

Isabel Pereira Arana
Lucía Ramírez Bolívar

Los medicamentos opioides en Santander de Quilichao: entre esenciales y fiscalizados



Resumen ejecutivo del libro
*Los caminos del dolor:
Acceso a cuidados paliativos
y tratamiento por consumo
de heroína en Colombia*

Los medicamentos opioides en Santander de Quilichao: entre esenciales y fiscalizados¹

Isabel Pereira Arana
Lucía Ramírez Bolívar²

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
Sobre la investigación	5
1. OPIOIDES Y DOLOR EN COLOMBIA	6
2. VIDAS AL MARGEN: USO DE HEROÍNA Y BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO EN SANTANDER DE QUILICHAO	13
Los mundos del H: Consideraciones generales sobre el consumo de heroína en Colombia	13
Algunas cifras sobre el consumo de heroína	13
Impactos en la salud por el consumo de heroína	14
Las respuestas legales y de política pública a las personas que usan drogas	17
Ruta de acceso a tratamiento de sustitución con metadona en Santander de Quilichao	20
Barreras de acceso en Santander de Quilichao	23
3. CUIDADOS PALIATIVOS EN SANTANDER DE QUILICHAO: UNA PROMESA QUE NO LLEGA	24
Consideraciones generales sobre los servicios de cuidados paliativos en Colombia	25
Ruta de acceso a los cuidados paliativos en Santander de Quilichao	29
Barreras de acceso en Santander de Quilichao	32

1. Este es el resumen ejecutivo del libro *Los caminos del dolor: Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*, publicado por el Centro de Estudios Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) en 2019. El manuscrito del libro fue revisado y corregido por las expertas Ana María Cano, Inés Elvira Mejía, Paola Ruiz y Marta Ximena León. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2019/07/Los-Caminos-del-dolor-LIBRO-1.pdf>

2. La investigación fue realizada como parte de las actividades de la línea de política de drogas de Dejusticia.

4. HACIA UNA ATENCIÓN EN SALUD QUE ALIVIE EL DOLOR	32
Recomendaciones generales	33
Al sistema de salud colombiano	33
A los procesos de fiscalización y distribución de medicamentos opioides	34
REFERENCIAS	36

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos opioides son fuente de alivio para quienes experimentan graves dolores y sufrimiento físico y mental. Los opioides de los que se ocupa esta investigación son aquellos usados para el alivio del dolor en el final de la vida o para manejar el trastorno de dependencia de la heroína que implica el síndrome de abstinencia y el tratamiento de mantenimiento o sustitución. En el primer grupo están opioides como la morfina, hidromorfona, oxicodona, buprenorfina, fentanilo y metadona, usados en cuidados paliativos. En el segundo grupo, la única sustancia usada en Colombia para este fin es la metadona³, usada en pacientes que sufren de trastorno por uso de heroína⁴.

Estas sustancias fueron clasificadas en el régimen internacional de fiscalización de sustancias en 1961, por medio de la Convención Única de Estupefacientes de 1961⁵, ratificada por Colombia⁶. La amapola y sus derivados hacen parte de las plantas prohibidas por esta Convención, y se encuentra mencionada en el listado 1 —aquellas sustancias con el régimen de control más estricto—. Reconociendo que tienen usos médicos y científicos, este tratado requiere que los Estados parte cuenten con regulaciones para manejar el cultivo, la manufactura, la exportación e importación de amapola y sus derivados.

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)⁷ (WHO, 2017). En su versión más actualizada, están incluidas varias presentaciones de morfina, y la metadona en la lista complementaria⁸.

A la par de este tratado, Colombia también tiene obligaciones en materia del derecho a la salud en el marco internacional, contempladas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), entre otros instrumentos. El derecho a la salud, consagrado en el Artículo 12 del Pidesc, es un derecho humano fundamental, cuyo

3. En otros países se usa también la buprenorfina, sola o en una combinación con naloxona o la misma heroína de calidad farmacéutica.

4. Sobre la dependencia a las drogas —lícitas o ilícitas— 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). Para este texto, se usará 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 uso leve hasta la dependencia severa (American Psychiatric Association, 2013).

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

6. Ratificada mediante Ley 13 de 1974.

7. Ver Anexo 1. Listado de medicamentos opioides.

8. Cabe anotar que la naloxona, medicamento para revertir sobredosis de opioides, si bien

contenido está integrado no solo por el derecho a estar sano, sino por el derecho al más alto nivel posible de salud, lo que implica la libertad de tomar decisiones frente al propio cuerpo, así como la garantía de tener el mayor bienestar mental posible y 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 (DESC) sobre el derecho a la salud⁹.

El estigma asociado con el consumo de opioides causa impactos serios a los derechos humanos, particularmente el derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Al negar estos medicamentos a los pacientes —tanto de cuidados paliativos como personas que usan heroína—,

se los somete a un sufrimiento inimaginable y evitable. La limitación en la provisión de estos medicamentos somete a las personas a una situación sin salida.

El sistema internacional de fiscalización tiene diversas críticas, pues mientras la política internacional y nacional se ha concentrado en asegurar “un mundo libre de drogas” por medio 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 su informe de 2016 sobre los vínculos entre el derecho a la salud y la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Relator sobre el derecho a la salud resaltó que las normas jurídicas profundizan 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 perso-

Mientras la política internacional y nacional se ha concentrado en asegurar “un mundo libre de drogas” por medio de acciones de criminalización, erradicación y fiscalización, ha hecho poco por asegurar un mundo con drogas disponibles para quienes las necesitan para usos médicos.

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).

9. Para ampliar información, ver los párrafos 12 y 43.

nas que sufren dolor de su derecho a atención paliativa (Pūras, 2016, párr. 46).

Sobre la investigación

La actual aplicación de la política de drogas vulnera los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, tanto de las personas que consumen heroína, como de quienes las necesitan en cuidados paliativos. Esta investigación, desarrollada entre 2017 y 2018, analizó los impactos de la política de drogas en estas dos poblaciones en la ciudad de Santander de Quilichao¹⁰.

En Colombia, estos medicamentos están sometidos a un estricto régimen de fiscalización encabezado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), que en la práctica se implementa con dificultades y genera barreras para acceder a ellos. Esta situación va en contravía de las disposiciones legales colombianas: los enfoques de atención en salud —tratamiento por trastorno de uso de sustancias psicoactivas (SPA) y cuidados paliativos— fueron recientemente incorporados al plan de beneficios en salud. En el primer caso, en el 2012 se expidió la Ley 1566, y en el segundo, la Ley 1733 fue aprobada en 2014.

En Colombia hay diversos debates en la opinión pública sobre políticas de drogas, pero pocos abordan los efectos que estas políticas tienen sobre el derecho a la salud en poblaciones vulnerables. Esta fue una de las motivaciones principales para adelantar esta investigación.

En Colombia hay diversos debates en la opinión pública sobre políticas de drogas, pero pocos abordan los efectos que estas políticas tienen sobre el derecho a la salud en poblaciones vulnerables.

La disponibilidad y el uso de los medicamentos opioides 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.

Pero este aumento es insuficiente frente a la magnitud de la necesidad, lo que nos motivó a indagar, mediante un estudio cualitativo, por las barreras que existen en estas rutas de atención.

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. Sin embargo, la experiencia del dolor en el final de vida y el síndrome de abstinencia comparten muchos más retos y soluciones de las que imaginamos. El derecho a

10. La investigación documentó las barreras de acceso a medicamentos opioides en cinco ciudades: Armenia, Cali, Cúcuta, Pereira y Santander de Quilichao.

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.

Son dos poblaciones que 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 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 a drogas ilícitas.

La experiencia del dolor en el final de vida y el síndrome de abstinencia comparten muchos más retos y soluciones de las que imaginamos.

El estudio se valió de tres fuentes principales:

(i) entrevistas a informantes clave, como son las autoridades locales, y los expertos en cada tema; (ii) entrevistas a los actores del sistema, tanto prestadores¹¹, como pacientes y sus familiares; (iii) literatura especializada en los temas abordados. Las visitas a las ciudades se realizaron entre octubre de 2017 y febrero de 2018.

Santander de Quilichao fue seleccionado, junto con otras cuatro, por el consumo instalado de heroína¹², y por el nivel bajo de desarrollo de cuidados paliativos. Esto permitió analizar las barreras de acceso y formular recomendaciones de política pública. Adicionalmente, esperamos que esta investigación contribuya a tender alianzas entre las organizaciones que trabajan por los derechos de las Personas que Usan Drogas (PQUD) y las personas que trabajan en el área de cuidados paliativos, y que se puedan encontrar para tejer redes locales de colaboración. Santander de Quilichao además ofrece la posibilidad de analizar la dinámica ciudad-región, pues entre esta ciudad y Cali hay intercambio constante para acceder a bienes y servicios, especialmente servicios de salud, y por ello debían ser estudiadas en conjunto.

11. Se identificó a los prestadores mediante el Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). 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 al consumidor de SPA paciente agudo (123); Internación hospitalaria consumidor de SPA (127); Internación parcial consumidor de SPA (128).

12. En Colombia, según el Estudio Nacional de Heroína de 2015, se identificaron estas ciudades con consumo instalado: Bogotá, Medellín, Cali, Santander de Quilichao, Pereira, Armenia y Cúcuta.

1. OPIOIDES Y DOLOR EN COLOMBIA

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 que sufren enfermedades crónicas o terminales, las personas experimentan lo que se ha denominado ‘dolor total’. Este es un concepto del ámbito de los cuidados paliativos que habla

de la experiencia del dolor de una manera comprensiva, y reconoce que la experiencia del dolor conlleva, además del componente físico, aspectos psicológicos, emocionales, espirituales, cognitivos y sociales (López-Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

Nombrar y reconocer el dolor de esta manera requiere que la respuesta para mitigarlo deba ser el cuidado integral, reconociendo las necesidades de toda índole del paciente y procurar soluciones para brindar la mejor calidad de vida posible (López-Sánchez & Rivera-Largacha, 2018). Si bien este es un concepto de los cuidados paliativos, puede ser también aplicable a la experiencia de sufrimiento de las personas que dependen de la heroína, del sufrimiento asociado con el síndrome de abstinencia, y de la búsqueda de tratamiento en medio de una condición altamente estigmatizada.

Parte de la respuesta al dolor físico está en los medicamentos derivados de la amapola.

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 síntomas. Los relatos de quienes han atravesado los duros días del ‘mono’, la ‘maluquera’ o el ‘torquis’,¹³ 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.

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. 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 Justicia y del Derecho —Minjusticia— & Observatorio de Drogas de Colombia —ODC—, 2015). Uno de los efectos fundamentales de los opioides se da sobre la experiencia del dolor, pues operan sobre una serie de receptores en el cuerpo que alivian la experiencia molesta de estos. No es que el individuo no sienta el dolor, sino que ya no lo percibe como tal.

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

13. Estos son algunos términos de jerga para referirse al síndrome de abstinencia.

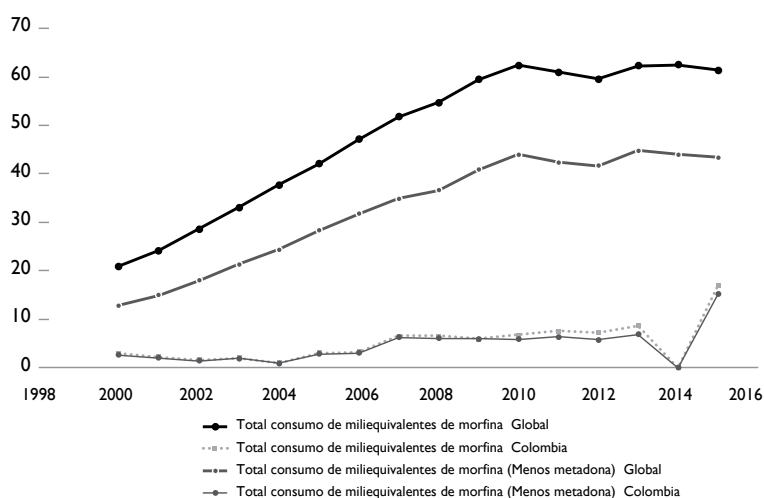
Este consumo se concentra en ciudades grandes e intermedias del país, lo que demuestra que hay una brecha de desigualdad a nivel nacional en el alivio al dolor.

de 3 mg/per cápita en 2005, a 17 mg/per cápita en 2015, según la más reciente Encuesta Nacional de Opioides (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, OCCP, 2018)—, este consumo se concentra en ciudades grandes e intermedias del país, lo que demuestra que hay una brecha de desigualdad

a nivel nacional en el alivio al dolor. Como se puede observar en la figura 1, el consumo de opioides en Colombia definitivamente ha aumentado, pero aún el país está muy lejos del promedio global de 61,49 mg/per cápita.

FIGURA 1¹⁴

Consumo total de opioides en Colombia por año



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

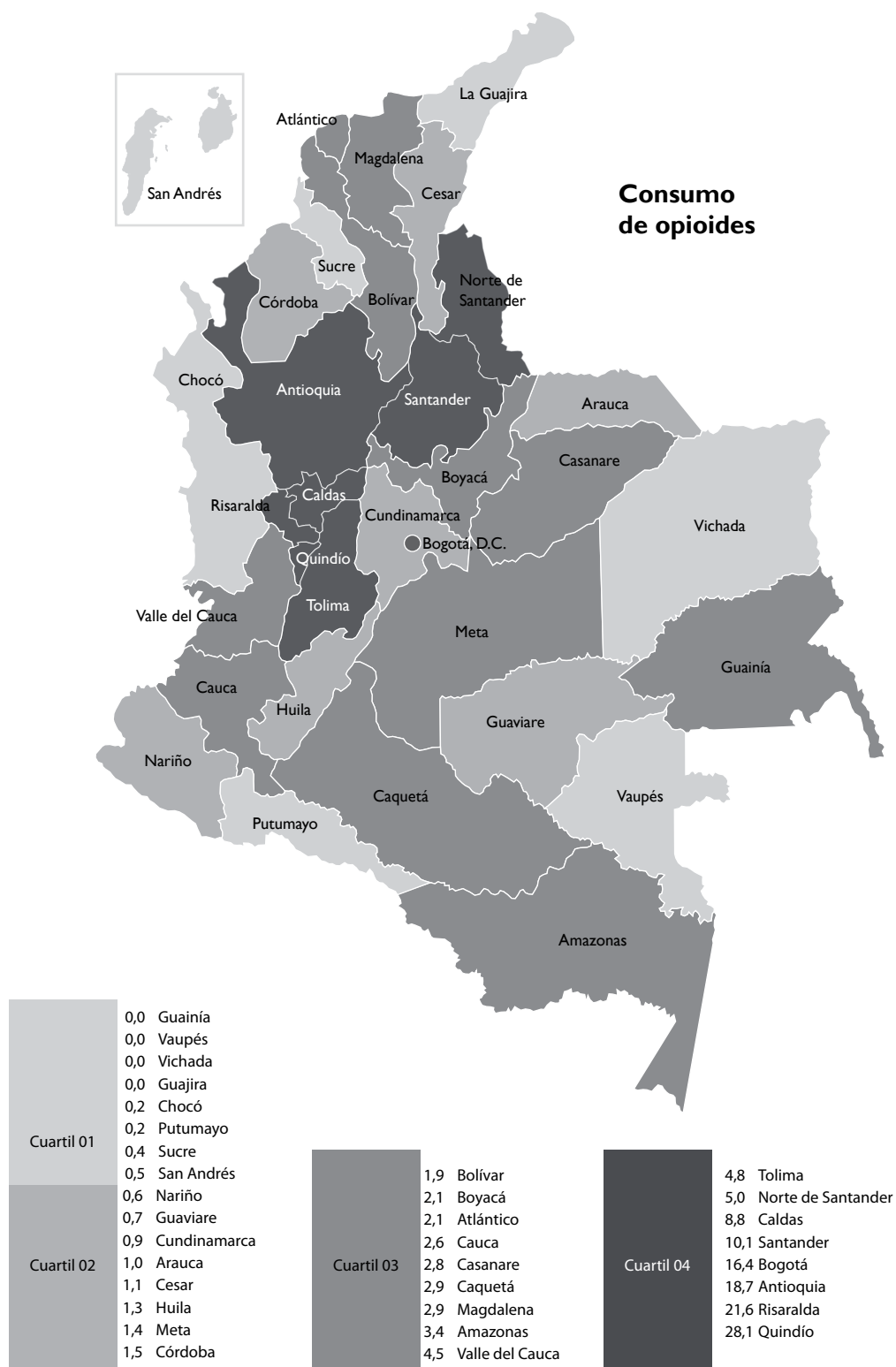
Como se observa en el mapa 1, la concentración del uso de opioides es notoria en departamentos como Quindío, Risaralda, Antioquia y Santander. Sin embargo, en 16 de los 32 departamentos del país, el consumo de opioides se encuentra por debajo de los 2 mg/per cápita, lo que muestra que hay un manejo deficiente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

En Colombia, la gran mayoría de los medicamentos opioides, y en particular los más necesarios, hacen parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS)¹⁵, incluyendo la morfina, metadona, hidromorfona, entre otros. Debido a que estos medicamentos tienen un carácter controlado, la entidad encargada de importar, manufacturar y distribuir, entre

14. 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), esta no quedó registrada.

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

MAPA 1
Consumo de opioides por departamento



FUENTE: Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2016).

otros, opioides controlados al territorio nacional es el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE)¹⁶. Las funciones del FNE están reguladas por la Resolución 1478 de 2006¹⁷, que impone las normas de control para las sustancias fiscalizadas¹⁸. 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.

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 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 (Colombia, 2006).

16. 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.

17. Esta Resolución define todas las normas frente a la compra, y dispensación de medicamentos de control en el territorio nacional. Para una descripción más detallada, ver páginas 56-58 del libro *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*.

18. Ver Anexo 1, Listado de medicamentos.

19. Durante la investigación, se enviaron 144 derechos de petición a EAPB, IPS y los FRE en cada ciudad, preguntando sobre el modelo de atención a pacientes, la cantidad de pacientes atendidos, la compra y venta de medicamentos opioides, entre otras cuestiones. 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 reci-

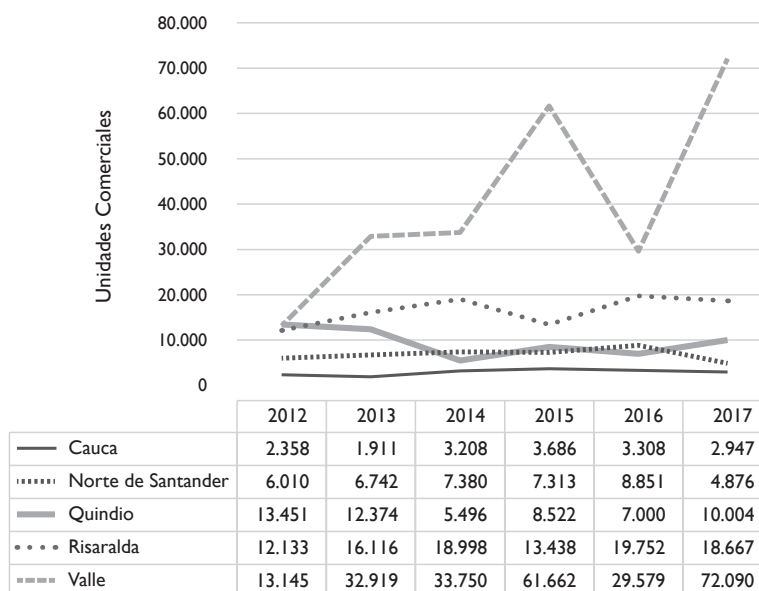
Estas entidades deben asumir muchos de los retos territoriales para garantizar la disponibilidad de opioides y, además, ejercen la interlocución con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para la venta de medicamentos a nivel local. 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.

Muchas EAPB¹⁹ tienen reticencia a prestar el servicio o ni siquiera lo tienen contratado, pues ello implica costos adicionales de operación y surtir procedimientos burocráticos ante las autoridades 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.

Si bien se ha evidenciado un incremento en la disponibilidad de los medicamentos opioides en el país, esta 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 figura 2, 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 %.

FIGURA 2
Medicamentos opioides comprados al FNE por departamento y año



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

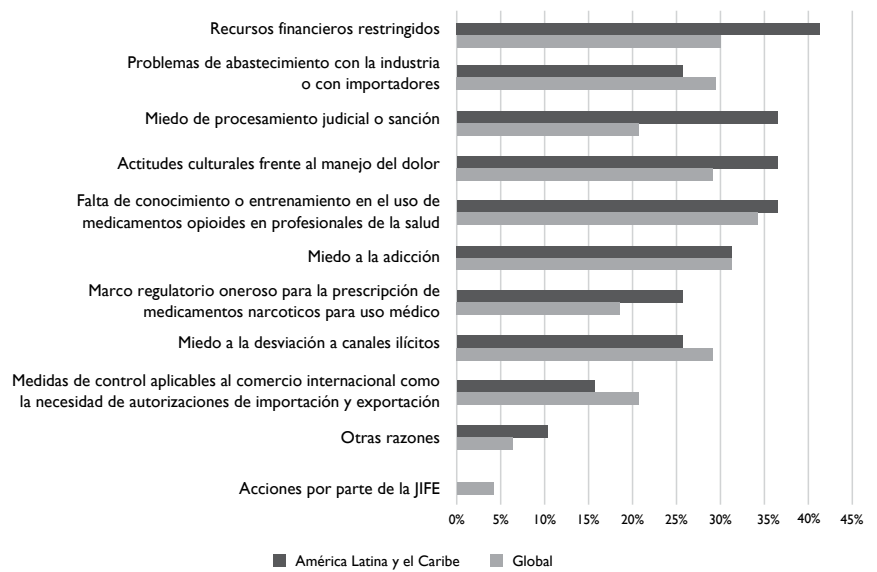
El carácter controlado de los medicamentos opioides, además, impacta la práctica de los profesionales de la salud cuyas prevenciones sobre las sustancias en muchos casos se convierten en una barrera de acceso adicional para los pacientes. En un estudio titulado “Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study” (Berterame, Erthal, Thomas, Fellner, Vosse, Clare *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 las determinantes del uso de opioides en estos. Como se observa en la figura 3, 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

bimos respuesta, negaban el acceso a la información argumentado 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.

al dolor, así como del miedo a las sanciones y a la adicción o, en otras palabras, debido a la opiofobia.

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, Farmer, Krakauer, Lima, Bhadelia, Kwete *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).

FIGURA 3
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).

2. VIDAS AL MARGEN: USO DE HEROÍNA Y BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO EN SANTANDER DE QUILICHAO

Un día que 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.

Familiar de usuario de heroína

La heroína es un opioide semisintético que resulta de la transformación de la morfina, siendo entre dos y cinco veces más fuerte que esta²⁰. La morfina, a su vez, es un derivado del látex del opio extraído de la amapola (Minjusticia & ODC, 2015).

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 implica 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.

Para este estudio, documentamos las trayectorias de búsqueda de tratamiento para superar la dependencia de la heroína en Santander de Quilichao. Para comprender los caminos de búsqueda de alivio y 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. Si bien se han tomado medidas para atender a esta población, la respuesta aun es dispersa e insuficiente para las necesidades. Quienes buscan tratamiento, se enfrentan a un conjunto de barreras para el goce efectivo al derecho a la salud, las cuales tienen una naturaleza diversa: 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 vicio”²¹.

Los mundos del H²²: Consideraciones generales sobre el consumo de heroína en Colombia

Algunas cifras sobre el consumo de heroína

La heroína que se encuentra en Colombia se caracteriza por su alta potencia y bajo costo (Minjusticia & ODC, 2015). 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

20. Fue sintetizada por primera vez en 1874 y comercializada 20 años más tarde por la farmacéutica Bayer, especialmente en jarabes para la tos (Minjusticia & ODC, 2015).

21. ‘Chutar’ se refiere a la práctica de inyectarse drogas.

22. ‘H’ es uno de los términos coloquiales para nombrar la heroína.

para su entorno (Nutt, King & Phillips, 2010). 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 con el consumo de esta sustancia demuestran una emergencia en salud pública.

Según los datos del informe del Ministerio de Justicia, para 2014 se estimó que la población de personas que se inyectaban 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 (Minjusticia & ODC,

2015). En Santander de Quilichao no hay un cálculo estimado de esta población.

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.

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 nacio-

nales 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) (2017) en su estudio del narcomenudeo, las encuestas de consumo no están en capacidad de alcanzar a tres poblaciones clave: (i) personas privadas de la libertad, (ii) internadas en tratamiento, (iii) en situación de calle²³. Por esta razón, se han realizado estudios sobre heroína específicos, a fin de alcanzar estas poblaciones en aquellas ciudades donde hay una concentración del consumo.

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

24. 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).

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 aumentan por la prohibición de las drogas y del estigma hacia estas personas. 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 y usar jeringas prellenadas. Un estudio de 2014 sobre patrones riesgosos de inyección en Medellín y Pereira²⁴ encontró que el 76 % de los usuarios se había inyectado en espacios abiertos y

el 42 % compartía las jeringas con una o más personas. La razón para compartir las jeringas, en el 59 % de los casos, era porque no disponían de jeringas adicionales, y llama la atención que al 55 % de los participantes del estudio la Policía les había confiscado sus jeringas en los últimos seis meses (Mateu-Gelabert, Harris, Berbesi, Segura-Cardona, Montoya, Mejía *et al.*, 2016).

Por otro lado, 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 otras sustancias que son nocivas para el organismo²⁵. En 2014, en los resultados del estudio de caracterización química y de mercado de la heroína se encontró que, en promedio, la pureza era del 62.7 % —cifra ampliamente superior a la pureza que se encuentra en otros países de consumo de opioides²⁶—, 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 (Minjusticia & ODC, 2016).

La heroína es mezclada con agua para poderla inyectar. Muchas de las personas que consumen heroína y que entrevistamos para esta investigación estaban 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.

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.

Asimismo, 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.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida), a nivel global esta es una población que tiene un riesgo 28 veces mayor que el de la población general a contraer VIH (UNAIDS, 2014).

Muchas de las personas que consumen heroína y que entrevistamos para esta investigación estaban 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.

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

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

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.

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.

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 deshabitado a estas cantidades (Minjusticia & ODC, 2015).

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).

Algunos de los riesgos asociados con el 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 con el 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. d.) (traducción propia).

La reducción de daños para el caso de las personas que usan heroína consiste en una serie de intervenciones dispuestas —sin exigir abstinencia— a ofrecer servicios de salud, sociales y rutas de tratamiento, si esa es su voluntad. Son programas de bajo umbral, lo que quiere decir que son programas accesibles, flexibles y que tienen en cuenta las necesidades de los usuarios. Son programas en los que generalmente hay intercambio de jeringas y material higiénico, con el fin de minimizar los riesgos de la inyección, pero no se limitan a la entrega

de jeringas, sino que además crean y fomentan espacios de confianza para la población consumidora, brindan información sobre buenas prácticas de consumo y derivan a otros servicios sociales y de salud, en horarios que se acomodan a las necesidades de la población, generalmente ubicados cerca de los puntos de consumo para reducir cargas de transporte.

A pesar de la evidencia que señala la eficacia de las medidas de reducción de daños para mejorar la calidad de vida de las PQUB, así como mejorar la salud pública, su aplicación en Colombia, según lo constatado en el trabajo de campo, 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.

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

En los últimos 20 años el Estado colombiano ha buscado responder por medio de la legislación y el desarrollo de políticas públicas al consumo problemático de drogas. Esta respuesta ha ido evolucionando de

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.

un enfoque represivo a uno de derechos humanos y de salud pública.

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 inter-

nada 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. 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.

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.

En 2012 se dio 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—, reconociendo que el abuso de sustancias es un problema de salud pública y, por tanto, requiere de la atención del Estado colombiano (Colombia, 2012). 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

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 al tratamiento como un derecho y, en consecuencia, como una obligación de los actores del sistema de salud.

estén incluidos en los planes de beneficio tanto del régimen subsidiado como del contributivo (Colombia, 2012).

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 por medio 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. Además, como indica el Artículo 3 de dicha Ley, las instituciones que presten estos servicios deberán estar habilitadas por las secretarías de salud departamentales, y, como dice el Artículo 5, si no cumplen con los requisitos establecidos deberán ser sancionadas.

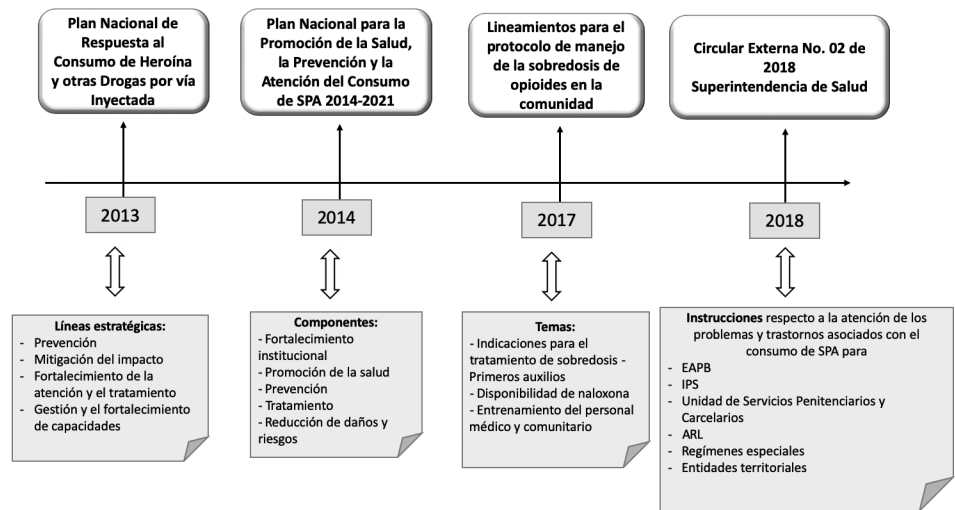
La expedición de la Ley 1566 constituyó un paso muy importante en el desarrollo de una política de salud pública frente al consumo problemático de SPA, pues estableció el acceso al tratamiento como un derecho y, en consecuencia, como una obligación de los actores del sistema de salud. En teoría, este reconocimiento permite que cualquier persona afiliada al sistema de salud —que tiene cobertura universal— reciba estos servicios independientemente de su capacidad económi-

ca, 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. Finalmente, la exigencia para las IPS de estar habilitadas para prestar estos servicios implica que deben estar basados en la evidencia, lo cual protege a los pacientes de malas prácticas, abusos y estafas.

A continuación, presentamos una línea de tiempo con los principales desarrollos que ha tenido la política pública frente al consumo problemático de SPA, luego de la expedición de la Ley 1566 de 2012.

FIGURA 4

Línea de tiempo de la política pública frente al consumo problemático de SPA



FUENTE: elaboración propia con base en la lectura de diferentes normas.

El Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por vía Inyectada 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.

Además de la Ley 1566 y las políticas relacionadas con el tema de consumo de SPA, la Corte Constitucional también se ha pronunciado en varias oportunidades sobre el derecho a la salud de las PQUD. Sumado a

Sumado a esto, aparte de conceder el acceso a tratamiento, la Corte 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.

esto, aparte de conceder el acceso a tratamiento, la Corte 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, la Corte afirmó que estos tratamientos debían: (i) incorporar una perspectiva de derechos humanos, teniendo en cuenta que la dependencia a las drogas es un problema de salud pública y no una infracción penal; (ii) 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”; (iii) estar disponibles y ser accesibles para los usuarios en términos de “localización, horarios de ingreso, tiempos de espera y condiciones de seguridad”; (iv) preferir la integración antes que el aislamiento; y (v) proveer la valoración y acompañamiento multidisciplinario, frente a ello la Corte Constitucional (2015) afirmó que:

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.

Ruta de acceso a tratamiento de sustitución con metadona en Santander de Quilichao

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 —de parte de autoridades como la policía—, 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 es largo y los pasos complejos, 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 solicita el 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.

En esos casos, los centros de escucha, programas de reducción de daños y equipos de base comunitaria hacen el acompañamiento para los

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 —de parte de autoridades como la policía—, traumas personales y negligencia en clínicas y centros de salud.

trámites de identificación y afiliación al sistema de salud y, cuando sea posible, al Sisbén. Una vez realizado 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.

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 población²⁷. En esta ciudad se realizó un primer acercamiento por parte del Ministerio de Justicia mediante 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 la heroína es fumada o inhalada, así que la entrega de material para inyección no es la 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.

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

TABLA 1

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 de 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, están desescolarizados y con trabajos informales, muchos tienen antecedentes penales. Los pacientes pasan 6 meses en el programa de internación y luego pasan 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.

Barreras de acceso en Santander de Quilichao

Las barreras identificadas en la investigación, para el caso del acceso al tratamiento con metadona, se pueden agrupar en cuatro categorías, según la causa estructural a la que obedecen: (i) la fiscalización de los medicamentos opioides y sus barreras de acceso; (ii) el estigma hacia las PQUD; (iii) la falta de formación de los profesionales de la salud en materia de trastorno por uso de SPA; y (iv) el sistema de salud y la dificultad para acceder a tratamiento para abordar el consumo problemático de SPA.

Una barrera estructural en la ciudad es la ausencia de un dispositivo comunitario o centro de escucha que genera que las PQUD no tengan el acompañamiento necesario, ya sea para reducir riesgos y daños en el consumo, o para la búsqueda de tratamiento. A pesar de que se adelantó un estudio para la caracterización de la población consumidora, no se ha dado una respuesta integral que tome este diagnóstico como base para el diseño de una política de atención local.

A continuación, se presentan brevemente las barreras identificadas durante las entrevistas realizadas en la ciudad de Santander de Quilichao²⁸.

- En la ruta hacia el tratamiento, es necesaria la consulta con psiquiatría, lo que se convierte en una barrera, ya que solo hay un psiquiatra en el hospital y atiende pocos días. Esto genera demoras, y en ocasiones abandono de la ruta de tratamiento.
- Existen servicios que prestan una atención que no está basada en la evidencia, y no usan metadona para sustitución y mantenimiento. Esto somete a los pacientes a un sufrimiento evitable, y además propicia fracasos en el tratamiento.
- Los pacientes quedan en la mitad de la difícil relación entre las EAPB e IPS. Cuando alguna EAPB incumple pagos con la IPS, se suspende el convenio y, en consecuencia, los pacientes no pueden continuar con el tratamiento de sustitución metadona.

28. Para conocer una descripción más detallada de estas barreras estructurales, se puede consultar el libro *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia* (Pereira & Ramírez, 2019).

3. CUIDADOS PALIATIVOS EN SANTANDER DE QUILICHAO: UNA PROMESA QUE NO LLEGA

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.

Martha Cuero²⁹

Según la definición del Consenso de Expertos de la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (International Association for Hospice and Palliative Care - IAHPC), los cuidados paliativos 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.

De acuerdo con este marco, los Estados deben asegurar el acceso a los medicamentos opioides, que son una herramienta fundamental para el alivio y manejo del dolor (IAHPC, 2018).

Los profesionales de la salud que presencian el momento comprenden bien que la escucha atenta, la empatía y el respeto son en sí mismos herramientas terapéuticas.

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 persona³⁰. A nivel global, se estima que, 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, de las cuales el 80 % está en países de ingresos medios o bajos (Knaul *et al.*, 2018).

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

30. Los cuidados paliativos han sido aplicados en su mayoría a pacientes con cáncer y 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).

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). 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 sínto-

mas, 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 mismos herramientas terapéuticas (Kleinman, 1989).

La Comisión Lancet indica que la negligencia para aliviar el sufrimiento revela que la medicina ha priorizado prolongar la vida y aumentar la productividad —atención que, además, recibe el financiamiento y las políticas públicas—. Esta medicalización de la muerte ha derivado

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.

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.

Reconociendo la eficacia de los cuidados paliativos, organismos internacionales han llamado la atención sobre la necesidad de incorporar es-

tos 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). 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 (Pereira-Arana, 2016).

Consideraciones generales sobre los servicios de cuidados paliativos 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.

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.

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 revela la necesidad de atención en salud y cuidado hacia las necesidades de la población de adultos mayores³¹.

La proyección de muertes por cáncer en Colombia para 2018, según la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, fue de 46057, y los nuevos casos suman 101893; asimismo, el riesgo de tener cáncer en el país antes de los 75 años es del 17.99 % (2018). 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)³².

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 100000 habitantes³³. Esta cifra revela la profunda imposibilidad para muchas personas del país de recibir esta atención (OCCP, 2016). Como se observa en la tabla 2, de los departamentos estudiados solo Quindío tiene al menos un servicio de cuidados paliativos por cada 100000 habitantes.

Las sociedades profesionales, el movimiento de hospicio y la academia han fortalecido los cuidados paliativos en el país, incluso antes de que estos existieran en la política pública en salud. Mediante 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 24/7³⁴. 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

31. Los adultos mayores que requieren cuidados paliativos generalmente los solicitan por enfermedades de base asociadas con 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.).

32. Cifra del sistema de información de cáncer en Colombia, Infocancer, con datos del Dane y del Sistema de Información de Cáncer de Colombia (www.infocancer.co)

33. 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.

34. 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/>

TABLA 2

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*	Mujeres	76	77	78	79	81	
	Hombres	69	69	72	72	72	
Tasa de mortalidad por enfermedad crónica 2014 (por 100.000 habitantes)*	Enfermedad isquémica del corazón	Mujeres	55	62	89	82	73
		Hombres	85	97	142	128	115
	Accidente cerebro vascular hemorrágico	Mujeres	18	15	18	19	23
		Hombres	18	15	18	19	23
	Accidente cerebro vascular isquémico	Mujeres	9	22	16	16	17
		Hombres	10	24	18	18	19
	Diabetes mellitus	Mujeres	9	20	17	19	20
		Hombres	8	18	15	18	18
	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Mujeres	13	20	53	47	26
		Hombres	19	30	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 cápita)		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.

disminuyó las barreras de acceso y los tiempos que tenían que gastar los pacientes y familiares en el proceso de aprobación de 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 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). 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 población³⁵.

En 2014 se aprobó la Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra (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 cui-

35. Durante estos años llegaron varios casos a la Corte Constitucional, en los cuáles estos servicios fueron negados a pacientes.

datos paliativos, y a la información (Colombia, 2014). 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 (Colombia, 2014, Art. 6).

La Ley 1733, artículo 8, obliga al Ministerio de Salud y de la Protección Social y al Fondo Nacional de Estupeficientes y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a garantizar la distribución y disponibilidad de medicamentos opioides 24 horas al día, 7 días a la semana en el país.

La Ley 1733, artículo 8, obliga al Ministerio de Salud y de la Protección Social y al Fondo Nacional de Estupeficientes y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a garantizar la distribución y disponibilidad de medicamentos opioides 24 horas al día, 7 días a la semana en el país.

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”, en la cual se reitera la obligación a los prestadores y los Fondos Rotatorios de mantener abastecimiento y disponibilidad 24/7.

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 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 aún carece de IPS habilitadas para prestar cuidados paliativos (OCCP, 2016). En el caso del municipio de Santander de Quilichao, la provisión de servicios de cuidados paliativos es crítica. No hay IPS habilitadas para la prestación de servicios de cuidados paliativos. Esto indicaría que el aumento del total de prestadores no necesariamente implica una ampliación de los servicios en algunas ciudades.

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, deficiencias en el abastecimiento a nivel departamental y las fallas estructurales del sistema de salud.

Una barrera importante para la baja provisión de esta atención en salud es la falta de formación a los profesionales de la salud. 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, 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) (2016), había seis universidades a nivel nacional que dictaban la materia en su pregrado, en tres estaba como electiva, siete programas de especialización y había diplomados en tres universidades³⁶. La 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 formarse para enfrentar el final de la vida, y la gran mayoría de ciudades del país no cuentan con personal especializado. Hay además oferta limitada de especializaciones en cuidados paliativos y dificultades para convalidar títulos obtenidos en el exterior. Así, las IPS a menudo no pueden cumplir con uno de los requisitos de la habilitación para la prestación de servicios de cuidados paliativos, que es contar con un profesional especializado.

Ruta de acceso a los cuidados paliativos en Santander de Quilichao

Según 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 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.

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

La provisión de servicios de cuidados paliativos en Santander de Quilichao es nula. No hay IPS habilitadas para la prestación de estos servicios en esta ciudad, por lo cual no fue posible durante la investigación realizar entrevistas a prestadores. De acuerdo con la información

La provisión de servicios de cuidados paliativos en Santander de Quilichao es nula. No hay IPS habilitadas para la prestación de estos servicios en esta ciudad, por lo cual no fue posible durante la investigación realizar entrevistas a prestadores.

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 por medio 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. En muchos casos, los pacientes y sus cuidadores no cuentan con esta posibilidad, por lo que 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. A muchas de las personas a las que se entrevistaron en el hospital, los pacientes les transmiten que la farmacia con la que tiene contrato su EAPB no dispensa los medicamentos, por lo que tienen que ingresar nuevamente por urgen-

cias 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, evidencia 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 que también le fueron negados, por lo que 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.

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.

En comparación con las otras ciudades analizadas en esta investigación, 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.

Barreras de acceso en Santander de Quilichao

Las personas que requieren acceso a cuidados paliativos se enfrentan a barreras similares a quienes requieren tratamiento con metadona, así también sufren consecuencias derivadas de: (i) la fiscalización de los medicamentos opioides y sus barreras de acceso; (ii) la falta de formación de los profesionales de la salud en cuidados paliativos; y (iii) los problemas propios del funcionamiento del sistema de salud. A continuación, se presentan las barreras de acceso que fueron identificadas por las personas entrevistadas en la ciudad de Santander de Quilichao³⁷.

- Los pacientes en esta ciudad están en un gran estado de abandono, lo que implica que los más mínimos requerimientos de la Ley 1733 no se cumplen.
- La falta de conocimiento sobre la Ley es generalizada en el municipio y ello, sumado a la falta de especialistas, opera como una gran barrera para el acceso.
- Los traslados a ciudades vecinas se traducen en desgaste de recursos materiales, emocionales y físicos para los pacientes y sus familiares.
- Los médicos generales o especialistas que atienden a personas a final de vida en el HFPS no están recetando opioides, y esto constituye la principal barrera de acceso para los pacientes.
- Este hospital sería el lugar idóneo para capacitar a todos los médicos de urgencias a atender y manejar el dolor en pacientes a final de vida. En este sentido, mediante alianzas con asociaciones profesionales se podrían realizar capacitaciones que repercutan directamente en la calidad de vida hasta el final.

4. HACIA UNA ATENCIÓN EN SALUD QUE ALIVIE EL DOLOR

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 el sistema de salud estas situaciones representan el reto y la oportunidad de reconocer y dar prioridad a las soluciones posibles.

37. Para conocer una descripción más detallada de estas barreras estructurales, se puede consultar el libro *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia* (Pereira & Ramírez, 2019)

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 son factores que hacen 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

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.

del síndrome de abstinencia no sean una barrera para trabajar en todo lo demás, como restablecer las redes de apoyo y retomar 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.

Aquí 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 represivas, e invitamos 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 de 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.

Recomendaciones generales

Al sistema de salud colombiano

La falta de oferta de servicios habilitados y de calidad es una de las principales barreras. Esto tiene dos raíces principales, 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. Para abordar estos dos asuntos se recomienda:

- Incluir formación sobre cuidados paliativos y consumo de SPA a nivel de pregrado en los currículos de las facultades de Medicina, Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología y Enfermería.
- Promover la formación continua de los profesionales graduados. Las asociaciones profesionales son un actor clave para sensibilizar y promover estos procesos. En el caso de atención a PQUD, 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.
- Es urgente que las EAPB actualicen sus convenios con las IPS para que estos incluyan los servicios exigidos por 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.

A los procesos de fiscalización y distribución de medicamentos opioides

Con el fin de incrementar la disponibilidad de medicamentos opioides a nivel territorial, se recomienda:

- Garantizar la aplicación de la provisión establecida en la Ley 1733 que establece que se debe garantizar la distribución de los medicamentos opioides 24 horas y 7 días a la semana y que se extienda a las personas que se encuentran en tratamiento de sustitución con metadona.
- Mejorar el mecanismo de estimación de compra de opioides, el cual no solo tenga en cuenta las cifras de consumo histórico, sino también las variables epidemiológicas, demográficas y de consumo de heroína. 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.
- Documentar y compartir 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 adopten este tipo de prácticas.

- Es urgente que el Ministerio de Salud y las autoridades de salud departamentales competentes garanticen la disponibilidad de naloxona, que se utiliza para revertir sobredosis de heroína, en los primeros niveles de atención para los pares comunitarios, familiares y redes de apoyo. De ellos depende la posibilidad de salvar vidas.
- 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. Asimismo, la metadona debe estar disponible también en centros de privación de libertad.
- Promover procesos de formación periódicos a los funcionarios de los FRE, las EAPB y las Secretarías de Salud departamentales. En particular, esta formación debe estar orientada a concientizar a los funcionarios sobre el hecho de que una aplicación excesivamente restrictiva de las normas 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. Es necesario aclarar que la normativa vigente no exige que la fórmula sea expedida en el mismo departamento donde se va a reclamar, así como que solo los psiquiatras y anesthesiólogos pueden recetar opioides, puesto que la norma indica que cualquier médico general puede prescribir estos medicamentos en el país.
- El FNE y los FRE podrían beneficiarse de implementar un sistema de talonarios con receta virtual que facilita la disponibilidad y al tiempo brinda las 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.
- 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.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2013). *Substance-Related and Addictive Disorders. Fact Sheet*. Richmond: American Psychiatric Association.

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. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00161-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6)

Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños* (3.a edición). México: Fondo de Cultura Económica.

Colombia, Congreso de la República. Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas” (31 jul 2012).

Colombia, Congreso de la República. Ley 1733 de 2014. Ley 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 (8 sep 2014).

Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1478 de 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, [...] destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado (07 jun 2006).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2017). *Observatorio Demográfico 2016. Proyecciones de población*. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas. 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>

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

Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 31(2), 16-22.

Departamento Nacional de Planeación (2017). *Narcomenudeo en Colombia: Una transformación de la economía criminal*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (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/trendsdevelopments/2017/html/supplymarket/heroin-purity_en

Gawande, A. (2015). *Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End* (International Edition). London: Picador.

Comisión Global de Política de Drogas. (2015). *El Impacto Negativo del Control de Drogas en la Salud Pública: La crisis global de dolor evitable*. Londres: Comisión Global de Política de Drogas. Recuperado de <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCOPD-THE-NEGATIVE-IMPACT-OF-DRUG-CONTROL-ON-PUBLIC-HEALTH-ES.pdf>

Comisión Global de Política de Drogas. (2017). *El problema mundial de la percepción de las drogas: Contrarrestando prejuicios sobre las personas que usan drogas*. New York: Comisión Global de Política de Drogas. Recuperado de http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/03/GCDP-Report-2017_Perceptions-SPANISH.pdf

Harm Reduction International (2019). *What Is Harm Reduction?* Recuperado de <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Human Rights Watch (HRW) (2011). *Global state of pain treatment. Access to medicines and palliative care as a Human Right*. EE.UU.: HRW. Recuperado de <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhro511W.pdf>

International Agency for Research on Cancer (2018). *Colombia Fact Sheet. Global Cancer 2018*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/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/>

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/>

Kleinman, A. (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And the Human Condition* (Reprint edition). New York: Basic Books.

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., Lima, L. D., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commis-

sion report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. Doi: [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 Álvarez, E., Parra, I., Gamboa Garay, Ó. A., & De Lima, L. (2018). *Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides en Colombia*. Universidad El Bosque - 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-Sánchez, J. R. L., & 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. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

Mate, G. (2010). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction* (1 edition). Berkeley, Calif.: North Atlantic Books.

Mateu-Gelabert, P., S. Harris, Berbesi, D., Segura-Cardona, A. M., Montoya, L. Mejía I... Jessell, L. (2016). Heroin Use and Injection Risk Behaviors in Colombia: Implications for HIV/AIDS Prevention. *Substance Use and Misuse*, 51(2), 230-240. Doi: 0.3109/10826084.2015.1092989

Mayu of New England. (2013). *Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones, Ministerio de Salud.

MD Magazine (2011). Why Are We Still Talking about Opiophobia? MD Magazine. Recuperado de <https://www.mdmag.com/medical-news/why-are-we-still-talking-about-opiophobia>

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*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015la_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*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/sat/sat0072016_heroina_caraterizacion_quimica.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2017a). *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). *Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

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. 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>

Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips L. D. (2010). Drug Harms in the UK: A Multi-criteria Decision Analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (occp). (2016). *Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos 2016*. Universidad El Bosque. Recuperado de <http://occp.com.co/wp-content/themes/occp/docs/anuario-occp-2016.pdf>

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (occp). (2018). *Disponibilidad y accesibilidad a medicamentos opioides en Colombia*. Bogotá: Universidad El Bosque.

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://www.un.org/ruleoflaw/wp-content/uploads/2016/01/Statement-by-Mr.-Zeid-OHCHR.pdf>

Opioid Consumption Data - Pain & Policy Studies Group. (s. f.). Recuperado de <http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data#Morphine%20Equivalence>

Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J., & Centeno, C. (2013). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*. Edición cartográfica. IAHPIC 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.

Pūras, D. (2016). *Informe del relator especial sobre el sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. (UN Doc. A/71/304). Recuperado de <https://undocs.org/es/A/71/304>

Scholten, W. (2015). Make Your Words Support your Message. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 29(1), 44-47. Doi: <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.997855>

Szalavitz, M. (2016). *Unbroken Brain: A Revolutionary New Way of Understanding Addiction*. Manhattan: St. Martin's Press.

World Health Organization. (2017). *WHO Model List of Essential Medicines*. 20th list. Geneva: World Health Organization.

Uprimny Yepes, R., Guzmán Rodríguez, D. E., & 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.

ANEXO 1

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).

“Tenía que levantarme a las 2 de la mañana durante semanas para recoger un medicamento que no llegaba y era tiempo que me quitaba de estar con mi mamá.”

Familiar de paciente con cáncer en Santander de Quilichao

“Un día lo 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.”

Familiar de usuario de heroína en Santander de Quilichao



Primera edición
Bogotá, D.C., Colombia, enero de 2020

Revisión de textos
Alejandra Torrijos M.

Ilustración de portada
Elizabeth Builes

Diagramación
Diego Alberto Valencia

ISBN versión impresa 978-958-5597-20-4
ISBN versión digital 978-958-5597-21-1

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



Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike
4.0 International License.

Dejusticia
Calle 35 # 24 - 31, Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono: (571) 608 3605
www.dejusticia.org

ISBN: 978-958-5597-20-4



9 789585 5597204