. Ello, sumado a las deficiencias en educación en manejo de opioides y cuidados paliativos de los

profesionales de la salud, redundando en la baja oferta de personal capacitado para atender la demanda de dichos cuidados.

En este sentido, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha contribuido a establecer y posicionar la noción de derecho a la salud en Colombia en el marco del funcionamiento de un sistema que enfrenta múltiples barreras para ser implementado, y que en muchos casos no ha cumplido con su propósito real que es garantizar la atención integral en salud a todos los ciudadanos. La Corte ha jugado un papel muy importante en la gestión de conflictos entre pacientes y actores del sistema, y a través de su jurisprudencia ha puesto de presente los problemas estructurales del funcionamiento de la salud en Colombia que limitan la garantía efectiva de este derecho fundamental.

Existe un amplio conjunto de normas que ha abordado el tema del trastorno de dependencia de las SPA y que buscan proveer una respuesta desde las instituciones de salud. Si bien estas políticas han ido evolucionando durante los últimos 20 años hacia la búsqueda de una atención integral a los consumos problemáticos de drogas y ha avanzado en respuestas diferenciadas como, por ejemplo, aquellas que se requieren para las PQUD por vía inyectada, en la práctica existen muchas barreras legales, culturales y administrativas para acceder a la atención integral que las políticas del orden nacional promueven. Muchas personas con necesidad de tratamiento han tenido que acudir a las vías legales para exigir la garantía y protección del derecho a la salud, lo que ha permitido que se haya desarrollado una línea jurisprudencial en la Corte Constitucional colombiana sobre los derechos de las personas con trastorno de dependencia de las drogas. La jurisprudencia de la Corte ha establecido que estas personas son sujetos de especial protección y, por esta razón, el Estado, a través del sistema de salud, está en la obligación de prestarles una atención integral.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional en el tema de acceso a tratamiento para personas con trastorno de dependencia de SPA ha permitido visibilizar las barreras que esta población enfrenta cuando exige la garantía del derecho a la salud por parte de las entidades que conforman el sistema, en particular las EAPB. Si bien muchas de las barreras identificadas por la Corte responden a problemas estructurales que no afectan únicamente a las personas que buscan tratamiento para superar la dependencia de las SPA, sino a la población en general, sí evidencian el estigma y la discriminación que sufren estas personas, frente a quienes muchos prestadores del sistema consideran que no tienen obligación de atender. El

reconocimiento de esta población como sujetos de especial protección por parte del Estado, y la presión ejercida por la Corte para que se garantice una atención integral en estos casos, ha permitido que algunas de las barreras que enfrenta esta población hayan sido superadas paulatinamente.

La obsesión por controlar las drogas, y los ingentes esfuerzos dedicados a fiscalizar las sustancias controladas, ha imposibilitado para muchos que la disponibilidad con fines médicos sea real. El régimen internacional de control, al reconocer este error, dedicó un capítulo del documento final de la Ungass 2016, que habla sobre recomendaciones operacionales a los Estados para eliminar barreras innecesarias y gestionar mejor el acceso a sustancias controladas para fines médicos, especialmente para los cuidados paliativos. Si bien la norma colombiana no es el caso más extremo de normas restrictivas en el acceso, falta aún mucho trabajo para derribar mitos, esclarecer las interpretaciones correctas de la norma, y formar más a los médicos y pacientes para perderle el miedo a los opioides, en tanto sean necesarios al final de la vida. Hacer esto es un mandato ético de la medicina y del Estado como garante de los derechos fundamentales a la vida, a la salud y a no ser sometido a tratos crueles o inhumanos.

Pero además de documentar las barreras, también encontramos numerosas experiencias de comunidades comprometidas con atender a las comunidades de pacientes y mejorar la calidad de vida de estas poblaciones y sus familias. Es por ello que las recomendaciones que presentaremos están alimentadas por sus discusiones, y también deben ser procesos en los que ellos y ellas sean partícipes del diseño de las soluciones. En los talleres con profesionales se dio la ocasión de formular “Buses del cambio”, con ideas prácticas que son viables en su implementación. Por ejemplo, en Cali idearon que las autoridades departamentales de salud creen brigadas de cuidados paliativos que hagan rutas itinerantes por todos los municipios del departamento atendiendo a pacientes de cuidados paliativos y formando a médicos y enfermeras en cada pueblo y ciudad. Por su parte, en Pereira uno de los grupos identificó que una de las barreras de acceso era la falta de información de los usuarios de SPA sobre sus derechos, así que propusieron crear herramientas para difundir estos derechos en los espacios institucionales y comunitarios donde ellos y sus familias acuden. Esto es reflejo del potencial creativo y propositivo de los profesionales, del cual las autoridades deben nutrirse para implementar mejor lo que está plasmado en las leyes colombianas.

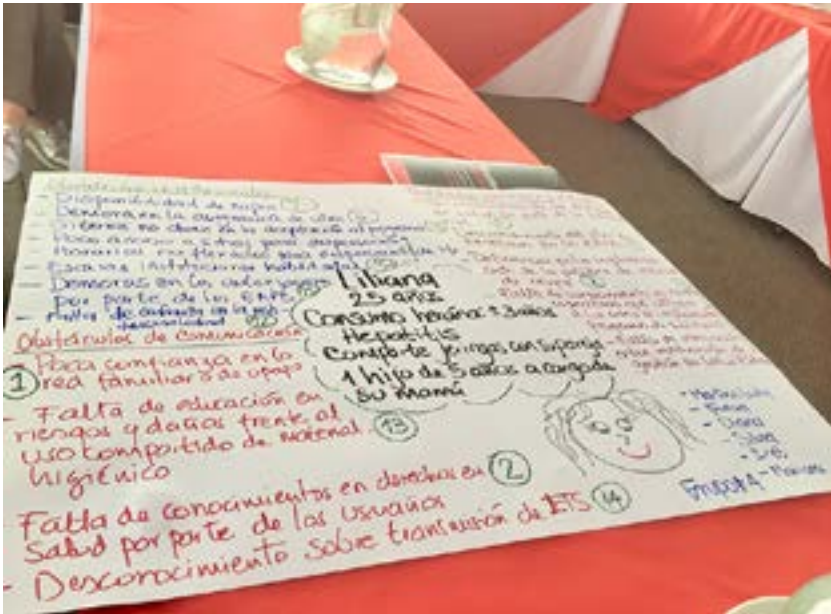


Figura 1: Lecturas de casos y mapas de camino

A continuación detallaremos una serie de recomendaciones de política pública. En últimas, esperamos que este libro motive los cambios necesarios para cesar sufrimientos evitables. Primero, presentaremos las recomendaciones generales sobre el sistema de fiscalización de opioides y el sistema de salud en general; segundo, introduciremos las recomendaciones específicas para fortalecer los cuidados paliativos en el país y en las cinco ciudades en las que trabajamos, y por último, haremos lo mismo para el caso del tratamiento a las personas que necesitan atención por el uso de heroína.

Recomendaciones generales

Al sistema de salud colombiano

La falta de oferta de servicios habilitados y de calidad es una de las principales barreras, como detallamos en los capítulos 2 y 3. Esto tiene dos raíces principales, a saber, la falta de profesionales formados en cada área, y la falta de convenios entre las EAPB con las IPS que en efecto sí cuentan con estos profesionales. En la práctica, esto se expresa en la falta de rutas y redes claras por las cuales estos pacientes transiten el sistema de salud para encontrar alivio a sus síntomas. Esto además se suma al hecho de que el REPS no está debidamente actualizado, lo que genera confusión sobre las IPS habilitadas

para prestar el servicio en cada ciudad. Es necesario que el Ministerio de Salud realice una actualización más juiciosa de este Registro.

Sobre el primer asunto, se recomienda la inclusión de formación a nivel de pregrado en los currículos de las facultades de Medicina, Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología y Enfermería. Si bien esto puede resultar un reto frente a la autonomía universitaria, las autoridades de vigilancia en educación, en conjunto con los actores clave de la sociedad civil, deben desarrollar incidencia frente a las universidades para sensibilizarlas sobre esta necesidad. En materia de cuidados paliativos avanza ya un proceso a través de la Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos (RedColedupal), proceso que el MSPS debe acompañar y promover.

Al momento de la culminación de este libro avanza en el Congreso un proyecto de ley mediante el cual se propone incluir una cátedra de cuidados paliativos de carácter obligatorio en los pregrados de Medicina, Psicología, Trabajo Social y Enfermería. Es necesario que este tipo de iniciativas legislativas cuente con el proceso participativo de todas las asociaciones profesionales, así como de las universidades, a fin de que la autonomía universitaria no sea un impedimento para alcanzar este objetivo de universalizar la educación en cuidados paliativos.

En materia de formación, no es solo necesario preparar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud y el cuidado, sino a los que ya están prestando la atención en estos momentos. En la mayoría de las ciudades el conocimiento calificado es escaso, el trato con los pacientes y familiares no es humano y la formación está aún atravesada por prejuicios frente a los opioides, el final de la vida y las adicciones. Las asociaciones profesionales son un actor clave para generar sensibilización y formación continua. En el caso de atención a PQUD, cabe resaltar que no hay un gremio altamente involucrado como sucede con cuidados paliativos. Allí se deben aprovechar las redes de centros de escucha, programas de base comunitaria y profesionales con experiencia en los programas de metadona existentes, para dirigir la formación.

Sobre el segundo asunto, se hace urgente que las EAPB actualicen sus convenios para que estos incluyan los servicios que exige la Ley 1733 y la Ley 1566. En este aspecto, hay un trabajo preventivo, si se quiere, por parte de las autoridades locales de salud, que deben hacer pedagogía con las EAPB para que establezcan convenios con estos prestadores. También hay un trabajo de vigilancia y control, que corresponde a las autoridades locales, así como a la Superintendencia de Salud, para exigir que las EAPB

cuenten con este servicio. Por último, al reconocer que la oferta no corresponderá a la demanda en el futuro cercano, es necesario sensibilizar a la Defensoría del Pueblo para que esté en capacidad de acompañar, cuando sea necesario, tutelas en salud. De otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, y las entidades territoriales de salud, deben cumplir su función como entes rectores de las políticas de salud, y hacer más esfuerzos pedagógicos a nivel territorial.

Por otra parte, aun cuando haya interés de prestadores en habilitar la dispensación de opioides, se encuentra que la doble habilitación –del servicio especializado y del servicio farmacéutico– impone un desincentivo para proveer estos servicios. Es evidente que la prestación de cuidados paliativos, o de un programa de metadona, requiere también la dispensación de los medicamentos opioides. Una alternativa viable es la unificación de los procesos de habilitación para estos servicios y para la dispensación de medicamentos, sin embargo, es importante que este procedimiento permita el mejoramiento de los servicios pero que no endurezca y haga más inflexibles los requisitos para la habilitación de los servicios de cuidados paliativos y tratamiento al trastorno de dependencia de las drogas. Para este fin, se requiere un rol activo del Ministerio de Salud y Protección Social que ajuste el proceso a las necesidades reales, tomando en cuenta las sugerencias de las asociaciones profesionales y los centros comunitarios.

A las políticas de fiscalización de medicamentos opioides

La principal recomendación a las autoridades nacionales está en el centro de las problemáticas de la disponibilidad de opioides, pues tiene que ver con el mecanismo mediante el cual se estima la compra de estos medicamentos y su subsecuente distribución a nivel territorial. Este mecanismo está basado en tomar como base el histórico de consumo, pero por la conjunción de dificultades que involucra la prescripción de opioides, este histórico es generalmente bajo, y en particular en departamentos con pocos prestadores y profesionales. Así, se cae en el círculo vicioso de una estimación basada en un histórico de consumo que no está satisfaciendo las necesidades de alivio de dolor. Para salir de este círculo es necesario cambiar la manera como se estima la compra de opioides, tomando en cuenta variables epidemiológicas, demográficas y de consumo de heroína.

En todas las ciudades encontramos que los FRE consideran que no hay desabastecimiento, pero al acompañar los itinerarios y las experiencias de los pacientes en efecto sí lo hay, además de falta de acceso. La

estimación de la necesidad debe ser un proceso participativo, en el que estén presentes las voces de las poblaciones interesadas, incluidos servicios y voluntariados de cuidados paliativos, programas de metadona y de reducción de daños, y, por supuesto, las EAPB. Por último, es necesario documentar buenas prácticas de abastecimiento de medicamentos por parte de las IPS como, por ejemplo, comprar mayor cantidad para tener reservas, y promover que todos los prestadores adquieran este tipo de prácticas.

Como se ha reiterado, la norma colombiana es proporcional en su objetivo por regular el acceso a medicamentos de control. La mayoría de los problemas frente al acceso de opioides se deriva de una interpretación restrictiva o excesiva de las normas. Ello pone de relieve la necesidad de realizar pedagogía constante a los funcionarios de los FRE, las EAPB y las Secretarías de Salud departamentales, a fin de delimitar con claridad las acciones que exige la norma, y aquellas que la exceden. En particular, esta formación debe estar orientada a concientizar a los funcionarios sobre el hecho de que una aplicación excesivamente restrictiva deriva en violaciones de los componentes esenciales del derecho a la salud de poblaciones particularmente vulnerables, como son las personas que usan heroína y las personas con dolor al final de la vida.

Dada la rotación del personal, estas formaciones deben ser periódicas, a fin de unificar y mantener estándares similares que garanticen disponibilidad y acceso a los opioides según las necesidades de cada territorio. Esto es particularmente necesario sobre la errónea exigencia de que los recetarios sean del mismo departamento, así como de la creencia de que solo psiquiatras y anestesiólogos pueden recetar opioides, que es falsa puesto que la norma indica que cualquier médico general puede prescribir estos medicamentos en el país.

De otra parte, en el ámbito de las terapias de mantenimiento con metadona, fue para estos profesionales un descubrimiento conocer que la Ley de cuidados paliativos exige que en cada departamento exista por lo menos una farmacia habilitada para dispensar 24/7.¹¹⁷ Se recomienda a las autoridades de salud y de regulación de medicamentos que esta norma

117 Ver Historia de vida. Grupo de Dolor y Cuidados Paliativos de la Universidad de La Sabana, en <https://www.unisabana.edu.co/grupos-de-investigacion/dolor-y-cuidados-paliativos/historia-de-vida/>

se aplique en la práctica, y que además se amplíe a la esfera de la atención para personas que usan heroína.

A futuro, el FNE y los FRE podrían beneficiarse de implementar un sistema de talonarios con receta virtual, y ello eliminaría varias barreras que hoy operan como desincentivos: el pago del recetario y que el mismo se agote, y al tiempo brindaría condiciones de seguridad necesarias para la prescripción de los opioides y para el manejo de la información entre EAPB, IPS y autoridades departamentales y nacionales.

Los medicamentos controlados a veces no son usados en su totalidad, y si bien hay un protocolo para la devolución, muchas personas y entidades no conocen esta ruta de devolución, y en muchas ocasiones estos terminan por ser desechados, lo que es un desperdicio ante la magnitud de la necesidad. Se recomienda que los FRE, en colaboración con las EAPB, diseñen un protocolo para crear fondos municipales o departamentales de medicamentos a los que puedan acceder las IPS o los pacientes que por algún motivo no han podido tener acceso a opioides.

Para cada necesidad hay algún tipo de presentación de los opioides, y por ello es esencial que las asociaciones profesionales cuenten con diálogos constantes con las autoridades regulatorias de medicamentos para poder evaluar qué presentaciones puedan hacer falta en el país. Tal es el caso de las terapias de mantenimiento, que se podrían beneficiar de contar con la metadona en presentación líquida, o con la buprenorfina, que hoy no está disponible en el país. Se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social, al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y al FNE tomar las acciones necesarias para incorporar en el catálogo de medicamentos aquellos que sean necesarios.

Las acciones que aquí recomendamos por supuesto representan un costo, pero es imperativo que las autoridades de salud tengan presente la actual desproporción del gasto público en política de drogas, que es patente a nivel global y también nacional. Mientras el sistema de fiscalización de drogas gasta 100 mil millones de dólares en aplicar la prohibición a nivel global, se requeriría la suma de 145 millones de dólares para cerrar el abismo de acceso a opioides en países de ingresos medios y bajos (Knaul *et al.*, 2018, p. 4).

Recomendaciones para el alivio de dolor en los cuidados paliativos

La Ley de cuidados paliativos en el país da una garantía normativa que debería reflejarse en un acceso universal a la atención paliativa y a los medicamentos opioides. Una de las principales barreras en el ámbito de los cuidados paliativos para que esto sea una realidad es la deficiencia en la educación médica en el país, pues las áreas de la salud que deberían estar formadas a nivel de pregrado (medicina, enfermería y psicología), en muy pocos casos reciben formación en cuidados paliativos. Más grave aún es lo que ocurre en relación con el manejo del dolor y el uso de opioides, pues la enseñanza es básica, casi inexistente. Todo esto deriva en un sistema con alta carga de sufrimiento humano asociado a la atención en salud, en manos de médicos generales que no están preparados para afrontarlo.

Por este motivo, la principal recomendación es incorporar la educación en cuidados paliativos a nivel de pregrado en las profesiones mencionadas, y para ello, la participación en alianzas colaborativas de las asociaciones profesionales, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación es fundamental.

De otra parte, en materia de formación hay un número considerable de profesionales que se han especializado en el exterior, pero a la fecha no es posible homologar esos títulos en Colombia. Es necesario generar las medidas necesarias para que estos títulos se puedan validar en el país. Dado que la formación en cuidados paliativos aún es escasa, se invita al Ministerio de Salud y Protección Social a usar estrategias como la telemedicina para llegar a las ciudades donde no hay especialistas disponibles y atender a estas poblaciones.

Para mejorar el acceso y la disponibilidad de opioides, los profesionales de cuidados paliativos fueron enfáticos en la necesidad de que todos los medicamentos que se usan sean parte del PBS, pues en la actualidad hay algunos que son de alto costo y son NO-PBS –en particular los parches–, lo que impone cargas y demoras a los pacientes que redundan en sufrimiento evitable.

En cuidados paliativos, la principal vía de administración después de la vía oral es la subcutánea, esta es de fácil uso incluso por el mismo paciente o su familia, por tanto, las autoridades deben asegurar que el país cuente de manera efectiva con los elementos que se requieren para este uso, y las EAPB deben asegurar que estos se entreguen sin barreras a los pacientes que los necesitan.

Por último, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores contiene disposiciones en el derecho a la salud que involucran la atención paliativa y la garantía de acceso a los medicamentos opioides. A fin de proteger esta población particularmente vulnerable, y que se encuentra en rápido crecimiento en el país, se recomienda la ratificación de dicha Convención.

Recomendaciones para el alivio del dolor a personas que usan heroína

La falta de una respuesta integral a la situación de las personas que usan heroína profundiza su marginalización, cuya imposibilidad de un goce pleno de sus derechos humanos es un duro reflejo de la distancia entre el Estado colombiano y las poblaciones más vulnerables.

En materia de disponibilidad de medicamentos para esta población, una primera necesidad urgente es que el Ministerio de Salud y las autoridades de salud departamentales competentes garanticen disponibilidad de naloxona en los primeros niveles de atención para los pares comunitarios, familiares y redes de apoyo. De ellos depende la posibilidad de salvar vidas.

En segundo lugar, es fundamental que haya disponibilidad y accesibilidad a la metadona en los centros de salud de todos los niveles en las ciudades donde hay consumo significativo de heroína, y que el personal de salud que atiende en urgencias sea capacitado periódicamente para identificar y manejar los síntomas de un síndrome de abstinencia con este medicamento, incluso cuando las personas atienden los servicios de urgencia por problemas de salud generales, y no en búsqueda de tratamiento. La metadona debe estar disponible también en centros de privación de libertad.

Es necesario, en general, que los programas de tratamiento sean diferenciales, que se adapten a las necesidades concretas de las personas, que abandonen la meta de la abstinencia en el corto y largo plazo, y que sean integrales, yendo más allá de la sustancia.

Los programas de metadona –tanto los que están operando como los que se vayan a crear– deben contar con la participación y consulta de la población involucrada para ajustarse a los itinerarios, las dinámicas y las condiciones de los pacientes que atenderían. Al crear estos espacios de atención se genera confianza entre los interesados y, además, se identifican

aspectos por mejorar, reglas que son innecesarias, mejores mecanismos para la dispensación del medicamento, y necesidades de los pacientes más allá de la metadona. Asimismo, se debe establecer, por ciudad, un estimado de la población necesitada y, sobre esta línea base, aumentar la oferta de servicios. Con este aumento se lograría disminuir las largas listas de espera que en últimas impactan la posibilidad de acceder a tratamiento pues se pierden oportunidades de decisión clave.

Además, estos programas deben fortalecer la atención integral, pues algunos de ellos concentran su atención en la dispensación del medicamento que, aunque es esencial para la atención, no soluciona problemas estructurales de la población vulnerable, especialmente en los casos de patología dual con enfermedades mentales. Es necesario incorporar de manera decisiva el apoyo psicosocial, y enlazarlo con programas de empleo, educación y vivienda.

En la oferta de servicios es urgente que haya enfoques diferenciales de tratamiento para poblaciones clave, que son más invisibles aún que los usuarios de drogas en general: las mujeres y las personas trans que usan drogas. Estas dos poblaciones son discriminadas más fuertemente en los entornos de consumo, y en muchos casos no son admitidas a tratamiento. En caso de ser admitidas, no hay enfoque diferencial en el tratamiento.

Los servicios de atención social y de salud en las ciudades deben generar protocolos diferenciados para la atención de habitantes de la calle que puedan agilizar trámites de cedulaación, afiliación al sistema de salud y gestión de citas cuando haya una necesidad e interés por el tratamiento. Esto va de la mano con la necesidad de fortalecer –en recursos institucionales, financieros y de talento humano– los programas de bajo umbral.

Las autoridades locales de salud deben seguir haciendo sensibilización periódica a la policía a fin de que estén formados en las garantías constitucionales y la especial protección que requieren estas personas, y además abandonen prácticas nocivas como el decomiso de material higiénico y de la dosis de heroína, y demás realidades del consumo de esta sustancia. Es necesario crear además protocolos de denuncia ante el acoso y abuso policial que sufren las personas que usan drogas, particularmente en la calle. Por último, es imperativo que el Estado colombiano brinde oferta de tratamiento en trastorno por sustancias para personas privadas de la libertad.

Para una agenda de investigación sobre el Estado frente al dolor

En el curso de la investigación nos encontramos con asuntos relevantes para profundizar en la investigación y el conocimiento sobre los diversos impactos de la deficiencia del Estado en atender las necesidades de medicamentos opioides, y de sistemas de cuidado que respondan ante las personas que usan drogas y aquellas que se encuentran al final de la vida. Si bien no fue posible ahondar en estos temas, consideramos que son parte de una agenda futura de investigación. A continuación señalamos algunos de ellos.

Aunque existen avances en la documentación de los roles de cuidado que asumen las mujeres en las familias y de los aportes económicos que estos generan,¹¹⁸ aún no se han cuantificado los costos emocionales, económicos y profesionales que tiene para el proyecto de vida de una mujer asumir el cuidado de un familiar con una enfermedad terminal o crónica. Como se señaló en el capítulo 3, a menudo esta tarea es asumida por una mujer dentro del sistema familiar que no tiene posibilidades de ingreso, así que la responsabilidad de las tareas de cuidado puede estar profundizando la imposibilidad de llevar a cabo su proyecto de vida. El trabajo del movimiento feminista sobre la economía del cuidado no ha incorporado aún los asuntos sobre el cuidado en el final de la vida, y es un tema pendiente por ahondar en el país.

Respecto al tratamiento para las PQUD encontramos que en los establecimientos carcelarios la disponibilidad de atención médica por dependencia de las sustancias, o siquiera de medicamentos, es nula. Los sectores de la población habitantes de la calle son propensos a ser privados de la libertad por la necesidad de involucrarse en actividades delictivas en torno a un consumo cuyo abastecimiento es ilícito. Así, para las personas que usan heroína, el ingreso a la cárcel está marcado por un sufrimiento semejable a la tortura por falta de medicamentos opioides en estos establecimientos. En el país, la Sentencia T-338 ha declarado el “estado de cosas inconstitucional en cárceles” debido a numerosos problemas, entre ellos la violación del derecho a la salud para la población carcelaria. Dentro de este estado de cosas inconstitucional es necesario incluir en la

118 Ver Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado, en <https://mesaintersectorialdeeeconomiadelcuidadocolombia.wordpress.com/>

agenda investigativa y de incidencia política la atención en salud a personas que usan drogas.

De otra parte, y como detallamos en el capítulo 2, las mujeres que usan drogas se encuentran en las situaciones más críticas de marginación para una población ya altamente marginada. Entre una oferta escasa de atención en salud para estas personas, a menudo las mujeres no son aceptadas en los centros de tratamiento, situación abiertamente discriminatoria, y además fundamentada en argumentos machistas. En los centros de tratamiento donde sí las reciben, no tienen modelos de atención diferenciada que reconozcan sus necesidades específicas. Este es un tema que consideramos necesario ahondar más.

Finalmente, sostenemos la importancia de hablar de los impactos de la guerra contra las drogas sobre el derecho a la salud. En el nombre de eliminar las sustancias se profundiza la estigmatización de los opioides y de las personas que por uno u otro motivo los necesitan. Para estas poblaciones se ha creado el peor de los mundos posibles al profundizar las barreras que hacen “un mundo libre de drogas” la dura realidad.

Consideramos que esta investigación es un paso para promover una alianza entre los profesionales de la salud y las ciencias sociales que trabajen por los derechos de las personas en etapa de final de vida y las personas que usan drogas, así como de la construcción de lazos de solidaridad entre estas dos poblaciones que les permitan reconocerse como víctimas de la guerra contra las drogas y, en consecuencia, abogar juntos no solo por el acceso a los medicamentos que requieren para aliviar su dolor, sino por una reforma a la política de drogas con un enfoque de derechos humanos y salud pública.

Como subrayamos al inicio, estas poblaciones tienen más en común de lo que parece: son invisibles a los sistemas de salud, hay vacíos profundos en la formación y el entrenamiento para afrontar el final de la vida así como una dependencia a la heroína, son poblaciones que llegan a los sistemas de cuidado en un momento de alta vulnerabilidad, y son personas para quienes los opioides son esenciales pero no suficientes. Necesitamos que existan, además de los opioides, sistemas sociales, culturales y de salud en los que reconozcamos el sufrimiento asociado a la muerte, al final de la vida, al desarrollo de un consumo problemático y al tratamiento de estas dependencias. Esta transformación institucional y social requiere que estemos dispuestos a acompañar el duelo y la transformación. Estos elementos en común nos hablan de la posibilidad de fomentar alianzas

para aliviar el sufrimiento y garantizar el derecho a la salud para estas poblaciones; esperamos que esta investigación contribuya a tan necesaria conversación.

GLOSARIO

Acción de Tutela: es una acción judicial que puede ser interpuesta por cualquier persona ante un juez para solicitar la protección de sus derechos fundamentales.

Está consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia.

CAD: Centro de Atención a la Drogodependencia. Entidad especializada de salud creada bajo la Ley 1566 de 2012.

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

CADH: Convención Americana sobre Derechos Humanos.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Derecho de petición: es el derecho que tiene cualquier persona de presentar peticiones respetuosas a entidades públicas y privadas que ejercen funciones públicas por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. Está consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia.

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

ENT: enfermedades no transmisibles.

Estupefaciente: sinónimo de narcótico, en su definición química. Bajo la definición del Estatuto Nacional de Estupefacientes, se refiere a las sustancias clasificadas en los tratados internacionales de drogas.

FNE: Fondo Nacional de Estupefacientes.

FRE: Fondo Rotatorio de Estupefacientes.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS: Instituto de prestación de servicios de salud.

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Narcótico: sustancia química que induce estupor, coma o insensibilidad al dolor.

NIDA: National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional para el Abuso de Drogas).

OCCP: Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

ODC: Observatorio de Drogas de Colombia.

OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud / World Health Organization.

Opioide: término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio, sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interactúan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia).

Opiáceo: sustancia narcótica derivada del opio.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PID: personas que se inyectan drogas.

PPSG: Pain and Policy Studies Group (Grupo de estudios de políticas de dolor).

PBS: Plan de Beneficios en Salud.

PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

PQUD: personas que usan drogas.

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

SICC: Sistema de Información de Cáncer en Colombia.

SPA: sustancias psicoactivas.

Trastorno por uso de SPA: se acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE10), el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas es el grupo de fenómenos fisiológicos, de comportamiento y cognitivos en los que el uso de una sustancia adquiere mayor valor que cualquier otro comportamiento.

UNAIDS/ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

UNGASS 2016: Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas.

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

REFERENCIAS

- Adolescent Substance Use | Center on Addiction (s. f.). *Adolescent Substance Use: America's #1 Public Health Problem*. Recuperado de <https://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/adolescent-substance-use-america%E2%80%99s-1-public-health-problem>
- American Psychiatric Association (2013). *Substance-Related and Addictive Disorders. Fact Sheet*. Richmond: American Psychiatric Association.
- American Society of Addiction Medicine (2016). *Opioid Addiction. 2016 Facts & Figures*. Recuperado de <https://www.asam.org/docs/default-source/advocacy/opioid-addiction-disease-facts-figures.pdf>
- Arbeláez Rudas, M. (2006). *Derecho a la salud en Colombia: el acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá: Antropos.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2016). 36° informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2016. Recuperado de <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/12/INFORME-CARTERA-A-JUNIO-DE-2016.pdf>
- Avert - Global Information and Education on HIV and AIDS (2015). *People who inject drugs, HIV and AIDS*. Recuperado de <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/people-inject-drugs>
- Berbesi, D., Segura-Cardona, A., Montoya-Vélez, L. y Mateu-Gelabert, P. (2013). Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo. *Salud mental*, 36(1), 27-31.
- Berbesi, D., Segura-Cardona, A. M., Montoya-Vélez, L. y López-Ramírez, E. (2016). Situación de VIH en usuarios de drogas inyectables en Colombia. *Infectio*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.infect.2015.07.004>

- Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., Fellner, S., Vosse, B., Clare, P. *et al.* (2016). Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. *The Lancet*, 387(10028), 1644-1656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00161-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6)
- Bewley-Taylor, D. (2017). Refocusing metrics: Can the sustainable development goals help break the 'metrics trap' and modernise international drug control policy? *Drugs and Alcohol Today*, 17. <https://doi.org/10.1108/DAT-12-2016-0033>
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños* (3 ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Calzada, R. (2013). Nombrando las drogas [Espolea]. Recuperado de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-nombrandolasdrogas.pdf>
- Caplehorn, J. R., Dalton, M. S., Haldar, F., Petrenas, A. M. y Nisbet, J. G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse*, 31(2), 177-196. <https://doi.org/10.3109/10826089609045806>
- Christakis, N. A., Smith, J. L., Parkes, C. M. y Lamont, E. B. (2000). Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients. Prospective cohort study Commentary: Why do doctors overestimate? Commentary: Prognoses should be based on proved indices not intuition. *BMJ*, 320(7233), 469-473. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7233.469>
- CICAD/OEA (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas 2015*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas_SPA_web.pdf
- Clavel, T. (2018). ¿Quién controla el persistente negocio de la heroína en Colombia? Recuperado de <https://es.insightcrime.org/noticias/noticias-del-dia/el-eln-toma-las-riendas-del-persistente-negocio-de-la-heroina-en-colombia/>
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*. Bogotá: Autor.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2017). *Observatorio Demográfico 2016. Proyecciones de población*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41018/1/S1600734_en.pdf
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). Observación General No. 14. El derecho al disfrute del

- más alto nivel posible de salud. Recuperado de <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
- Community Care Behavioral Health Organization (2014). *Supporting Recovery from Opioid Addiction: Community Care Best Practice Guidelines for Recovery-Oriented Methadone Maintenance*. Pittsburgh: CCBH.
- Congreso de la República (2011a). Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- _____. (2011b). Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 290 de 2011, Cámara – 138 de 2010, Senado.
- _____. (2014). Ley 1733 de 2014, Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.
- _____. (2015). Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Cook, C., Phelan, M., Sander, G., Stone, K. y Murphy, F. (2016). *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts*. London: Harm Reduction International – Reports. Recuperado de https://www.hri.global/files/2016/03/10/Report_The_Case_for_a_Harm_Reduction_Decade.pdf
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-597 de 1993, M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-999 de 2008, M. P. Humberto Antonio Sierra.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-104 de 2010, M. P. Jorge Ivan Palacio Palacio. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-104-10.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233 de 2014, M. P. Alberto Rojas Ríos
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., et al. (2016). Public health and international drug policy. *The Lan-*

cet, 387(10026), 1427-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. y Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(3), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., et al. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*, 4(8), e357-e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
- DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Milloy, M.-J., Montaner, J. y Wood, E. (2009). Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(1), 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02387.x>
- Defensoría del Pueblo (2015). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., et al. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: A multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Del Río, M. I. y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 31(2), 16-22.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2000). Documento Conpes 3078: Política de prevención integral frente al consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3078.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2017). Narcomenudeo en Colombia: una transformación de la economía criminal. Bogotá: DNP.
- EMCDDA (2017). *European Drug Report 2017. Drug supply and the market: Continuing increase in heroin purity*. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017/html/supply-market/heroin-purity_en
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 17(1).

- Galai, N., Safaeian, M., Vlahov, D., Bolotin, A. y Celentano, D. D. (2003). Longitudinal patterns of drug injection behavior in the ALIVE study cohort, 1988-2000: Description and determinants. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 695-704. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg209>
- Gawande, A. (2015). *Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End* (International Edition). Picador.
- Global Access to Pain Relief: Evidence for Action. (s. f.). Recuperado de <https://www.esmo.org/content/download/14123/252826/file/Global-Access-to-Pain-Relief-Evidence-for-Action.pdf>
- Global Commission on Drug Policy (2015). El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: la crisis global de dolor evitable. Recuperado de <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCODP-THE-NEGATIVE-IMPACT-OF-DRUG-CONTROL-ON-PUBLIC-HEALTH-ES.pdf>
- _____. (2017). El problema mundial de la percepción de las drogas: contrarrestando prejuicios sobre las personas que usan drogas. Recuperado de http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/03/GCDP-Report-2017_Perceptions-SPANISH.pdf
- Harm Reduction International (HRI) (s. f.). What is harm reduction? Recuperado de <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Heyman, G. M. (2013). Addiction and choice: Theory and new data. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00031>
- Hogerzeil, H. V., Samson, M., Casanovas, J. V. y Rahmani-Ocora, L. (2006). Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*, 368(9532), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69076-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69076-4)
- Human Rights Watch (HRW) (2011). *Global state of pain treatment access to medicines and palliative care*. Recuperado de <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología ESE (2017). *Análisis de situación del cáncer en Colombia 2015*. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Recuperado de http://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2018). *Colombia Fact Sheet. Global Cancer 2018*. WHO. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/to-day/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>

- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) (2018). Global Consensus based palliative care definition. Recuperado de <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
- _____. (s. f.). What is Palliative Care? Recuperado de <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/5-what-is-palliative-care>
- International Expert Group on Drug Policy Metrics (2018). Aligning agendas: Drugs, sustainable development, and the drive for policy coherence. International Peace Institute. Recuperado de <https://www.ssrc.org/publications/view/aligning-agendas-drugs-sustainable-development-and-the-drive-for-policy-coherence/>.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2016). *Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes*. United Nations. Recuperado de http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Kleinman, A. (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., Lima, L. D., Bhadelia, A., Kwete, X. J., et al. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- León Delgado, M. X., Sánchez Cárdenas, M. A., Rodríguez Campos, L. F., Castañeda Alvarez, E., Parra, I., Gamboa Garay, Ó. A., et al. (2018). *Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides en Colombia*. Universidad El Bosque y Universidad de La Sabana. Recuperado de <http://occp.com.co/wp-content/uploads/2018/11/disponibilidad-y-accesibilidad-a-medicamentos-opioides-en-colombia.pdf>
- López Medina, D. (2008). “Sistema de salud” y “derecho a la salud”: historia de su interrelación en la jurisprudencia constitucional (documento sin publicar).
- López-Sánchez, J. R. L. y Rivera-Largacha, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes

- terminales. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 339-354. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- Maté, G. (2010). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction* (1 edition). Berkeley, Calif.: North Atlantic Books.
- Mateu-Gelabert, P., Harris, S., Berbesi, D., Cardona, Á. M. S., Vélez, L. P. M., Motta, I. E. M., et al. (2016). Heroin use and injection risk behaviors in Colombia: Implications for HIV/AIDS prevention. *Substance Use & Misuse*, 51(2), 230-240. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1092989>
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002209. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>
- MD Magazine (2011). Why are we still talking about opiophobia?, en <https://www.mdmag.com/medical-news/why-are-we-still-talking-about-opiophobia>
- Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Observatorio de Drogas de Colombia (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015). *La heroína en Colombia. Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. ODC. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2016). *La heroína: Caracterización química y mercado interno*. ODC. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/sat/sat0072016_heroina_caraterizacion_quimica.pdf
- Ministerio de Salud (1994). *La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados (tomo I)*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud (1998). Resolución 2358 de 1998: Por la cual se adopta la política nacional de salud mental. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf

- Ministerio de Salud (2015). Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-centros-de-escucha.pdf>
- Ministerio de Salud (2017a). Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>
- Ministerio de Salud (2017b). Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-naloxona-final-2.pdf>
- Ministerio de Protección Social (2006). Resolución 1315 de 2006: Por la cual se definen las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de fármacodependencia, y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Resolucion/30031787?fn=document-frame.htm\\$f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Resolucion/30031787?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)
- Ministerio de Protección Social (2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
- Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia y DNE (2008). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Mayu of New England y Organización Internacional de las Migraciones (2013). Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/OD1012013-plan-nacional-respuesta-consumo-emergente-heroina-drogas-inyectadas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Sistema de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia. Recuperado de <http://www.>

odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO034492016_estudio_evaluacion_diagnostico_servicios_tratamiento_consumidor_sustancias.pdf

- Molano, A. (2016). *A lomo de mula: viajes al corazón de las FARC*. Bogotá: Aguilar.
- Naciones Unidas (2016). Documento final del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Sobre el Problema Mundial de las Drogas Celebrado en 2016 (Ungass). Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (s. f.). *Methadone Research Web Guide: Part B: 20 Questions and Answers Regarding Methadone Maintenance Treatment Research*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/partb.pdf>
- Nutt, D. J., King, L. A. y Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Observatorio Así Vamos en Salud (2017). Índice Así Vamos en Salud 2017. Recuperado de http://www.asivamosensalud.org/lanzamiento/indice2017/app-indice_nacional/financiamiento.html
- _____. (2018, mayo 8). Informe anual 2017. Recuperado de <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/informe-anual/informe-anual-2017>
- Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (s. f.). Sistema de Información de Drogas de Colombia. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/sidco>
- Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2016). *Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016_diagnostico_caracterizacion_situacion_uso_heroina_santander_quilichao.pdf
- Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2018). *Disponibilidad y accesibilidad a medicamentos opioides en Colombia*. Bogotá: Universidad El Bosque. Recuperado de <http://occp.com.co/>
- _____. (2016). *Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos 2016*. Bogotá: Universidad del Bosque. Recuperado de <http://occp.com.co/wp-content/themes/occp/docs/anuario-occp-2016.pdf>

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2016). Statement by Mr. Zeid Ra'ad Al Hussein, United Nations High Commissioner for Human Rights at the United Nations Work on the World Drug Problem. Recuperado de <https://ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16791&LangID=E>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2016). *Documento Final del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Sobre el Problema Mundial de las Drogas Celebrado en 2016. Nuestro Compromiso Conjunto de Abordar y Contrarrestar Eficazmente el Problema Mundial de las Drogas*. Nueva York: ONU.
- Opioid Consumption Data | Pain & Policy Studies Group (s. f.). Recuperado de <http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data#Morphine%20Equivalence>
- Pan American Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001). *HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces*. Washington: PAHO.
- Pan American Health Organization (PAHO) - World Health Organization (WHO) (s. f.). *Health in the Americas*. Recuperado de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=2342>
- Paredes Hernández, N. (2000). A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano. ¿Qué ha pasado con el derecho a la salud? En *La salud esta grave. Una visión desde los derechos humanos*. Bogotá: Antropos.
- Parra Vera, O. y Ely Yamin, A. (s. f.). *La Sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: retos y oportunidades para la justicia dialógica*. Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32458.pdf>
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J. y Cen teno, C. (2013). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*. Edición cartográfica. IAHPHC Press. Recuperado de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>
- Pereira Arana, I. (2016). *Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos*. Bogotá: Dejusticia.
- Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos (2015). *Memorias del I Encuentro*. Bogotá: Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de La Sabana, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de http://occp.com.co/wp-content/themes/occp/docs/encuentroRedCuidadosPaliativos_Memorias_Noviembre2015.pdf

- Rocha Buelvas, Á. (s. f.). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud. *Revistas CES*. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/downloadSuppFile/649/34>
- Santa María, M. y Schutt, E. (2014). *El sector salud en Colombia: resultados, retos y regulación*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Scholten, W. (2015). Make your words support your message. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 29(1), 44-47. <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.997855>
- Semana (2014). Enganchados por la heroína en el Eje Cafetero. *Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/enganchados-por-la-heroina-en-el-eje-cafetero/403470-3>
- Singer, P. A., Martin, D. K. y Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281(2), 163-168.
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S. y Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130-150. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- Spettel, C., Rawlins, W., Krakauer, R., Fernandes, J., Breton, M., Gowdy, W., et al. (2009). A comprehensive case management program to improve palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 827-832. <https://doi.org/doi:10.1089/jpm.2009.0089>.
- Suárez, A. F., González, F., Uprimny, R. y Centro Nacional de Memoria Histórica (eds.). (2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad: informe general* (2 ed.). Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Szalavitz, M. (2015). Genetics: No more addictive personality. *Nature*, 522, S48.
- _____. (2016). *Unbroken Brain: A Revolutionary New Way of Understanding Addiction*. New York: St. Martin's Press.
- The Lancet (s. f.). Opioid substitution therapy—Time to replace the term. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60750-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60750-4/fulltext)
- The United Nations Drug Control Conventions (2015). Recuperado de <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions>
- Toro Tobón, D., Berbesi Fernandez, D., Mateu Gelabert, P., Segura Cardona, Á. M. y Montoya Vélez, L. P. (2017). Drug dealing and drug using behaviors among people who inject drugs in Colombia: A cross-sectional study. *Journal of Substance Use*, 22(6), 630-636. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1296039>

- Torres Tovar, M. y Paredes Hernández, N. (s. f.). El caso colombiano. “El mercado no es para todos y todas”. *Derecho a la salud: Situación en países de América Latina*, 85-104.
- Transnational Institute (2015). Las convenciones de drogas de la ONU. Recuperado de <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>
- _____. (2018). Amapola, opio y heroína: la producción de Colombia y México. Recuperado de <https://www.tni.org/es/publicacion/amapola-opio-y-heroina-la-produccion-de-colombia-y-mexico>
- Twilley, N. (2018). The Neuroscience of Pain. *The New Yorker*. Recuperado de <https://www.newyorker.com/magazine/2018/07/02/the-neuroscience-of-pain>
- UNAIDS (2014). *The Gap Report*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- UNAIDS (2016). *Do no harm: Health, human rights and people who use drugs*. Recuperado de <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/do-no-harm>
- United Nations High Commissioner for Human Rights (2015). Res A/HRC/30/65 de 2015. Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65-%20SPA.docx
- United Nations (2018). *World Drug Report 2018*. UNODC. Recuperado de <https://www.unodc.org/wdr2018/en/exsum.html>
- Uprimny Yepes, R., Guzmán Rodríguez, D. E. y Parra Norato, J. (en prensa). *Obligaciones cruzadas: estudio de caso de la fragmentación del régimen internacional de fiscalización de drogas y el sistema internacional de protección de los derechos humanos*. Bogotá: Dejusticia.
- Uprimny Yepes, R., Guzmán Rodríguez, D. E. y Parra Norato, J. (2013). *Penas alucinantes: la desproporción de la penalización de drogas en Colombia*. Recuperado de <https://www.dejusticia.org/publication/penas-alucinantes-la-desproporcion-de-la-penalizacion-de-drogas-en-colombia/>
- Valencia, M. L. (2018). ¿Quién controla el persistente negocio de la heroína en Colombia? Recuperado de <https://es.insightcrime.org/noticias/noticias-del-dia/el-eln-toma-las-riendas-del-persistente-negocio-de-la-heroina-en-colombia/>
- World Health Organization (WHO) (2011). *Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility*

of controlled medicines; access to controlled medications programme.
Geneve: World Health Organization.

WHO, UNODC y UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

World Health Organization (WHO) (2017). *WHO Model List of Essential Medicines Explanatory notes*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2019). Definition of Palliative Care. Recuperado de <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ANEXO

Listado de medicamentos opioides

Nombre	Medicamentos de Control Especial (MCE)	Medicamentos Monopolio del Estado (MME)	Uso en cuidados paliativos	Uso en tratamiento de sustitución	Incluido en el PBS
Fentanilo (varias presentaciones)	X		X		No
Oxicodona (varias presentaciones)	X		X		No
Tapentadol (varias presentaciones)	X		X		No
Hidromorfona (varias presentaciones)		X	X		Sí
Meperidina (varias presentaciones).		X			Sí
Metadona (solo en tableta de 10 o de 40 mg)		X	X	X	Sí
Morfina (solución oral o solución inyectable)		X	X		Sí

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo Nacional de Estupefacientes.

Medicamentos de control especial (MCE): son aquellos medicamentos cuya importación y distribución tienen una fiscalización especial, ejercida por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE).

Medicamentos monopolio del Estado (MME): son aquellos medicamentos fabricados o importados, de distribución exclusiva del Estado, en cabeza del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE).

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES: la justicia colectiva étnica y la reparación a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam
2011

• DOCUMENTOS 2

LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS Y SOLUCIONES. Lecciones del proceso de construcción del decreto de reparación y restitución de tierras para pueblos indígenas en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Natalia Orduz Salinas
2012

• DOCUMENTOS 3

LA ADICCIÓN PUNITIVA: La desproporción de leyes de drogas en América Latina

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Parra Norato
2012

• DOCUMENTOS 4

ORDEN PÚBLICO Y PERFILES RACIALES: experiencias de afrocolombianos con la policía en Cali

Publicación digital e impresa
Yukyan Lam, Camilo Ávila
2013

• DOCUMENTOS 5

INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO: la geografía judicial de los delitos de drogas en Colombia

Publicación digital
Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo, Felipe Jiménez Ángel
2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital
Diana Esther Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 7

LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL TRABAJO: Un estudio experimental en Bogotá

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Juan Camilo Cárdenas C., Juan David Oviedo M., Sebastián Villamizar S.
2013

• DOCUMENTOS 8

**LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN COLOMBIA**

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

**LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN
PARCIAL DEL ABORTO**

Publicación digital e impresa

Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y ENFOQUE DE GÉNERO

Publicación digital e impresa

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

**RAZA Y VIVIENDA EN COLOMBIA: la segregación residencial
y las condiciones de vida en las ciudades**

Publicación digital e impresa

María José Álvarez Rivadulla, César Rodríguez Garavito,
Sebastián Villamizar Santamaría, Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

**PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES Y PARTIDOS.
Posibilidades a partir de la reforma política de 2011.**

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

**BANCADA DE MUJERES DEL CONGRESO:
una historia por contar**

Publicación digital

Sylvia Cristina Prieto Dávila, Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

OBLIGACIONES CRUZADAS: Políticas de drogas y derechos humanos

Publicación digital

Diana Guzmán, Jorge Parra, Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

GUÍA PARA IMPLEMENTAR DECISIONES SOBRE DERECHOS SOCIALES

Estrategias para los jueces, funcionarios y activistas

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

***VIGILANCIA DE LAS COMUNICACIONES EN COLOMBIA
El abismo entre la capacidad tecnológica y los controles legales***

Publicación digital e impresa

Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

NO INTERRUMPIR EL DERECHO

Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE

Publicación digital

Nina Chaparro González, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

***DATOS PERSONALES EN INFORMACIÓN PÚBLICA:
oscuridad en lo privado y luz en lo público***

Publicación digital e impresa

Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?

Una tensión entre seguridad e intimidad

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA:

una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación: Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo, Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez, Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO.

El papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

**EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO**

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén,
Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS:

***abordaje de la atención en salud
desde un enfoque de derechos humanos***

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

**SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO
DE DERECHOS HUMANOS:**

justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ.

La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo, Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES:

la participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González, Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LA PAZ AMBIENTAL:

retos y propuestas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA
Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO**

Publicación digital e impresa

Ana María Ramírez Mourraille, María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO

Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

SIN REGLAS NI CONTROLES

***Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas
dirigida a menores de edad***

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

ACADEMIA Y CIUDADANÍA

Profesores universitarios cumpliendo y violando normas

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco, Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa
 Nelson Camilo Sánchez León
 2017

• DOCUMENTOS 36 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa
 Carolina Villadiego Burbano, Sebastián Lalinde Ordóñez
 2017

• DOCUMENTOS 37

DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
 Rodrigo Uprimny Yepes, Sergio Chaparro Hernández,
 Luis Felipe Cruz Olivera
 2017

• DOCUMENTOS 38 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO

Los retos de los municipios productores en el posacuerdo

Publicación digital e impresa
 Sergio Chaparro Hernández, Luis Felipe Cruz Olivera
 2017

• DOCUMENTOS 39 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA Y PROYECTOS PRODUCTIVOS

Ideas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa
 Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie Paola Botero Giraldo,
 Laura Gabriela Gutiérrez Baquero
 2017

• DOCUMENTOS 40

CÁRCEL O MUERTE

El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

Publicación digital
 Ana Jimena Bautista Revelo, Anna Joseph,
 Margarita Martínez Osorio
 2017

• DOCUMENTOS 41

SOBREDOSIS CARCELARIA Y POLÍTICA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Publicación digital e impresa
 Sergio Chaparro Hernández, Catalina Pérez Correa
 2017

• DOCUMENTOS 42

SOBREPESO Y CONTRAPESOS

La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad

Publicación digital e impresa
Valentina Rozo Ángel
2017

• DOCUMENTOS 43

VÍCTIMAS Y PRENSA DESPUÉS DE LA GUERRA

Tensiones entre intimidad, verdad histórica y libertad de expresión

Publicación digital e impresa
Vivian Newman Pont, María Paula Ángel Arango,
María Ximena Dávila Contreras
2018

• DOCUMENTOS 44

LO QUE NO DEBE SER CONTADO

Tensiones entre el derecho a la intimidad y el acceso a la información en casos de interrupción voluntaria del embarazo

Publicación digital
Nina Chaparro González, Diana Esther Guzmán,
Silvia Rojas Castro
2018

• DOCUMENTOS 45

POSCONFLICTO Y VIOLENCIA SEXUAL

La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz

Publicación digital e impresa
Ana Jimena Bautista Revelo, Blanca Capacho Niño,
Margarita Martínez Osorio
2018

• DOCUMENTOS 46

UN CAMINO TRUNCADO:

Los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María

Publicación digital e impresa
María Ximena Dávila, Margarita Martínez,
Nina Chaparro
2018

• DOCUMENTOS 47

ETIQUETAS SIN DERECHOS

Etiquetado de productos comestibles: un análisis desde los derechos humanos

Publicación digital e impresa
Diana Guarnizo, Ana María Narváez
2019

• DOCUMENTOS 48

RENDICIÓN DE CUENTAS DE GOOGLE Y

OTROS NEGOCIOS EN COLOMBIA:

la protección de datos personales en la era digital

Publicación digital e impresa
Vivian Newman Pont, María Paula Ángel Arango
2019

• DOCUMENTOS 49

ELOGIO A LA BULLA:

Protesta y democracia en Colombia

Publicación digital e impresa
Sebastián Lalinde Ordóñez
2019

• DOCUMENTOS 50

LOS TERCEROS COMPLEJOS:

la competencia limitada de la JEP

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski, Alejandro Jiménez Ospina,
Hobeth Martínez Carrillo, Daniel Marín López
2019

• DOCUMENTOS 51

DIME DÓNDE ESTUDIAS Y TE DIRÉ QUÉ COMES:

Oferta y publicidad en tiendas escolares de Bogotá

Publicación digital e impresa
Valentina Roza Ángel
2019

El sufrimiento y el dolor que experimentan las

personas al final de la vida y quienes dependen de la heroína encuentran alivio en los opioides. Estos medicamentos están sometidos a un estricto régimen de fiscalización, producto de la aplicación de los tratados internacionales de drogas, que implica una excesiva burocracia y un miedo generalizado tanto en pacientes como profesionales de la salud para usarlos. Muchos opioides también están en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de ser esenciales, su carácter controlado genera en la práctica una vulneración del derecho a la salud en estas dos poblaciones.

En este libro presentamos un diagnóstico realizado en cinco ciudades colombianas sobre las barreras de acceso a opioides que enfrentan los pacientes en los dos ámbitos. Estas barreras se pueden agrupar en cuatro categorías: i) fallas estructurales del sistema de salud colombiano; ii) falta de capacidad institucional para mantener el abastecimiento de opioides en pequeñas y medianas ciudades; iii) falta de formación profesional en cuidados paliativos y tratamiento para la dependencia de la heroína en pequeñas y medianas ciudades; iv) estigma hacia las sustancias y hacia las personas que se relacionan con ellas.

Analizar conjuntamente el goce del derecho a la salud de personas que usan heroína y de pacientes que sufren de enfermedades terminales parece desacertado a primera vista, pues, ¿qué tendrían en común estas poblaciones y la atención en salud que reciben? En este libro defendemos que una persona al final de la vida y aquella que usa heroína enfrentan retos similares: necesitan los mismos medicamentos controlados, requieren un tratamiento interdisciplinar que va más allá de los opioides, llegan a los servicios de salud en momentos de gran vulnerabilidad, y son generalmente tratados con negligencia por un sistema de salud que no se encuentra preparado para enfrentar la muerte o la dependencia de las drogas.

Nuestro objetivo es vincular los debates sobre el derecho a la salud con los debates sobre la reforma a las políticas de drogas. Las poblaciones de las que aquí hablamos son las más necesitadas de un cambio para que la fiscalización de estas sustancias deje de ser una barrera para vivir sin dolor.

978-958-5441-89-7



9 789585 441897