

**Usuarios de heroína en la ciudad de Armenia y acceso a programas ambulatorios de
sustitución con metadona: un problema de investigación.**

Luz Marina Morales Noreña.

Juan Camilo Martínez Urrego

Enero 2019

Orientadora: Ana Camila García López

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública.

RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo y pretende identificar las barreras de acceso a los programas de mantenimiento con metadona y discutir la percepción de estos programas por parte de la población usuaria de heroína de la ciudad de Armenia. Para ello se desarrollaron 2 grupos focales en las instituciones que tienen habilitados servicios intrahospitalarios para usuarios de sustancias psicoactivas y cuentan con programas de mantenimiento con metadona y entrevistas a profesionales de la región expertos en el tema.

La evidencia disponible refiere que la no atención de los consumidores problemáticos de heroína está relacionada con peores resultados en salud, comorbilidad como HIV, TB, Hepatitis B y C, sobredosis, afectación en el funcionamiento global de las personas. Por lo tanto, este estudio tiene importancia para la salud pública en tanto permite reconocer las características de las barreras y percepción de los servicios que tiene un grupo poblacional con dependencia a opioides por consumo de heroína. Con estos insumos identificados, se puede proponer intervenciones o acciones que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas y de su comunidad.

ÍNDICE

Introducción	5
1. Pregunta de investigación	7
2. Objetivos	8
3. Descripción y justificación del problema	9
4. Estado del arte	13
5. Marco teórico	31
6. Metodología	
3333	
7. Resultados	35
8. Conclusiones	53
7. Bibliografía	51
9. Anexos	56

Lista de gráficas

Gráfica 1. Mapa del departamento del Quindío y Armenia en Colombia.....	99
Gráfica 2. Personas con dependencia por grupo de spa. Quindío 2009 – 2015.	110
Gráfica 3. Estimación del tamaño de las redes de personas que se inyectan drogas en 6 ciudades del país.	19
Gráfica 4. Prevalencia de hiv entre personas que se inyectan drogas en diversos estudios nacionales entre 2002 y 2014.....	19
Gráfica 5. Prevalencia de hepatitis c entre personas que se inyectan drogas 2002 y 2014.	220
Gráfica 6. Personas atendidas por intoxicación, abuso o dependencia de cualquier sustancia. Colombia 2009 – 2015.	231
Gráfica 7. Personas atendidas por intoxicación, abuso o dependencia por consumo de opioides. Colombia 2009 – 2015.	22
Gráfica 8. Distribución por rango de edad para intoxicación, abuso o dependencia de opioides. Colombia 2010 – 2015.	23
Gráfica 9. Personas con dependencia por opioides en 7 regiones priorizadas del país. Colombia 2019 – 2015.....	24
Gráfica 10. Localización geográfica de los municipios de Armenia y Filandia	3638
Gráfica 11. Tres programas de mantenimiento con metadona.	3941
Gráfica 12. Distancia entre programas de mantenimiento con metadona.	40
Gráfica 13. Puntos de suministro de metadona fluctuantes.....	41

INTRODUCCIÓN

El tener que acudir a un servicio de salud es una situación que conlleva una connotación poco agradable, pues quien asiste precisamente a estos servicios es por una condición poco alentadora o de enfermedad, una alteración en su estado de salud que predispone a las personas hacia el malestar y genera asimetrías en las relaciones.

Si se suma a esta situación de malestar, el hecho que la persona que hará uso del servicio de salud encontrará unas barreras en el momento de acceso como dificultad en el desplazamiento y llegada al sitio donde se presta el servicio, trámites para verificar si puede ser atendido en un servicio de salud, aportes económicos o copagos, la espera al llamado para ser atendido, el cuestionario o las preguntas que tiene que responder para el registro o ingreso, compartir espacios reducidos con otras personas en situaciones similares de estrés, entre otras situaciones del entorno, que exponen en parte algunos de los problemas al acceso de los servicios de salud.

Para el caso de las personas que usan drogas, se les suman otras situaciones que aumentan la hostilidad y dificultad para el acceso de los servicios de salud, como la estigmatización, la exclusión, los juicios morales que la sociedad realiza y los cataloga como personas violentas. Se culpabiliza a los consumidores y dependientes por el tipo de vida que llevan y a la gente le es muy difícil ver a estas personas como ciudadanos y enfermos que necesitan cuidado y tratamientos, se los suele asumir como gente irracional que lleva comportamientos de riesgos sin medir consecuencias, inmersos en la ilegalidad y que desprecian su salud, así los prejuicios son barreras adicionales en la interacción de estos pacientes con las instituciones.

El propósito de esta investigación es identificar y describir cuáles son esas barreras específicas a los programas de mantenimiento con metadona (PMM) a las que se enfrentan los pacientes para poder realizar propuestas de mejoras en la intervención y que complementen los avances que ha tenido el país en materia de cobertura, si bien se ha demostrado un aumento significativo, no se puede decir que su accesibilidad sea plena y menos en el caso de las personas

con trastornos de dependencia por opioides, que requieren acceder a programas de mantenimiento con metadona.

El marco teórico sobre el cual se apoyará la investigación, aportará a la comprensión sobre las barreras de acceso a los servicios de salud para los usuarios de drogas y sobre el estado de salud de esta población, la condición de vida, las prácticas de autocuidado y los riesgos que asumen habitualmente; limitando las estrategias e intervenciones para mejorar la calidad de vida.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras en el acceso a los programas de metadona de las personas con dependencia a opioides del municipio de Armenia?

2. OBJETIVOS

- Describir las barreras de acceso a los programas de mantenimiento con metadona en Armenia, Quindío.
- Describir cuales son los servicios de salud más utilizados por los usuarios de drogas.

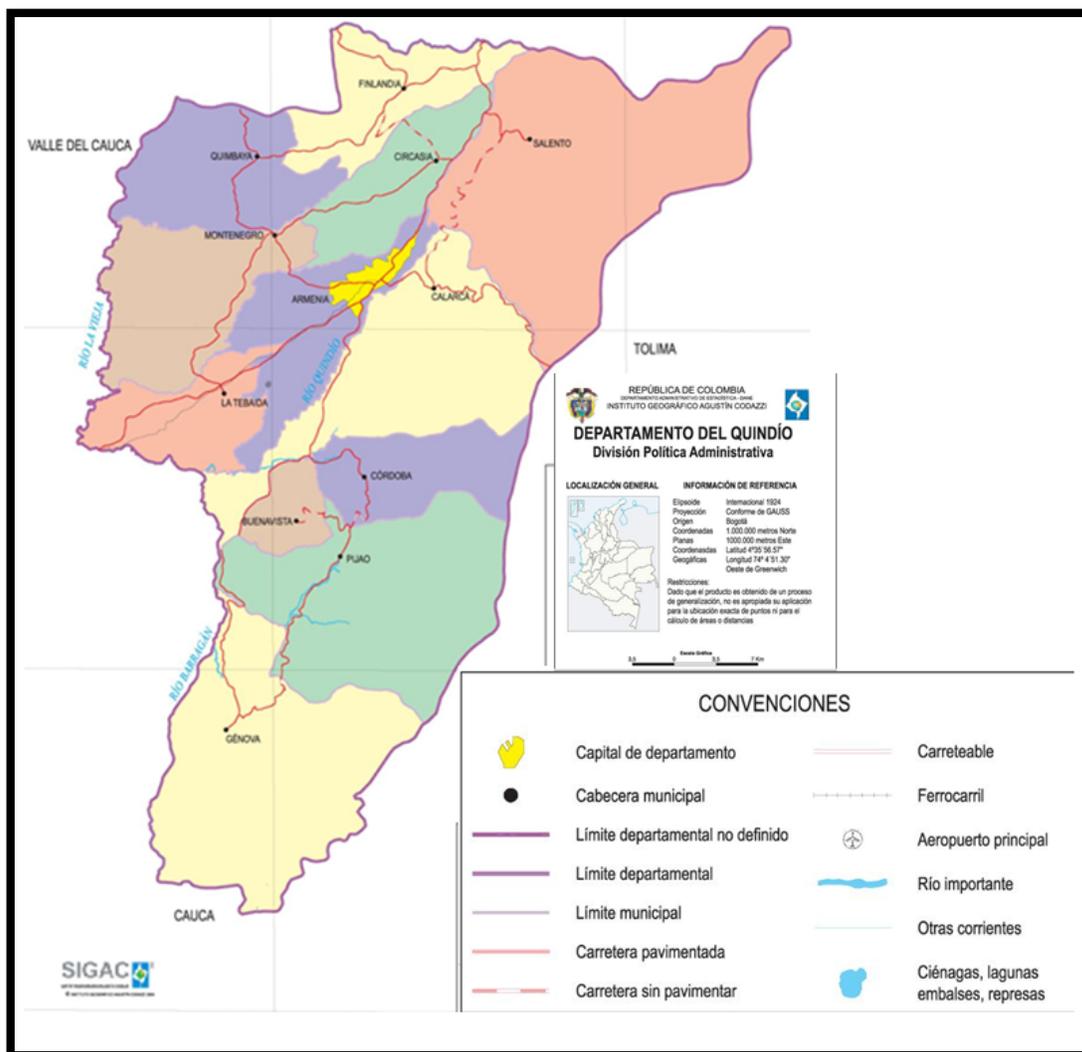
3. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Para identificar las barreras de acceso en el Quindío. Por lo tanto, se realiza una contextualización de dicha región. Es el segundo departamento más pequeño de Colombia, se ubica en la región centro oeste del país (ver gráfica 1), hace parte del eje cafetero (con Risaralda y Caldas), y para el año 2015 el DANE estimaba la población de 565.310 habitantes¹. El 98,57% del territorio se encuentra ubicado en la zona rural, las vías de comunicación son estables y de alta calidad, lo que facilita la movilidad entre sus municipios, con desplazamientos mínimos de 10 minutos (ruta Calarcá - Armenia) y máximos de 60 minutos (ruta Génova - Armenia), y cuenta con tres ejes viales estratégicos que conectan a la capital con el resto del país; adicionalmente cuenta con un aeropuerto internacional, el cual presenta un aumento del 12,41% de los vuelos para el 2017.

En cuanto a factores que inciden con el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas se tiene que en la actualidad es el departamento con mayor índices de desempleo 13,5% (media nacional 9,4%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018), frente al acceso a los servicios de salud, en general el 7,1% de los hogares del departamento presentan barreras de acceso, cifra superior al porcentaje nacional (6,3%); y el 88,4% de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual es menor al porcentaje de cobertura nacional que se encuentra en 92,8% . (Secretaría de Salud Departamental del Quindío, 2018).

Otros aspectos relevantes son el terremoto del año 1999, la desestructuración familiar producto la migración de padres a otros países, condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, baja oferta institucional, aumento de microtráfico de sustancias psicoactivas, el aumento de la oferta turística y la entrada masiva de turistas al departamento (en algunos casos atraídos por la idea de encontrar sustancias psicoactivas con fácil acceso y bajo costo). (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, 2015)

¹ Tomado de las estimaciones poblacionales realizadas por el DANE a partir del Censo de 2005.



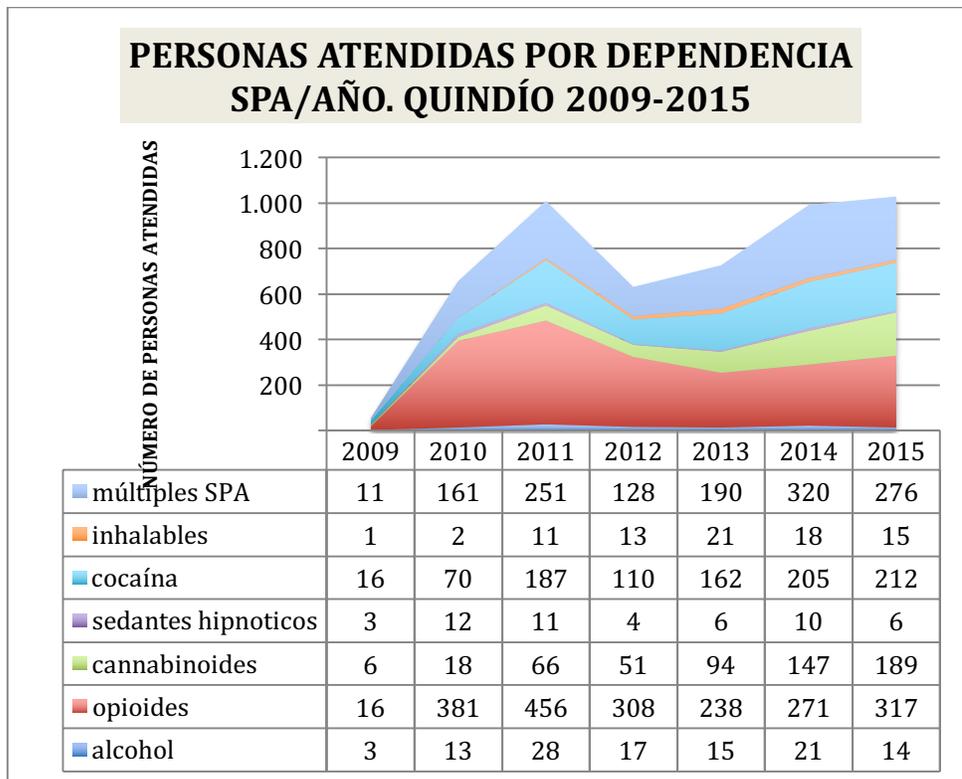
Gráfica 1. Mapa del departamento del Quindío y Armenia en Colombia. FUENTE: Tomado de https://www.google.com.co/search?q=mapa+politico+quindio&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjsII_InKreAhUDoVMKHbkMA3gQ_AUIDigB&biw=1093&bih=508&dpr=1.25#imgrc=WTcGKQSTWswAQM:

Acorde al último estudio de consumo de sustancias psicoactivas del país en 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), el Quindío se encuentra entre los 5 primeros lugares de mayor consumo de sustancias ilícitas con una prevalencia del último año de 6,8%, frente a una media nacional en 3,6% y es uno de los territorios priorizados en el país precisamente por el consumo

de heroína y presencia de uso inyectado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), además se reporta la presencia de comorbilidad como VIH y hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas (Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

Para atender a los pacientes con dependencia a opioides el departamento empezó el primer programa de mantenimiento con metadona en el 2008, en el Hospital Mental de Filandia (de la red pública) y se amplió progresivamente hasta tener 3 programas en 2012, de los cuales 2 pertenecen a la red pública, ubicados en el prestador primario y complementario y un tercer programa en la red privada, ubicado en un prestador complementario.

Siguiendo con la identificación del problema y de los pacientes con dependencia a opioides se realizó una revisión en la bodega de datos de SISPRO (gráfica 6) de los pacientes atendidos por dependencia por consumo de sustancias psicoactivas para los años 2009-2015, se observa un crecimiento sostenido del número de personas atendidas en los diferentes grupos de SPA, siendo los opioides el grupo de sustancias que genera la mayor solicitud de atención a los servicios de salud o de tratamiento con un crecimiento de 19 veces la población inicial en el transcurso de los 7 años. Esto también da cuenta de mayor cobertura de los pacientes en los programas, el último año reporta menos pacientes atendidos para el 2015 (317) que en los años 2010 y 2011 con 381 y 456 pacientes respectivamente (SISPRO, RIPS, 2009 – 2015).



Gráfica 2. Personas con dependencia por grupo de SPA. Quindío 2009 – 2015. Fuente:

Tomado de Bodega de datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2009 – 2015

El crecimiento en el uso de heroína y los comportamientos de riesgos para adquirir infecciones de transmisión sexual y sanguínea como la inyección de drogas el intercambio de material de inyección, el intercambio de sexo por dinero o droga ha sido reportado por diferentes actores² así mismo se menciona que la capacidad institucional para afrontar los problemas del consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos asociados a la adquisición de VIH (Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2011).

² Consumidores y ex consumidores de sustancias psicoactivas, personal de salud como profesionales de la medicina, psicología, y enfermería; funcionarios de la Policía Nacional, Secretaría de Salud, cárceles locales, investigadores locales médicos, psicólogos, enfermeros.

El comportamiento del consumo de heroína también ha sido descrito por los medios de comunicación, y uno de los primeros reportes periodísticos sobre el consumo de heroína en el país y en el departamento del Quindío lo realiza El Tiempo en el 2008 que le da voz al Hospital Mental de Filandia que en el 2005 registró el primer paciente atendido por dependencia por consumo de heroína y aumentaron a 127 casos en el 2007. (Suárez, Vallejo, & Díaz, 2008). En los siguientes años no se encuentra mención importante del fenómeno del consumo de heroína en el país o de los programas de mantenimiento con metadona, es hasta el año 2012 cuando se presenta un desabastecimiento nacional del medicamento que se vuelve nuevamente visible el tema³ (La crónica del Quindío, 2012), que se solucionó hasta el 20 de abril según lo reportado por el mismo medio. Frente al desabastecimiento los familiares refieren que tuvieron que acudir al mercado negro para acceder al medicamento ⁴ (La crónica del Quindío, 2012).

La Secretaría Departamental de Salud confirma que para el 2013, tienen garantizado el programa de mantenimiento con metadona a 156 personas, gracias a las gestiones administrativas de la entidad territorial (Gobernación del Quindío, 2013) y para el 2014 garantiza el suministro del medicamento a 3 instituciones donde funcionan los programas y en el servicio de urgencias, donde se estiman que acuden entre 300 y 400 pacientes (Gobernación del Quindío, 2014). En el 2015 el Ministerio de Justicia y del Derecho informa que a pesar de que la metadona está incluida en el POS, el tratamiento no siempre llega a las personas que lo necesitan ni de manera integral, por lo que ha requerido el apoyo con recursos y proyectos adicionales haciendo mención a un proyecto desarrollado en Cali (El Tiempo, 2015).

³ Para marzo 22 del 2012 se emitió un fallo de una tutela interpuesta por las instituciones prestadoras de servicios a usuarios de SPA, la Defensoría del Pueblo y el Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ) en la que ordenaba al Fondo Nacional de Estupefacientes garantizar el suministro de metadona en del departamento del Quindío con plazo máximo para resolver la situación hasta el 30 de marzo del 2012.

⁴ “para evitar un retroceso en su proceso de rehabilitación”, “Por estos días me tocó acudir al mercado negro para adquirir, a un alto costo, las dosis de metadona que requiere mi hijo para no recaer en la adicción a la heroína”. Frente a los costos y la cantidad de pacientes que requieren metadona el ISSQ reportó en ese momento “El suministro es para un mes con un costo de aproximadamente 80 millones de pesos. Esta metadona se va a distribuir entre 384 pacientes que están adscritos al programa”

Para el 2015, en Armenia, Luis Fernando Reyes representante de la veeduría⁵ vigías del café denuncia⁶ en Caracol Radio dificultades en el acceso a metadona que por la falta de contrato de la EPS Caprecom, sin embargo la autoridad sanitario aclaró que esta situación no se debe a desabastecimiento del medicamento (Radio Caracol, 2015).

Revisando la información disponible y contrastándolo con lo reportado en la bodega de datos SISPRO (RIPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, se hace evidente el crecimiento del fenómeno del consumo de heroína en el país, como en el departamento del Quindío, el abuso y la dependencia en especial en población joven. Otro aspecto importante y de interés en salud pública es el uso inyectado de drogas en una parte importante de la población que supone un mayor riesgo para infecciones como VIH, hepatitis B y C y muertes por sobredosis (Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

A pesar de las estrategias desarrolladas en el país para mejorar la cobertura, el ingreso de metadona en el POS y la ampliación de los programas de metadona, se registran francas barreras de acceso al tratamiento y a la disponibilidad del medicamento, lo que afecta en la calidad de la atención y se relaciona con peores resultados en salud. Esta situación supone un reto para la salud pública en generación de mayor demanda en atención integral y en la capacidad de respuesta territorial que incluya los componentes de promoción de la salud, prevención del consumo, tratamiento y reducción de riesgos y daños.

⁵ Es el mecanismo democrático de representación que le permite a las personas y a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades; administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público

⁶ “tenemos un problema muy grave porque la Metadona es un medicamento que es recetado para los consumidores de la heroína y desde hace un par de semanas no la están entregando como debe ser ...hemos denunciando este tema ante la defensoría del pueblo, la personería municipal y otros entes de control ya que se puede presentar un problema de salud pública”

4. ESTADO DEL ARTE.

El siguiente estado del arte fue construido mediante la búsqueda y revisión de estudios nacionales, investigaciones, tesis de grado y artículos científicos disponibles en internet, producidos en los últimos 10 años en Colombia y países de América, se incluyeron algunos estudios de años anteriores debido a su relevancia en el tema.

Se abordaron 3 grandes temas, relacionados con la situación de consumo de SPA y opioides en el mundo, el acceso a servicios de tratamiento enfocados en los programas de mantenimiento con metadona y las características de los usuarios de drogas, en especial de heroína, acorde a los hallazgos fueron clasificados acordes a su pertinencia.

El fenómeno del consumo de SPA en el mundo y en el país ha sido abordado y descrito por varias organizaciones, desde diferentes enfoques, que dan cuenta del aumento del consumo, de las afectaciones en la salud y de las barreras de acceso a los servicios. A continuación se presentan los principales hallazgos desde el contexto internacional para aterrizarlo a lo nacional.

En el mundo.

De acuerdo con el Último Informe Mundial de Drogas realizado en el 2018 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) el fenómeno de las drogas es de gran magnitud y complejidad y las consecuencias adversas para la salud del consumo de drogas ilícitas y el aumento de las muertes relacionadas con las drogas van en aumento lo cual es motivo de preocupación a nivel mundial, el acceso a tratamiento se mantiene limitado y solo 1 de cada 6 personas recibió tratamiento en 2016; se requiere especial esfuerzo en implementar estrategias de prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños asociados al consumo y la implicaciones sociales y económicas de este asunto.

Para el 2016, alrededor de 275 millones de personas⁷ en todo el mundo, consumieron sustancias psicoactivas en alguna ocasión, de los cuales cerca de 31 millones sufren de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; la sustancia más consumida es el cannabis y la que genera el mayor impacto en salud pública son los opioides y fueron responsables del 76% de las muertes relacionadas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, además las personas que se inyectan drogas son las que enfrentan mayores riesgos para la salud y equivalen a unos 10,6 millones en el mundo, de los cuales más de la mitad de esas personas viven con la hepatitis C, y una de cada ocho vive con el VIH. (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

Un aporte importante en la identificación de poblaciones especiales lo realiza la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que define a un grupo de usuarios con alto riesgo de adquirir o transmitir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, denominado Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR) y los criterios para incluirlo en esta población son: que sea un inyector reciente de drogas o un consumidor reciente y frecuente de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

En cuanto al consumo de heroína en las Américas, este se creía restringido a Norteamérica, Canadá y México, sin embargo esta situación ha cambiado en la última década y actualmente República Dominicana, Colombia y Venezuela reportan consumo de heroína y conductas de riesgo e inyección de drogas en más de la mitad de los casos refiriendo también dificultad con el acceso y oferta de tratamientos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD; Organización de los Estados Americanos OEA, 2015).

Los anteriores estudios dan cuenta que el consumo de SPA ha aumentado progresivamente tanto en la cantidad de personas como en el número de países. Así mismo, se evidencia como la

⁷ Aproximadamente el 5,6% de la población mundial entre los 15 y los 64 años de edad.

salud ha sido afectada como consecuencia del consumo problemático, especialmente por el uso de heroína por la vía inyectada, además presentándose dificultades para estos usuarios en el momento del acceso a los servicios de salud que prestan el tratamiento. Éste es un aspecto importante para los usuarios de opioides, al no tener acceso o por el mismo retraso al ingreso a dicho servicio, afecta a los consumidores problemáticos por la susceptibilidad de aumentar los riesgos de detención, de enfermedades infecciosas como el VIH o muertes por sobredosis u otros problemas de salud física y mental.

Para el tratamiento de la dependencia a opioides se desarrollaron los programas de mantenimiento o sustitución con medicamentos (opioides), inicialmente se contaba con la ayuda del levacetilmetadol. Posteriormente se incluyeron nuevos medicamentos que producían menos efectos adversos como metadona, la cual se encuentra en el listado de medicamentos esenciales de la OMS (World Health Organization, 2015)

El tratamiento de sustitución o mantenimiento con metadona incluye intervenciones psicosociales con metas establecidas acordadas con el paciente (no necesariamente de abstinencia) y es el más ampliamente utilizado en el mundo desde finales de la década de los sesenta para el manejo de la dependencia por opioides y diversos autores e instituciones como la OMS, OEA, NIDA, CENSIDA dan cuenta de los beneficios de los programas de metadona con relación a la adherencia al tratamiento, la disminución de conductas de riesgo de transmisión de VIH, la muerte por sobredosis en los usuarios de drogas intravenosa, disminución de uso de opioides ilegales y conductas delictivas. Así mismo, dan cuenta de menores costos (100 veces) con relación a los costos sanitarios y sociales de no atenderla problemática. (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA, 2008) (National Institute of Drug Abuse; National Institutes of Health, 2010) (Organización de los Estados Americanos , 2013) (World Health Organization, 2004) (World Health Organization , 2009) (Souza, 2007)

Para el caso de Norteamérica, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration- SAMHSA* , la agencia que lidera los asuntos de salud mental y trastornos por consumo de SPA, reporta que actualmente existen más de 1500 programas de mantenimiento con opioides (SAMHSA) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016) y aun con esta oferta de servicios de tratamiento, autores como Gryczynski y Petersen han descrito la existencia de listas de espera y retrasos en la admisión a tratamiento derivado del déficit de la capacidad de los programas, y en especial con situaciones administrativas y la capacidad de pago o la fuente de financiación de las personas (34,4% de los ingresos a tratamiento con metadona en pacientes ambulatorios experimentaron un retraso en la entrada al tratamiento) (Gryczynski, Schwartz, Salkever, & Mitchell, 2011) durante el 2014 a pesar que desde el año 2002 la Food and Drug Administration -FDA aprobara el uso de otro medicamento para el tratamiento y se reconoce que se desconoce información de las características de las personas que solicitaron tratamiento pero no lo recibieron (Services, 2016)

Para el caso canadiense, desde hace más de una década existen manuales de buenas prácticas para los programas de mantenimiento con metadona desarrollados por el respectivo Ministerio de Salud y reconoce aspectos que afectan el acceso a los servicios dentro de los cuales se destaca la falta de acceso a zonas remotas o rurales, la falta de disponibilidad de profesionales entrenados y que prescriban el medicamento, barreras actitudinales, de carencia de oferta de tratamiento y carencia en el trabajo de alcance (Outreach) además reconoce que la población que menos accede a tratamiento son los jóvenes, mujeres, policonsumidores, habitantes de calle (Homeless) personas que viven con HIV, hepatitis C y personas que viven en áreas rurales entre otras (Health Canada, 2002).

En Canadá se observaron grandes incrementos en el acceso al tratamiento en años posteriores a la implementación de los programas de metadona Office-Based Opioid addiction Treatment - OBOT y en lo que para el caso colombiano corresponde a la atención primaria en salud, permitió disminuir estigma, mejorar el acceso y dar atención integral a los usuarios de opioides (American Society of Addiction Medicine., ASAM, 2005) en 1996 en Columbia Británica el número de pacientes que recibieron metadona paso de 2.800 en 1996 a 13.000 en 2012, en Ontario el aumento fue de 700 a casi 30.000.

En Colombia.

El informe final del “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia -2013” (UNODC, 2014) expone que Colombia es un país consumidor tanto de sustancias legales: tabaco-cigarrillo y alcohol y de ilegales (marihuana, cocaína y heroína); este cambio ha modificado las dinámicas sociales generando afectaciones en el desarrollo social y humano, relacionados con violencia, inequidad, pobreza y exclusión. Algunas de las personas que usan SPA presentan comportamientos de riesgos que generan afectaciones para su salud. Esta situación está generando cambios en la política y normas del país en el asunto de las drogas y estableció que el consumo es un problema social y de salud pública prioritario.

Para el 2007 se creó la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, esta definió tres enfoques fundamentales: 1) protección social, 2) reducción de la demanda y 3) promoción de la salud (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2007). Posteriormente se han desarrollado otras normas y leyes orientadas a garantizar el derecho a la salud de los usuarios de drogas, como la Ley 1566 de 2012 que considera que el consumo, abuso y dependencia de SPA, es un asunto de salud pública y que el abuso y la dependencia deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención por el Estado. En el 2014 se definió el Plan Nacional Para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, que incluyó los componentes para un abordaje integral al asunto de las drogas, sin embargo, el acceso a servicios de tratamiento sigue siendo limitado. En el país, según la ley el acceso a la salud, es un derecho fundamental, particularmente protegido en los grupos vulnerables y con mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso (Henaó Hidrón, 1991) y es corroborado por la Ley Estatutaria en Salud - Ley 1751 de 2015 y la Ley 1753 de 2015 o Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un Nuevo País”, donde define la salud como un derecho humano fundamental.

Para garantizar dicho acceso a la salud, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se han desarrollado diferentes estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud y a mejorar la cobertura bajo el principio de equidad y estrategias para mejorar la

promoción de la salud pública y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.⁸(Ministerio de salud y Protección Social República de Colombia., 2012). Además, avanza en desarrollar la Atención Primaria en Salud como plataforma operativa de las acciones en salud como estrategia para minimizar las barreras de acceso, reducir las brechas en la atención y acoger las acciones y recomendaciones de la OMS/OPS.

Dentro de los avances relacionados con la atención a pacientes con dependencia a opioides se encuentra la inclusión de metadona en tabletas de 40 mg en el Plan Obligatorio de Salud desde el 2011 (República de Colombia, Comisión de Regulación en Salud, 2011) y más recientemente la construcción de la Ruta de Atención Integral a Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas y avances en el proceso de construcción de un modelo de tratamiento. El Decreto 2353 de 2015 (o decreto de afiliación) mejoran el acceso, la continuidad e integralidad de los servicios de salud y la resolución 1328 de 2016 de Eliminación de los Comités Técnico Científicos (CTC) para el acceso a medicamentos y servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2016).

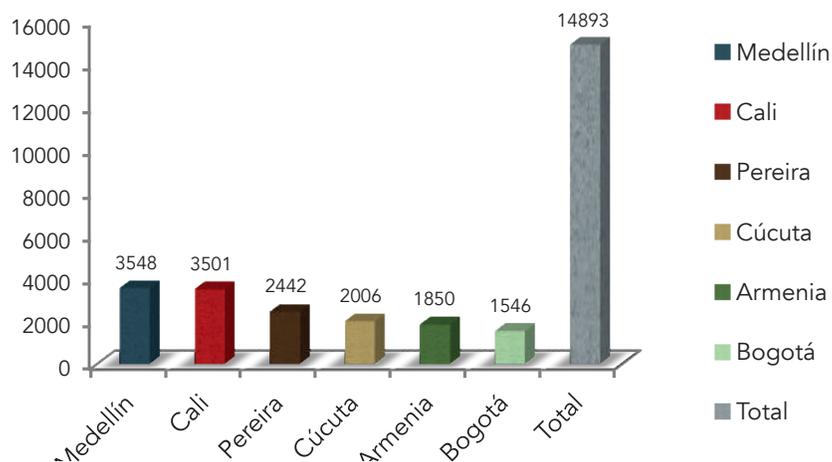
El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reporta que con la ampliación del Plan Obligatorio de Salud ordenada por el Acuerdo 029 de 2011 y la expedición de la Ley 1566 de 2012 se generó un incremento de 150% en el 2012, en las atenciones y servicios prestados por el sistema de salud a los consumidores de Sustancias Psicoactivas - SPA, con respecto a los indicadores registrados en 2009, 2010 y 2011 y menciona como la evidencia científica ha mostrado que la limitación en el acceso a los servicios de tratamiento, contribuye a volver crónico el consumo y a la multiplicación de problemas como el riesgo de muerte por sobredosis e ITS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

⁸ Como el diagnóstico y abordaje específico por territorio de las barreras de acceso a la atención en salud a gestantes, mujeres lactantes, niñas, niños y adolescentes y la gestión intersectorial para superar las barreras de acceso a la atención en salud en el territorio.

Desde julio de 2012, la unificación del plan de beneficios permitió a los 22,6 millones de colombianos del régimen subsidiado acceder a mejores tratamientos y tecnologías que antes solo estaban disponibles en el régimen contributivo. Para el año 2015-2016 se refieren a nuevos avances para la atención en los servicios de salud como actualización en los planes de beneficio, la cobertura universal del 97% de la población que equivale a cerca de 47 millones de habitantes.

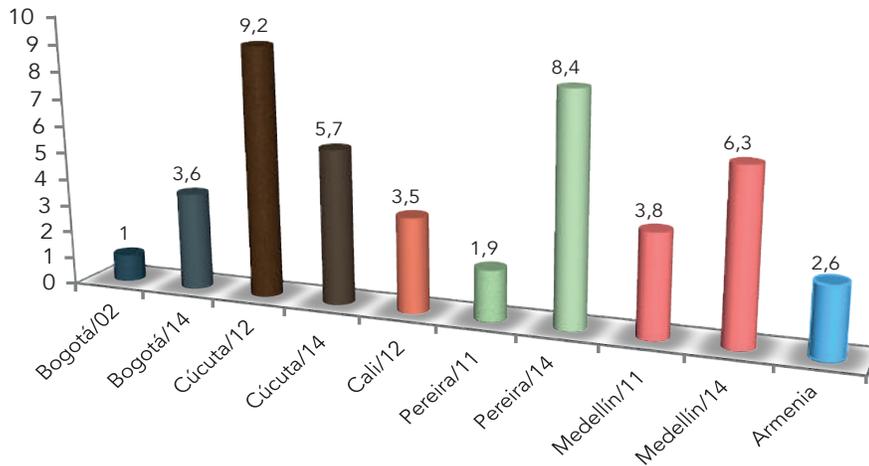
Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en cobertura y acceso a servicios de salud según el informe hecho por el Sector Administrativo de Salud y Protección Social (2012-2016), la población usuaria de drogas continúa teniendo percepción negativa de los servicios de salud, relacionados el trato, la cualificación de los equipos de salud y de las instituciones que realizan atención junto con estigma y discriminación conforman características de servicios de salud inadecuado e insuficientes que componen barreras y limitaciones para acceder a los servicios de salud o de tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de drogas (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

Además de las situaciones mencionadas que no favorecen el acceso, otro aspecto que demanda una respuesta más robusta de las instituciones y sus servicios de salud es el crecimiento de la población de personas con dependencia a opioides con uso por vía inyectada (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015). En el 2015 se estimó que alrededor de 15000 personas se inyectan drogas en 6 ciudades del país. Medellín tiene la red más grande con 3548 personas. La ciudad de Armenia aporta 1850 PID, a continuación, la respectiva gráfica.

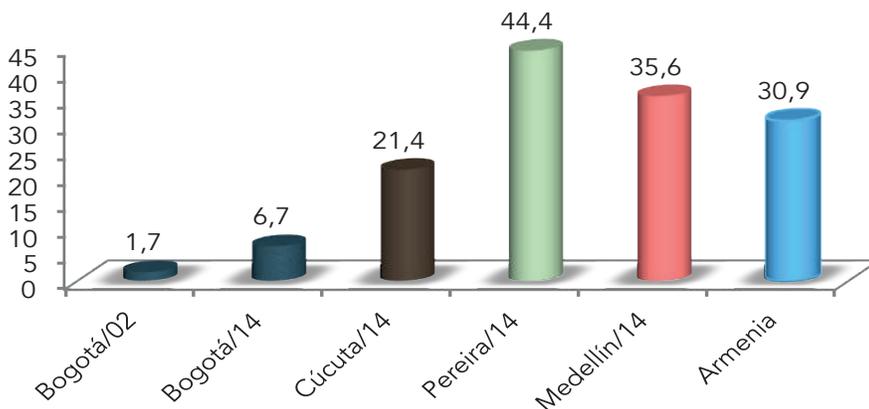


Gráfica 3. Estimación del tamaño de las redes de personas que se inyectan drogas en 6 ciudades del país. Fuente: Tomado de Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015), La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá DC.: ODC.

Los estudios de esta población reportan también la afectación en salud como epidemias por HIV y hepatitis C, propias de técnicas de inyección riesgosa asociada al no acceso de jeringas estériles ni material higiénico complementario; en el gráfico 2 y 3 aparecen las prevalencias reportadas en PID en los diferentes estudios nacionales realizados entre el 2002 y el 2014.



Gráfica 4. Prevalencia de HIV entre personas que se inyectan drogas en diversos estudios nacionales entre 2002 y 2014. Fuente: Tomado de 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. Bogotá DC.: ODC.



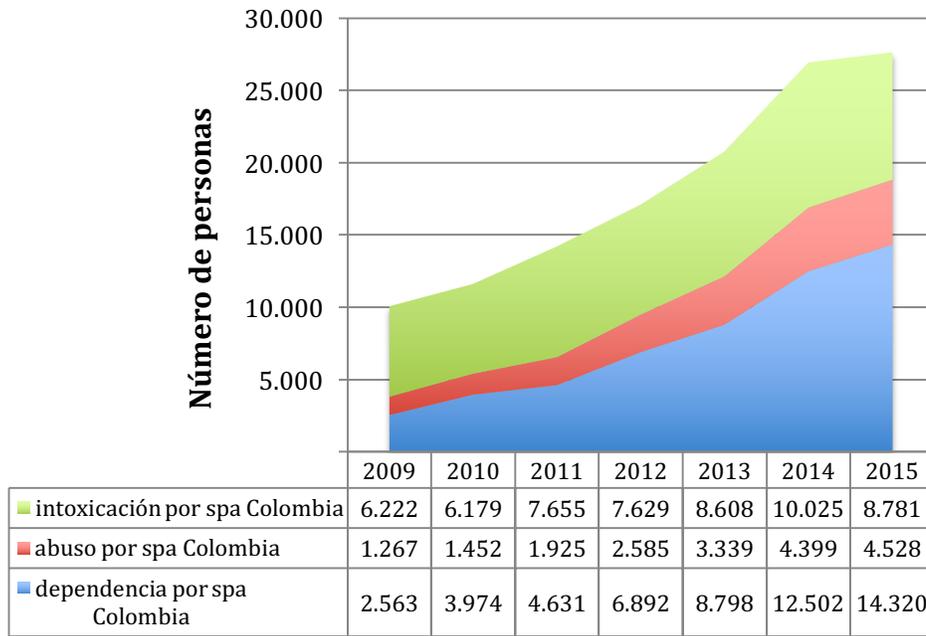
Gráfica 5. Prevalencia de hepatitis C entre personas que se inyectan drogas 2002 y

2014. Fuente: Tomado de 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. Bogotá DC.: ODC.

Otra de las fuentes de información para realizar el seguimiento al consumo problemático de SPA es la base de datos de SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) del Ministerio de Salud y Protección Social, que cuenta con información desde el 2009 y consolida los registros de los diagnósticos obtenidos en las atenciones médicas y se codifican de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR, donde queda en evidencia que la intoxicación, el abuso y la dependencia por opioides son considerados como enfermedades y por ende tiene un diagnóstico que requiere manejo médico para evitar muerte por paro respiratorio causado por la intoxicación. Es considerado abuso de opioides al consumo de menos de un año de duración sin presencia de tolerancia ni síndrome de abstinencia. La dependencia al opioide es considerada como enfermedad crónica cuando el usuario lleva más de un año consumiendo y presenta tolerancia a la sustancia con aparición de síntomas físicos y psicológicos.

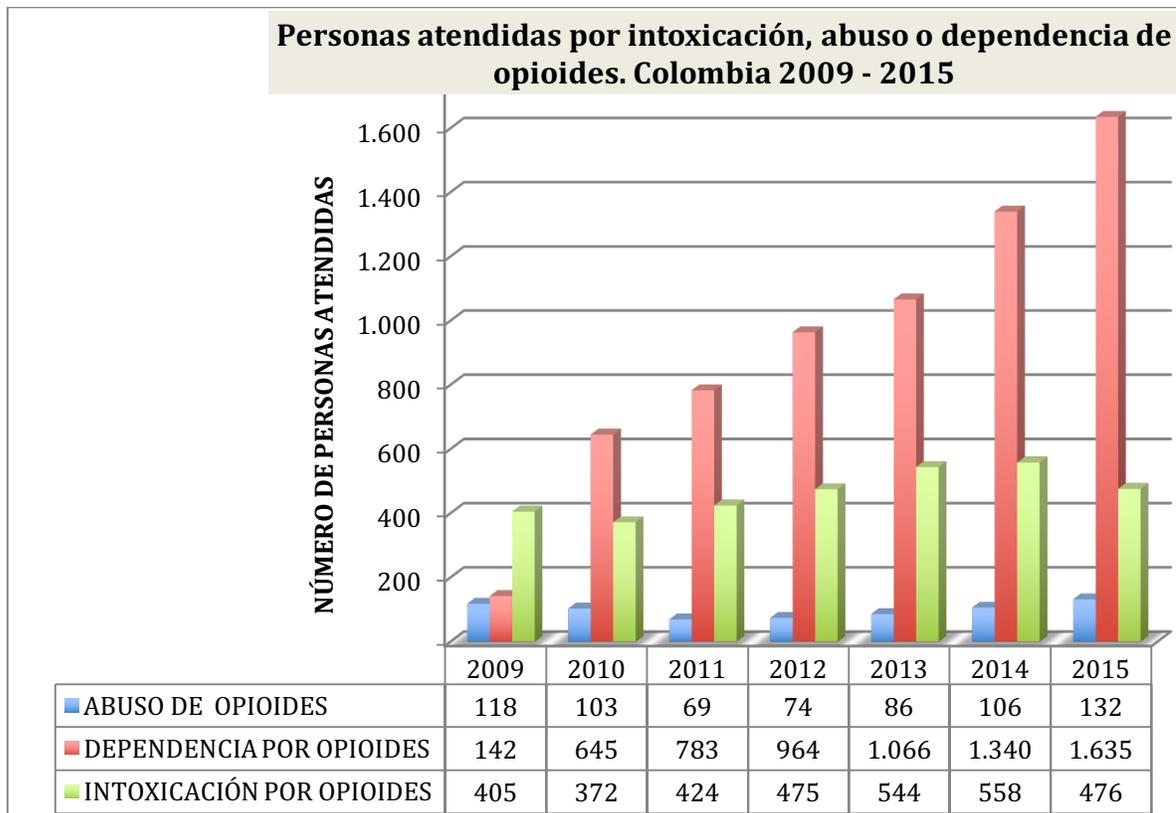
Según datos del SISPRO reporta que durante el periodo 2009 a 2015 el comportamiento de los tres trastornos está relacionado al consumo de las SPA. En los últimos 7 años reporta un aumento en el número de personas atendidas, lo que podría corroborar el incremento del consumo de SPA y podría indicar un aumento en la capacidad de atención en las instituciones. El aumento del número de pacientes atendidos corresponde a 2,7 veces la población inicial y el crecimiento ha sido a expensas de las personas que reúnen criterios diagnósticos para dependencia (crecimiento de 5,6 veces la población inicial)

Personas atendidas por abuso, dependencia, intoxicación para cualquier SPA. RIPS 2009-2015



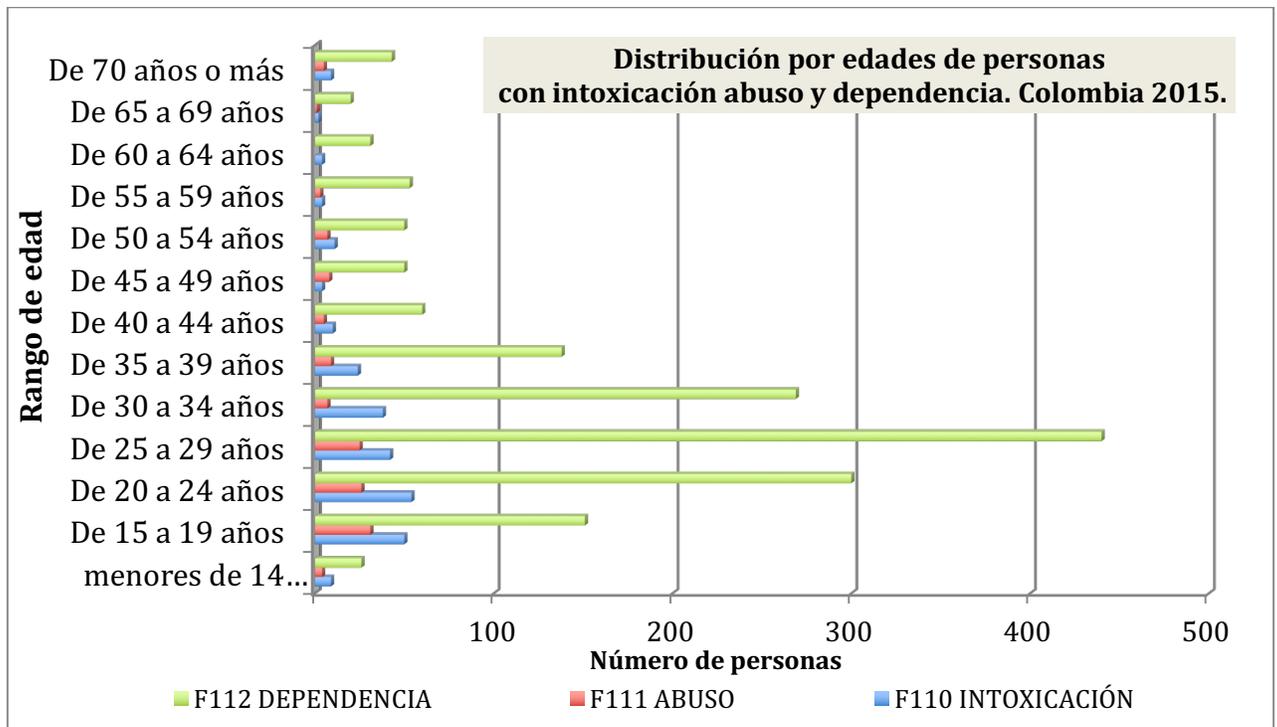
Gráfica 6. Personas atendidas por intoxicación, abuso o dependencia de cualquier sustancia. Colombia 2009 – 2015. Fuente: Tomado de Bodega de datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2009 – 2015 (A partir del reporte realizado por las EPS al ministerio)

En la siguiente gráfica se puede observar el crecimiento para los trastornos por consumo de opioides en el país con un aumento de 11,5 veces la población inicial en el transcurso de 7 años. Los casos de sobredosis fueron en aumento y el abuso se ha mantenido estable en el tiempo.



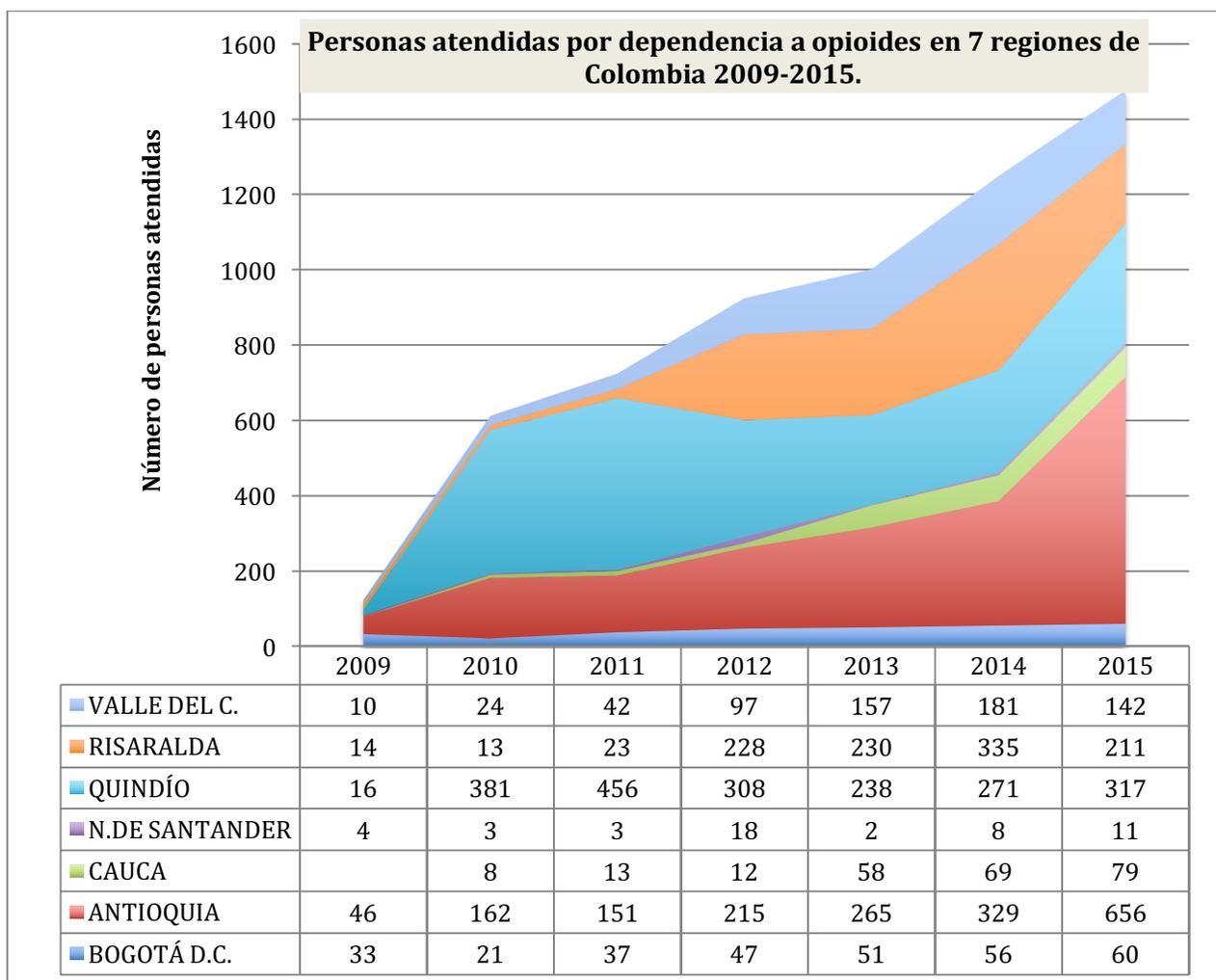
Gráfica 7. Personas atendidas por intoxicación, abuso o dependencia por consumo de opioides. Colombia 2009 – 2015. Fuente: Tomado de Bodega de datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2009 – 2015 (A partir del reporte realizado por las EPS al ministerio)

A continuación se presenta la distribución por edad de los mismos trastornos (intoxicación, abuso y dependencia por opioides) para Colombia en el 2015, el rango de la población con más casos de dependencia es entre los 25 a 29 años (440 personas), seguido del grupo entre los 20 a 24 años (300 personas). También se puede observar que la sobredosis se da en personas jóvenes de 20 a 24 años (54 personas), seguido de los de 15 a 19 años (50 personas). Para abuso, se encuentra mayor población entre los 15 y 19 años. Es importante anotar que es la población joven la que más personas aportan al grupo de abuso, dependencia e intoxicación.



Gráfica 8. Distribución por rango de edad para intoxicación, abuso o dependencia de opioides. Colombia 2010 – 2015. Fuente: Tomado de Bodega de datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2010 – 2015 (A partir del reporte realizado por las EPS al ministerio)

Se observa como el fenómeno de la dependencia por consumo de opioides y su registro crece en todas las regiones priorizadas, el Quindío siempre ha presentado cifras elevadas de pacientes con dependencia y crece de manera más discreta. El territorio que presenta mayor reporte en el crecimiento de personas con diagnóstico de dependencia es Antioquia y los territorios que presentan menos reportes son Norte de Santander, Bogotá y Cauca; lo cual puede estar relacionado con múltiples fenómenos, entre ellos el subregistro. Éste explica por qué la oferta de servicios de atención para el manejo de la dependencia y del síndrome de abstinencia con metadona es limitada en los territorios mencionados, y hace que los pacientes no se acerquen a los servicios de salud, en contraste con el aumento de las regiones donde hay mayor disponibilidad del tratamiento y por tanto consumos



Gráfica 9. Personas con dependencia por opioides en 7 regiones priorizadas del país.

Colombia 2019 – 2015. Fuente: Tomado de Bodega de datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2010 – 2015 (A partir del reporte realizado por las EPS al ministerio)

Tanto el número de consumidores como la diversidad de sustancias psicoactivas⁹ ha crecido progresivamente acorde a los estudios nacionales disponibles. En 1996 la población general registró un 6,5% de uso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y ascendió para el 2008 a 9,1% y a 13% en el 2013. El uso de SPA del último año también aumentó, con un reporte inicial en 1996 del 1,6%, para el 2008 fue 2,7% y para el 2013 un 3,6%. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia., 2014)

⁹ Se han identificado al menos 36 sustancias disponibles que incluyen 2CB y metanfetaminas.

El último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho (2013), reporta efectos negativos del consumo, que afectan la salud pública y la seguridad. Aproximadamente 2,6 millones de personas tendrían un patrón de consumo riesgoso de alcohol, es decir 35% de los consumidores. Igualmente, se estimó que habría cerca de 484.000 personas con problemas de abuso o dependencia a sustancias ilegales. Esto corresponde al 58% de quienes usaron drogas en el último año y al 15% de quienes usaron sustancias alguna vez en la vida (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Drogas de Colombia, 2014). Esto quiere decir que a pesar que son menos las personas que consumen SPA ilegalmente, son ellos los que presentan mayor afectación en la salud.

El uso de heroína también ha sido registrado en el estudio nacional de consumo del 2008, fue confirmado en el estudio de 2013 y reportó que 37.863 personas habían consumido alguna vez en la vida (prevalencia de 0,1), 7011 en el último año y 3592 en el último mes, es importante aclarar que por las características de este estudio realizado directamente en hogares, tiene limitación para captar usuarios de opioides e inhalables por su característica clandestinidad y vulnerabilidad social, los territorios identificados son Bogotá D.C., Cali, Santander de Quilichao, Cúcuta, Medellín, Armenia y Pereira (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Drogas de Colombia, 2014; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia., 2014).

Un estudio lo realizó Ministerio de la Protección Social y *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) en Bogotá y Medellín (2010) con el objetivo de caracterizar a la población usuaria de heroína, las dinámicas del consumo y la atención a los usuarios de esta droga. Este estudio documenta un predominio de los hombres en el consumo de heroína, con edades entre los 17 y 30 años de edad (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2010).

Siguiendo con estudios nacionales, en el 2011 el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas realizó un estudio con consumidores de alto riesgo (de contraer y transmitir ITS) en Armenia y Medellín con el objetivo de identificar las características sociodemográficas y los factores de vulnerabilidad al VIH asociadas a las prácticas de consumo. Se logró determinar que las edades oscilaban entre los 16 y 45 años con

prácticas de consumo riesgoso¹⁰, con relación a los servicios de salud y de tratamiento estos habían sido utilizados en repetidas ocasiones, con percepción de mal trato al interior de estas instituciones en algunos casos (Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, República de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2011). Este estudio aporta en la identificación de la población de PID y de algunos de sus comportamientos, pero no alcanza a definir los perfiles y sus necesidades, incluidas las de atención en salud.

La Federación Internacional De Universidades Católicas (FIUC) hace una síntesis de los estudios en drogodependencias realizados en 5 países de Latinoamérica (2008), donde puntualmente para Colombia revisaron las conclusiones de 92 estudios, que se clasificaron en 5 categorías: estudios sobre 1) dimensiones subjetivas, 2) aspectos clínicos, 3) situaciones asociadas con el consumo, 4) estudios epidemiológicos y 5) estudios con recomendaciones para investigaciones futuras. Como elementos comunes a los 5 países menciona que el más utilizado de los marcos teóricos son las representaciones sociales. Otros aspectos que deben ser tenidos en cuenta es la subjetividad del usuario de drogas y la capacidad de resiliencia de los sujetos (Federación Internacional De Universidades Católicas, (FIUC), 2008).

Algunos estudios abordan los servicios de tratamiento disponible para los trastornos por consumo de SPA en Colombia, como el caso de Hernández (2010) quien reporta una insuficiente oferta de servicios de tratamiento así como escasa formación en adicciones y la existencia de pocos programas de mantenimiento con metadona para realizar tratamientos adecuados (Hernández, 2010). Dos años después Hernández, Zapata y Giraldo reportaron en el estudio de “Tratamiento de sustitución con Metadona para la adicción a la Heroína: evaluación de un programa en Colombia” refieren que “El 74% de la muestra son hombres y 26% mujeres, con edad media 22 años (64% pertenece al grupo 20-24 años). La edad de inicio en el consumo de heroína es 18 años (rango entre 13 y 28). En el 38% (19 de 50) se encontró comorbilidad con otros trastornos mentales, siendo el 47% trastornos de personalidad.” (Zapata, 2012).

¹⁰ Como reutilizar y compartir las jeringas para la inyección, policonsumo de drogas, consumo en escenarios aislados como en los baños o en espacios públicos como parques u “ollas” (sitios de expendio y consumo de drogas), sin medidas de higiene o de inyección de menos riesgo. Frente a prácticas y riesgos sexuales mencionan múltiples parejas sexuales y utilización ocasional de preservativo, intercambio de sexo por dinero o droga, y sexo bajo efectos de sustancias psicoactivas.

En el 2013, en un informe de UNODC para “El Fortalecimiento Nacional Para La Reducción Del Consumo de Drogas” informa que existen situaciones como la negación de la prestación de servicios de salud, continuidad del tratamiento, insumos y medicamentos, atenciones integrales que han requerido la elaboración de derechos de petición y tutelas para solicitar tratamiento, situación que se considera anormal ya que como se ha mencionado tanto el tratamiento como el medicamento están incluidos en el plan de beneficios en salud (Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito, 2013).

En el 2014, el MSPS concluyó un estudio (sin publicar) de los PMM disponibles en 7 ciudades del país, identifican 538 pacientes en tratamiento y algunos programas reportan que no tienen pacientes. Entre estas 7 ciudades se incluyó un programa de la ciudad de Armenia.

Se reporta que la financiación de los programas es, en el 68% de los casos, asumida por las aseguradoras, un 26.3% pagos particulares, y un 19.4 % por la entidad territorial. La mayoría de los usuarios activos 69.3%, son del régimen subsidiado, seguido por el grupo de los particulares 29%, régimen contributivo 17.6% y población pobre no asegurada (PPNA) 11.3%. La mayoría de estos programas son de mediana complejidad¹¹, (República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) funcionan con equipos multidisciplinarios y algunos (16,7%) realizan búsqueda de pacientes en la comunidad para tratamiento¹². En cuanto a la adherencia al tratamiento se mencionan las dosis de metadona utilizadas en los programas que oscilan en un amplio rango y en algunos con dosis sub terapéuticas¹³ y se describen otros aspectos que también inciden como las dificultades administrativas, recaídas y la falta de metadona o el costo de desplazamiento.

Las principales barreras de acceso descritas son la falta de articulación con la atención primaria en salud, la claridad de las rutas de acceso y el desconocimiento por parte de la comunidad. Con relación a las rutas de acceso más del 40% de los participantes refieren que las

¹¹ De acuerdo a la resolución 2003 de 2014 son servicios de tratamiento y rehabilitación ambulatorios y que requieren manejo “manejo psiquiátrico ambulatorio o manejo farmacológico con medicación diaria que se suministra en el servicio (como la metadona) ”

¹² Los equipos están conformados en el 100% por psicología y psiquiatría, el 91,7% incluyen terapia ocupacional, trabajo social y enfermería, y realizan detección de otras patologías incluyen VIH, Hepatitis B y C y BK para tuberculosis Resolución 2013 de 2014

¹³ Las dosis oscilan en los programas desde dosis inferiores a 40mg/día hasta dosis superiores a 80 mg/día, que son adecuadas para el manejo del síndrome de abstinencia, el promedio de adherencia al tratamiento en los programas es de 44.7% y los rangos varían entre el 5% y el 87%. (Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. 2014)

ordenes de tratamiento tenían retraso, había falta de claridad de la cobertura del tratamiento o negación del servicio y los prejuicios por parte del gremio médico (República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2014).

Otro reporte de barreras de acceso lo evidencia la Corporación Acción Técnica Social en el documento “Implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados con consumo de drogas por vía inyectada en Medellín y su área metropolitana” donde una de las estrategias está enfocada en la reducción de riesgos y daños para personas que se inyectan drogas. Sin embargo, dicho documento toma la voz de los usuarios, manifestando que “En algunos casos se expresa malestar por las barreras de acceso al tratamiento, el tiempo que toma entrar al mismo, las tutelas que deben interponer para gozar de su derechos al tratamiento por parte de actores del sistema de salud y los costos adicionales que deben pagar” (Acción Técnica Social (ATS), 2016).

Un estudio más reciente de “Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao” realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho (2016) en Santander de Quilichao- Cauca, menciona que la mayoría de los usuarios son hombres (90%), viven de la informalidad (65%) en las que se incluyen actividades delictivas y prostitución. Son policonsumidores entre las que se encuentran el bazuco y la marihuana, su edad media es de 27.9 años y también manifiestan ser víctimas de estigma y discriminación. Las barreras de acceso que mencionan están relacionadas con limitación en la duración del tratamiento (90 días) y otras barreras como las administrativas por parte de las EPS que no han sido especificadas en el estudio. (ATS, 2016).

Estas barreras han sido exploradas sin mayor profundidad en diferentes estudios nacionales como los del Ministerio de la Protección Social (2011) del Ministerio de Justicia y del Derecho (2015), y lo reportado por la Organización No Gubernamental ATS (2015) donde refieren situaciones de prestación de servicios de mala calidad o dificultades para acceder a servicios de salud en general, servicios de tratamientos para trastornos por consumo de drogas y evitar el uso de servicios de salud por temor a la policía. Por tanto, la atención a los pacientes reviste retos importantes en la capacidad de responder de manera efectiva a las necesidades en los diferentes territorios, los cuales no siempre tienen alternativas de atención a problemas relacionados con el

consumo de SPA y donde muchos de los centros existentes aún no han habilitado sus servicios (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

En resumen, en el país, los estudios cada vez hacen más visible la problemática de salud relacionada con el consumo de SPA, las investigaciones en la última década han servido para corroborar la existencia de las sustancias psicoactivas y han permitido obtener información sobre patrones de consumo y las sustancias más utilizadas. Sin embargo, no incluyen de manera suficiente temas relacionados con las barreras de acceso a servicios de atención para los trastornos por consumo de SPA, en especial de los PMM y la percepción que tienen los pacientes frente a los programas.

Por esta situación, es pertinente abordar el tema más amplia y profundamente sobre las barreras de acceso que se presentan pero que aún no han sido descritas, tratando de llenar el vacío de información en los temas no abordados.

En cuanto a la adherencia al tratamiento se mencionan las dosis de metadona utilizadas en los programas que oscilan en un amplio rango y en algunos con dosis sub terapéuticas¹⁴ y se describen otros aspectos que también inciden como las dificultades administrativas, recaídas y la falta de metadona o el costo de desplazamiento.

Las principales barreras de acceso descritas son la falta de articulación con la atención primaria en salud, la claridad de las rutas de acceso y el desconocimiento por parte de la comunidad. Con relación a las rutas de acceso más del 40% de los participantes refieren que las ordenes de tratamiento tenían retraso, había falta de claridad de la cobertura del tratamiento o negación del servicio y los prejuicios por parte del gremio médico (República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2014).

Otro reporte de barreras de acceso lo realiza la Corporación Acción Técnica Social en el documento “Implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados con consumo de drogas por vía inyectada en Medellín y su área metropolitana” donde una de las estrategias está enfocada en la reducción de riesgos y daños para personas que se inyectan

¹⁴ Las dosis oscilan en los programas desde dosis inferiores a 40mg/día hasta dosis superiores a 80 mg/día, que son adecuadas para el manejo del síndrome de abstinencia, el promedio de adherencia al tratamiento en los programas es de 44.7% y los rangos varían entre el 5% y el 87%. (Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. 2014)

drogas. Sin embargo, dicho documento toma la voz de los usuarios, manifestando que “En algunos casos se expresa malestar por las barreras de acceso al tratamiento, el tiempo que toma entrar al mismo, las tutelas que deben interponer para gozar de su derechos al tratamiento por parte de actores del sistema de salud y los costos adicionales que deben pagar” (Acción Técnica Social (ATS), 2016).

En el documento “Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao” realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho (2016) en Santander de Quilichao- Cauca, menciona que la mayoría de los usuarios son hombres (90%), viven de la informalidad (65%) en las que se incluyen actividades delictivas y prostitución. Son policonsumidores, consumen sustancias como el bazuco y la marihuana, su edad media es de 27.9 años y también manifiestan ser víctimas de estigma y discriminación. Las barreras de acceso que mencionan están relacionadas con limitación en la duración del tratamiento (90 días) y otras barreras como las administrativas por parte de las EPS que no han sido especificadas en el estudio (ATS, 2016)

Estas barreras han sido exploradas sin mayor profundidad en diferentes estudios nacionales como los del Ministerio de la Protección Social (2011) del Ministerio de Justicia y del Derecho (2015), y lo reportado por la Organización No Gubernamental ATS (2015) donde refieren situaciones de prestación de servicios de mala calidad o dificultades para acceder a servicios de salud en general, servicios de tratamientos para trastornos por consumo de drogas y evitar el uso de servicios de salud por temor a la policía.

Por tanto, la atención a los pacientes reviste retos importantes en la capacidad de responder de manera efectiva a las necesidades en los diferentes territorios, los cuales no siempre tienen alternativas de atención a problemas relacionados con el consumo de SPA y donde muchos de los centros existentes aún no han habilitado sus servicios. (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

5. MARCO TEÓRICO.

El abordaje de la dinámica Salud/Enfermedad en las personas y la búsqueda del restablecimiento del “equilibrio” y de la salud, ha suscitado diversas explicaciones; una de ellas, propuesta por el salubrista e investigador argentino Eduardo Menéndez, incluye un tercer elemento, externo, la “atención”, como desarrollo universal e histórico para resolver o dinamizar este proceso mediante servicios de salud (Menéndez, 1994). Esta explicación arroja elementos interesantes que aportan a la comprensión del fenómeno que ocurre en Colombia, tema de esta investigación.

Esta necesidad de restablecer un estado de salud genera dos actores principales que interactúan continuamente, el usuario o paciente, receptor de una intervención o acción orientada a restaurar la salud y un agente o prestador del servicio, con las capacidades científico-técnicas para resolver procesos de enfermedad. Sin embargo, para el funcionamiento y el acceso a dichos servicios de salud se deben tener en cuenta otros múltiples elementos como políticas, leyes, la economía paradigmas médicos, los valores culturales y la problemática social.

El proceso de atención o prestación de servicios de salud ha sido revisado por Rossi, Pawlowics y Singh (Rossi, 2007) en Buenos Aires han logrado identificar múltiples elementos que evitan o impiden la utilización efectiva de estos servicios.

Desde la psicología también se aborda el tema de accesibilidad como lo detalla el artículo “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” siendo uno de esos elementos claves donde los autores retoman la definición de Stolkiner “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Comes, 2007) como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, es un concepto que abarca el acceso inicial pero también la atención y el tratamiento como un proceso único o de accesibilidad ampliada que cubriría todo el proceso de atención; dentro de las barreras identificadas se encuentran:

Geográficas: entendidas como las distancias o las dificultades en el desplazamiento entre el lugar de residencia del paciente y el sitio en que se ubican los servicios de salud.

Económicas: entendidas como la situación económica de las personas o los recursos de las instituciones que ofertan servicios de salud.

Organizacionales: entendidas como los aspectos burocráticos y administrativos de las instituciones.

Culturales: referidas como la “posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales”.

Atención hospitalaria: entendidas como el trato del personal de las instituciones hacia los pacientes.

Situaciones laborales de los pacientes: relacionado como los problemas que tienen los pacientes que trabajan para disponer de tiempo, horarios o permisos laborales para asistir al hospital. (Rossi Diana, Pawlowicz Maria Pía, Zunino Singh Dhan, 2007).

En el país se han desarrollado también aproximaciones a las barreras a los servicios de salud de forma general desde otros modelos como los de Aday y Andersen, que conciben dos tipos de barreras macro, relacionadas con la oferta y demanda de servicios de salud. El modelo de Tanahashi, menciona dimensiones de barreras como accesibilidad, aceptabilidad, contacto y disponibilidad de servicios, los cuales guardan similitudes con el modelo propuesto por Menéndez.

La accesibilidad a los servicios o al sistema de salud es definida, entonces, como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, es un concepto que abarca el acceso inicial pero también la atención y el tratamiento como un proceso único o de accesibilidad ampliada que cubriría todo el proceso de atención. Tener acceso a los servicios de salud, refleja conveniencia individual por la atención que se le brinda al paciente, desde lo colectivo también refleja beneficios siendo precisamente la comunidad quien se favorece con aspectos como el autocuidado, y la salud de los consumidores gracias a la minimización de enfermedades que se puedan evitar con las intervenciones a tiempo. Para el caso específico de los consumidores de sustancias psicoactivas, por ejemplo, con la accesibilidad a los servicios se estará enfocando primero que todo en la salud de esta población, que si bien, durante el texto se ha demostrado que son más vulnerables de contraer enfermedades como el VIH, Hepatitis por las conductas de riesgo y que son enfermedades transmisibles.

Desde lo psicológico, se ven afectados al ser estigmatizados y señalados por su condición de consumidor y descuidado. El sociólogo Edwing Goffman asemeja la identidad deteriorada a la identidad estigmatizada, señalando que con estos conceptos se quiere dar cuenta de la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social (1963) (Vidal Pollarolo,

2002). A su vez, él hace referencia a tres tipos de estigma: el individuo desacreditado en todas las interacciones sociales por sus deformidades físicas, el individuo también es descalificado por el hecho de pertenecer a un grupo étnico discriminado y el último que encaja con los usuarios está relacionado a ciertos comportamientos que son sancionados socialmente. Para el caso de los consumidores de SPA, éste tercer estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador en las interacciones sociales.

Todas las acciones o intervenciones que se logren realizar por medio de la accesibilidad a los servicios de salud, impactan la salud pública, *“constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo”* (Social, 2007).

6. METODOLOGÍA.

Este es un estudio descriptivo y cualitativo que se desarrolló con el fin de identificar las barreras de acceso a los programas de mantenimiento con metadona por parte de los pacientes con dependencia a opioides en Armenia, Quindío, la información se obtuvo mediante la realización de 2 grupos focales.

Criterios de participación de los grupos focales:

- Antecedente de consumo de heroína de mínimo 1 año.
- Jóvenes de cualquier sexo entre los 14 y 28 años según el Estatuto de ciudadanía juvenil de Colombia acorde a la ley 1622 del año 2013.
- Residentes del departamento del Quindío
- Participación voluntaria y firma de consentimiento informado.
- Estar libre de síntomas de intoxicación, de abstinencia severa, o de psicosis.

El instrumento de recolección de los datos se diseñó para indagar, explorar, compartir, comentar experiencias vividas por parte de los participantes sobre el acceso a servicios de salud y programas de mantenimiento con metadona y percepción sobre la atención y beneficios que reporta el estar en tratamiento.

Los grupos focales se realizaron en dos instituciones que prestan el servicio de atención intrahospitalaria a usuarios de sustancias psicoactivas en fase de desintoxicación en el departamento del Quindío; una da carácter público y otra privada.

Previo al desarrollo de los grupos focales se hizo contacto con los referentes de las instituciones para socializar los objetivos del estudio, los criterios de participación y definir un espacio físico donde desarrollar los grupos focales que permitiera la comodidad, tranquilidad y confidencialidad de los participantes.

Al inicio del desarrollo del grupo focal se expuso las características y objetivos del estudio y se diligenció el consentimiento informado, posteriormente se hicieron preguntas iniciales relacionadas con el aseguramiento en salud, años de consumo y vía de uso actual de drogas, para luego continuar con el abordaje de las preguntas dirigidas a identificar las barreras (geográfica, económica, organizacional, cultural, laboral). El tiempo de cada grupo focal fue de hora y 15 minutos

Los grupos focales se grabaron en medios digitales para registrar las intervenciones de los participantes; uno de los investigadores fue el encargado de guiar la discusión del grupo para lograr obtener la información y comprensión puntual del fenómeno, el segundo investigador tomó notas de las acciones y las expresiones no verbales y de la forma en que se desarrolló cada grupo focal.

Luego de la grabación y recolección de la información suministrada por los participantes, se transcribió a Word para facilitar análisis. Se desarrollaron categorías y agrupaciones de conceptos que permitieron su interpretación de acuerdo a los marcos teóricos explicativos.

Es importante mencionar que este estudio no pretende arrojar información que se pueda extrapolar a la población general teniendo en cuenta que la muestra de los participantes no es representativa en sentido estadístico para toda la población colombiana, ni para todos los usuarios o dependientes de opioides por consumo de heroína. No obstante, dicha información puede ser representativa para personas con características similares a las de los participantes de este estudio.

7. RESULTADOS.

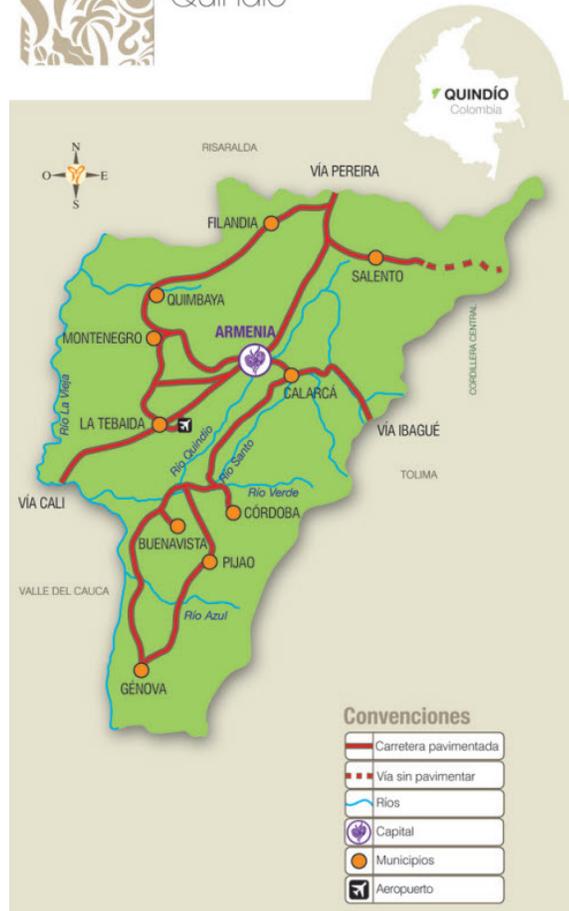
El problema de investigación se refiere a las barreras de acceso a los servicios de salud, específicamente las relacionadas con los programas de mantenimiento con metadona para las personas con dependencia de opioides por consumo de heroína en el municipio de Armenia.

Esto teniendo en cuenta que las personas que no pueden acceder a dicho servicio son susceptibles a profundizar alteraciones o daños progresivos de la salud que ponen en riesgo su funcionamiento global; de igual forma son más susceptibles a ser excluidos socialmente relacionado con las alteraciones mencionadas así mismo son más susceptibles a sufrir vulneraciones en sus derechos y estar envueltos en conflictos legales.

Con relación a las instituciones que prestan servicios de atención a usuarios de sustancias psicoactivas intrahospitalariamente para la desintoxicación, existen 2 instituciones en el departamento; una de carácter público ubicada en el municipio de Filandia que atiende población del régimen subsidiado y población pobre no asegurada, y una segunda institución de carácter privado en el municipio de Armenia que atiende población del régimen contributivo y subsidiado.



Mapa Quindío



Gráfica 10. Localización geográfica de los municipios de Armenia y Filandia

Fuente: Tomado de <https://www.turismoquindio.com/images/guiaturisticadelquindio/mapaquindio.jpg>

De los 10 participantes de los grupos focales, el 20% (2 personas) correspondió a población femenina, de la cual una de ellas estaba en situación de embarazo. No se logró disponer del número de participantes para los dos grupos focales por las condiciones clínicas de los pacientes y la cantidad de personas con trastornos por consumo de opioides hospitalizados; por tanto, para lograr mayor participación de personas se amplió la edad de los participantes hasta 32 años y la duración del grupo focal se amplió hasta 1 hora y media. En total participaron 11 personas, de las cuales una mujer embarazada y una mujer no aceptó participar en el estudio.

- En cuanto al aseguramiento a planes de beneficios en salud, 10 reportaron pertenecer al régimen subsidiado, 1 al contributivo, y no se contó con participación de PPNA. Todos los participantes cuentan con más de 1 año de consumo de heroína y hasta 14 años de consumo. Con

edades que oscilaban entre 17 años y los 32 años. Las vías de consumo declaradas por los participantes son fumadas (5 personas) e inyectada (6 personas).

- Frente a la ocupación o actividad que realizan para proveerse de dinero para el consumo o la sustancia es variado, priman los oficios informales como vendedores ambulantes, domiciliario, otras actividades como carpintería, plomería, electricistas se encuentran dentro de los oficios mencionados, alrededor de la mitad de los participantes (5) mencionan actividades delictivas como expendio de drogas, hurto o extorsión como actividades por medio del cual se proveen del dinero o de sustancias para el consumo (para el caso del expendio de drogas).

- La mayoría de las mujeres participantes (2 de 3) mencionan la prostitución o el trabajo sexual como medio de supervivencia y obtención de droga, la mayoría de los participantes están de acuerdo en que ser “consumidor” es una actividad de tiempo completo cuando están “recaídos”, con una afectación importante del funcionamiento global.

- Al tener un panorama general de la población participantes de los grupos focales, a continuación se describen los principales hallazgos y se clasifican en las categorías existentes de barreras de acceso, posteriormente se describen los otros elementos emergentes, que no son contenidos claramente dentro de las categorías estipuladas. Teniendo en cuenta que son situaciones que no son contenidas en las categorizaciones previas se planteará un análisis dentro del marco teórico de la racionalidad y acción humana.

No se incluyeron todas las opiniones o respuestas de los participantes, ya que en repetidas ocasiones la información se repetía, se exponen a continuación las más significativas encontradas.

7.1 Análisis por barreras de acceso.

Teniendo en cuenta el modelo de barreras de acceso que considera al menos cinco categorías diferentes se analizan a continuación las afirmaciones que realizan los participantes. Al tener varios participantes en los grupos focales, la codificación que se usará será de la siguiente manera.

Para diferenciar si es del primer o segundo Grupo Focal, se determinará como GF 1 y-o GF 2 .

Para hacer referencia al participante se antepondrá la letra P al número que corresponde, dicho número se le asignó de acuerdo a la posición que obtuvo en la primera intervención de la actividad. Ejemplo: el-la participante 2 del primer grupo focal será P2. (GF 1 P2)

7.1.1. Barreras geográficas

Una de las barreras más significativas encontradas para el acceso a los programas de mantenimiento con metadona en los grupos focales se considera lo siguiente:

“Yo, en mi caso vivía muy lejos de la pasta y qué hacía yo (panelista) irme a pie hasta la fogata y eso queda en la mismísima porra, llegaba sudando, que no me podía estar quieta, sin bañarme, carichupada, pero llegaba por la pasta casi que sin aire” (GF 1. P1)

“...por eso si deben haber más sitios, porque como ella lo dice, queda muy lejos (el PMM) pero uno no siempre tiene la fortaleza, la voluntad, las ganas por estar tan torquiado (con síndrome de abstinencia) que no tiene ni la capacidad de andar...”. (GF 1. P2)

“...Ahora me toca ir hasta el hospital del sur, sinceramente yo le digo la verdad a veces no voy el fin de semana por la metadona porque me queda muy lejos...”. (GF 2. P1)

“...Cansado de pensar todos los días como voy a reclamar la metadona como voy a tener que subir todos los días caminando del sur al norte...., como les tocara a otros que viven más lejos...” (GF 2. P4)

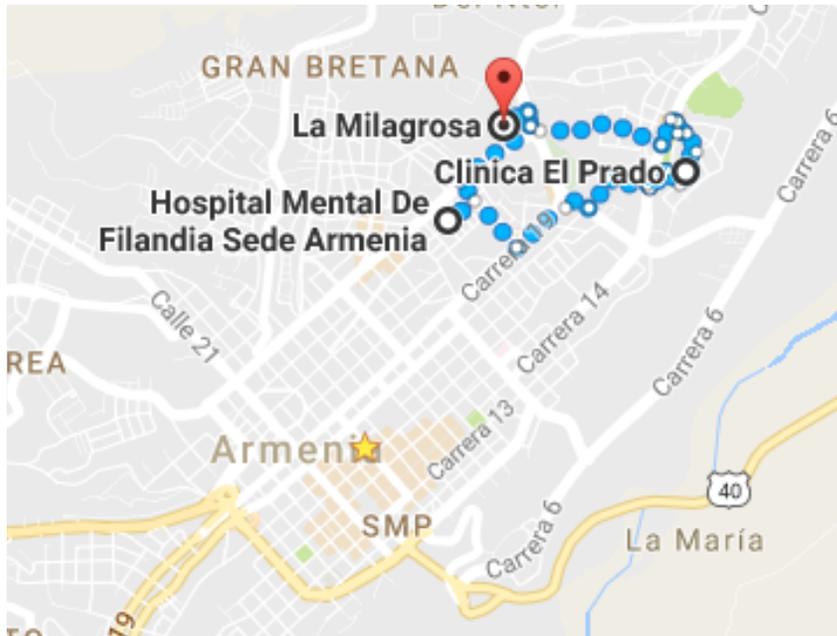
“...Lo que pasa es que si a uno le toca ir a la pm viviendo en la am, digámoslo así muchos no tienen ese recurso, que uno no puede moverse de la ciudad, no puede ir a trabajar a otras partes...” (GF 2. P2)

“...si sé que son muy lejos porque yo he acompañado a mis amistades y desde donde parchamos hasta donde le daban la pasta (metadona) era muy lejos, la chimba ir a pie hasta por allá” (GF 1. P2)

“... cansado de pensar todos los días como voy a reclamar la metadona, como voy a subir todos los días caminando del sur al norte...” (GF 2 P 1)

Hay consenso generalizado en ambos grupos focales sobre la ubicación distante de los tres programas de mantenimiento con metadona en relación con los lugares donde viven o permanecen y que se comporta como un argumento para no estar en el programa o desestimular la continuidad o la adherencia en el tratamiento.

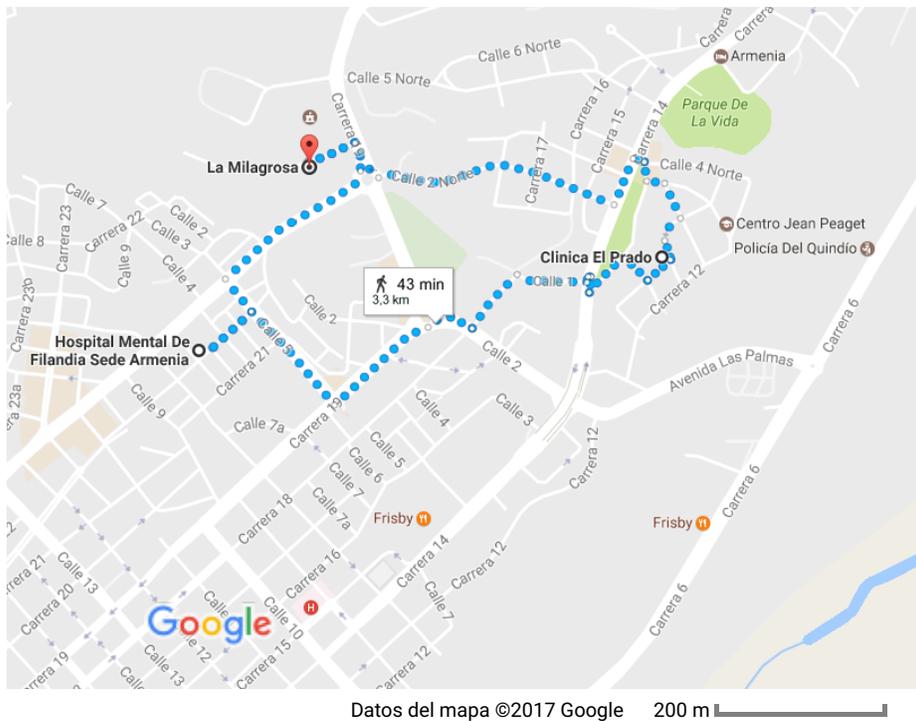
Para contrastar lo referido por los participantes, se realizó una búsqueda en Google Maps de la ubicación de los tres programas de mantenimiento con metadona, se identifica ubicación hacia el norte de la ciudad y cercanía entre sí, esta ubicación se considera poco estratégica ya que no es cercana a los lugares que habitan los usuarios de heroína.



Gráfica 11. Tres programas de mantenimiento con metadona.

Fuente: Tomado de <https://www.google.com.co/maps/dir/La+Milagrosa,+Armenia,+Quind...d6415cf9e0b0!2m2!1d-75.6680711!2d4.5469442!3e2?hl=es&authuser=0>

Imagen con mayor aumento que referencia la ubicación de los tres programas, y que referencia 3,3 km de distancia en recorrer el circuito de los programas en un tiempo de aproximadamente 43 minutos, esto es considerado por los pacientes como cercanía o concentración de los programas en un lugar que es alejado de los sitios de donde viven o desarrollan sus actividades cotidianas, lo que representa mucho tiempo si se tiene en cuenta la distancia que ellos deben recorrer, considerando la extensión de la ciudad, en este tiempo se recorre gran parte de la ciudad de un extremo al otro, y donde generalmente esos recorridos se hacen a pie por falta de recursos para usar transporte público o adquirir un transporte propio.



Gráfica 12. Distancia entre programas de mantenimiento con metadona. Fuente: Tomado

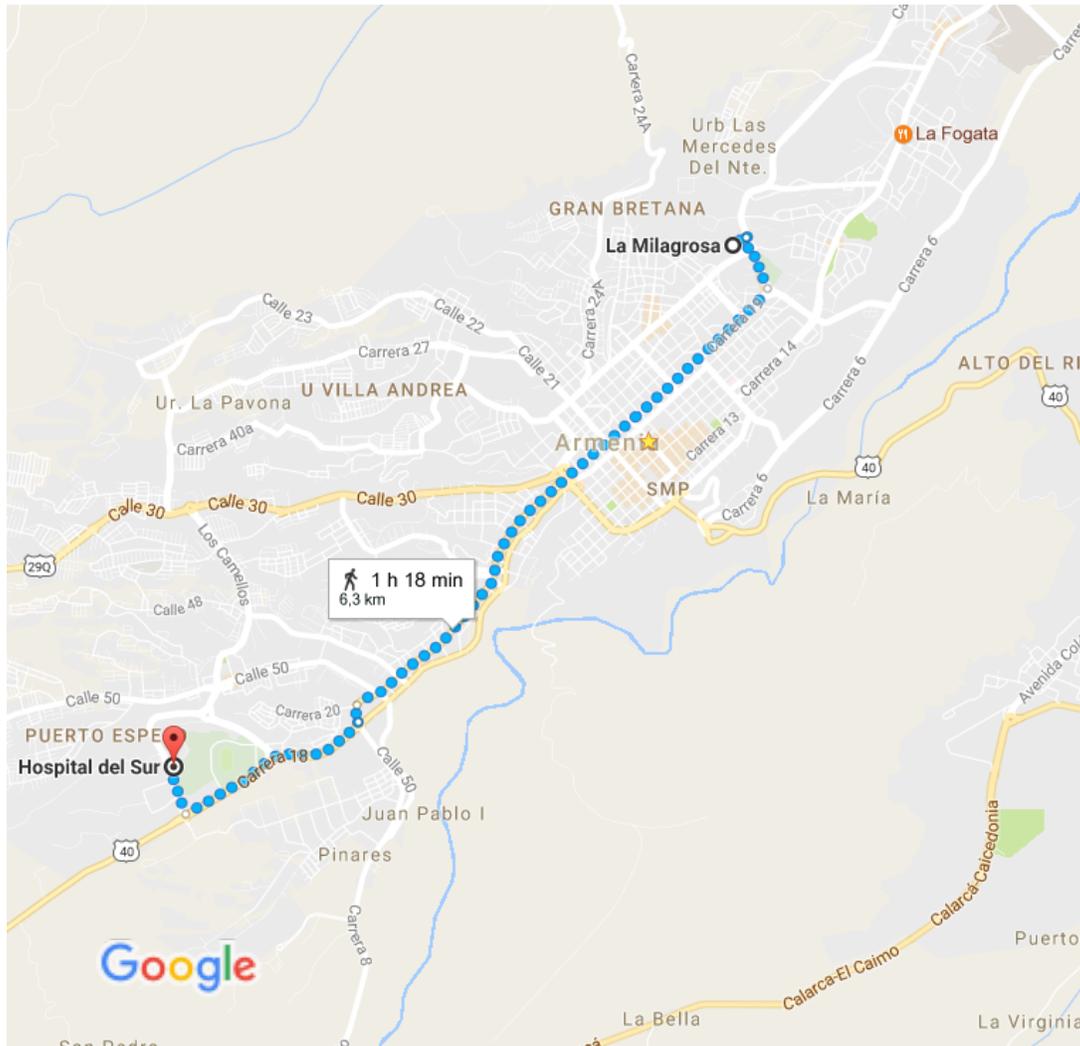
de <https://www.google.com.co/maps/dir/La+Milagrosa,+Armenia,+Quind...d6415cf9e0b0!2m2!1d-75.6680711!2d4.5469442!3e2?hl=es&authuser=0>

Uno de los participantes hace referencia al cambio de dispensación de la metadona en los fines de semana hacia el sur lo que favorece a algunos usuarios del programa pero que rompe con el desplazamiento y la dinámica habitual de lunes a viernes y que motiva el no acudir a tomar el medicamento los fines de semana. El gráfico muestra una distancia de 6,3 kilómetros y un tiempo aproximado de 1 hora y 18 minutos.

“... parece, de lunes a viernes solo lo dan en el mental, sábados y domingos que abajo en el hospital del sur y uno viviendo en el centro...” (GF 1 P 3)

Después de analizar esta barrera geográfica, se evidencia una subcategoría:

Dificultad en el desplazamiento: ligada esta dificultad con la barrera anteriormente señalada, se podría decir que otra barrera de acceso es la disponibilidad de tiempo y recursos económicos y de transporte con los que no cuentan los paciente para llegar al sitio de dispensación del medicamento, pues los panelistas refieren que en ocasiones no cuentan con los recursos económicos para pagar el medio de transporte y llegar al sitio, que en ocasiones es en otro municipio por la falta de disponibilidad de la medicación en su ciudad de residencia.



Datos del mapa ©2017 Google 1 km

Gráfica 13. Puntos de suministro de metadona fluctuantes. Fuente: Tomado de <https://www.google.com.co/maps/dir/Centro+de+Salud+«La+Milagros...0fb6a9f5e012!2m2!1d-75.7019841!2d4.5154479!3e2?hl=es&authuser=0>

En este mapa se evidencia la distancia de 6.3km y con tiempo aproximado a pie de hora y 18 minutos entre dos lugares autorizados para la dispensación de la metadona. Los participantes refieren que en ocasiones deben desplazarse hasta el otro punto por desabastecimiento o falta de atención, ante la falta de suministro de la dosis necesaria, deben recurrir al segundo punto para que les asignen más medicamento y así cumplir la dosis necesaria.

7.1.2. Barreras económicas.

Esta otra barrera surgió luego de estudiar y escuchar detalladamente los participantes de los grupos focales y es también relacionado con la economía del usuario, pues como se mencionó ellos deben desplazarse tramos para poder llegar al sitio de dispensación que es diario. Adicional al referir que no cuentan con trabajo estable no tienen ingresos fijos y no pueden pagar los gastos del transporte.

“abandonar un programa de metadona por falta de los recursos para conseguir la metadona, por falta de recursos de venir por ella, por los pasajes” (GF 2. P1)

“Si lo he abandonado por falta de plata para subir” (GF 2. P1)

“No tienen carné ni subsidio y no pueden pagar”. (refiriéndose del por qué algunas personas no ingresan a los PMM) (GF 1. P4)

“Es más fácil estar en el programa de metadona porque cuando uno no tenga la plata para comprar la bolsa de heroína entonces qué” (GF 1. P5)

“Otras veces yo me llevaba la heroína por si no había no me daban la pasta me tocaba entonces la heroína y pues muchas veces me pasó” (GF 1. P5)

“...Si lo he abandonado (el programa) por falta de plata para subir....abandonar un programa de metadona por falta de los recursos para conseguir la metadona, por falta de recursos de venir por ella, por los pasajes” (GF 2 P 1)

Cabe resaltar que los participantes de ambos grupos focales refieren haber abandonado en cierto momento el programa de metadona por no contar con los recursos económicos para poder desplazarse hasta los diferentes puntos o zonas donde realizan la dispensación del medicamento de acuerdo a los días, el horario y otros que deben tener presente para su suministro.

De esta categoría emerge la siguiente subcategoría y está relacionada con

Costos de adquisición de la metadona: Si bien se suma a esta circunstancia es la falta de los recursos económicos de las personas para poder conseguir la metadona de una forma comercial, dado el caso donde las EPS no aseguran ni suministrar su medicamento a tiempo, a las personas que están en este programa les toca conseguirse su dosis de medicamento por aparte. Según la “Corte Constitucional, en una sentencia de tutela, la adicción es una enfermedad y no un problema policivo”, por lo tanto las EPS deben cubrir estos tratamientos de los adictos que no tienen como pagarlos.

Como se pudo detallar anteriormente, los asistentes a los PMM deben recorrer diariamente unos trayectos desde su punto de permanencia hasta el sitio donde se realiza la entrega del medicamento, la mayoría refiere no tener medio de transporte particular, lo que acarrea que ellos deben realizar el pago de un transporte público al menos de dos trayectos diarios. Cada pasaje de un solo trayecto en la ciudad de Armenia y para servicio público está en 2000 pesos, si se multiplica por los dos trayectos suma un total de 4.000 diarios, lo que al multiplicarlo por 30 días lo que corresponde al mes da una suma de 120.000 pesos mensuales. Esto es cantidad de plata razonable partiendo que la mayoría de los acudientes a dichos programas son personas que no cuentan con trabajos fijos, que por el contrario el sustento de ellos es de venta ambulante y prostitución como bien lo refieren ellos. Adicional, según los informes en los últimos dos años, el departamento del Quindío está y se mantiene en los dos primeros con mayor desempleo. Esto es motivo para que muchos usuarios abandonen o acudan esporádicamente a dichos programas. Esta aproximación de cálculo de pasajes corresponde solo para usuarios del PMM que viven en el mismo municipio, sería resaltar que para los usuarios que viven en otro municipio los costos se incrementarían casi que un 50%, lo que provoca mayor deserción del programa.

Ahora, si se comprara el valor que tiene el transporte para acudir a los PMM con un valor aproximado de 3800 pesos diarios y se compara con el valor de una bolsita de heroína, podríamos decir que el valor es casi aproximado. Sin embargo, como ellos refieren, el tiempo del viaje de la heroína es momentáneo mientras la metadona los cura por 24 horas. Esto analizado desde la perspectiva de valor económico vs valor de tiempo en efecto. Es importante aclarar esta situación porque muchas veces los usuarios de los PMM han “perdido” su viaje hasta el sitio de la dispensación por falta de desabastecimiento del medicamento.

7.1.3. Barreras organizacionales.

“... yo he estado hospitalizado, con ganas de ser remitido al X o el Y para mi recuperación y estando ahí lo que hacen es tirarme a la calle como volver a que no, diciéndome mijo aquí no lo podemos ayudar, teniendo ellos todos los recursos como una ambulancia para mandarme a hospitalización”. (GF 2 P 2)

“El único déficit que he visto es cuando se desabastece la metadona, cuando nos ponen a aullar por decirlo así que se demora 2 a 3 días en llegar la metadona, entonces nos toca ir a

consumir a la calle, a rebuscar pasta como se dice en mercado negro y si no se consiguen nos toca ir a consumir. Si porque el torquin (síndrome de abstinencia) no lo aguantamos. Lo único es el desabastecimiento en X, de resto bien”. (GF 2 P 4)

“... y nos toca hacer como en la televisión que tiene que hacer tutelas y todo para que lo atiendan a uno (entrega de medicamento y asignación de citas médicas” GF 1 P2”

“...Lo único que me ha fallado es la EPS, porque después de tener 7 años sin consumir tuve una recaída y la EPS solo la cubría por 3 meses y me quede 15 a 20 días sin consumir la metadona, lo que me llevo al mercado negro a consumir por 5 días”... “Y esa rutina de tres meses con el medicamento por la EPS, luego unos meses que no la cubre, luego que sí, eso es lo que ha ayudado a mi recaída de consumo” GF2 P3

“En cuanto a urgencias me atendieron bien. Pero como lo dice el caleño en cuanto el consumo de metadona digamos yo fui a cierta clínica a pedir que me ayudara y me trataron así que aquí no se podía atender, que no era prioritario, que no había consulta”. GF 2 P3

Esta tercera categoría es tal vez la más impactante por ser la categoría organizacional, la cual no debería existir porque de entrada se está evidenciando los atropellos a la población consumidora y vulnerando así su derecho de acceso a la salud. Es común en los dos grupos focales que perciben grandes barreras que les ponen e imponen para poder acceder a dichos servicios como la tramitología-papeleo para su cita médica de control o al servicio o la dispensación del medicamento.

Ahora bien, el caso del participante que refiere la barrera de acceso al tratamiento por que la EPS a la que se encuentra vinculado no le presten el servicio de una consulta médica para la transcripción de medicamento y por ende se vea en la necesidad de adquirir la dosis de su medicamento por otros medios. Peor aún, se vean obligadas a abandonar su tratamiento medicinal y tengan que recurrir nuevamente a alguna otra sustancia para evitar el “torquin” o el síndrome de abstinencia a causa de la discontinuidad o desabastecimiento del medicamento.

Limitaciones en la prestación de servicios si no presentan documentación al día:
Aunque desde hace un tiempo se reglamentó la vinculación a algún tipo de aseguradora, no quiere decir que estuviera garantizando su accesibilidad a los servicios de salud. Si bien, para los usuarios del programa de metadona debería ser lo mismo, los pacientes relatan muchas dificultades o impedimentos en el momento de acceder a la cita si no cuentan con algunos

requisitos básicos como estar afiliados y activos a una EPS o disponibilidad de la agenda para la asignación de las citas. En el peor de los casos, es que no son atendidos por su condición de consumidores donde ellos refieren que se les retarda la consulta por su estado o condición de enfermo por las SPA. Tras que se les niega o dificulta el acceso a los servicios de salud especialmente para el caso de metadona, ellos refieren lo que es peor la no dispensación de su medicamento.

Estas inconsistencias en el momento de adquirir su tratamiento y la oportunidad de asistencia médica, se ve reflejado en la cantidad de tramitología que necesitan realizar para poder solicitar una autorización o una remisión a la entidad competente ya que por lo general en las entidades que no tienen el servicio o programa de sustitución con metadona, refieren que siempre les dicen no tener cupo para la hospitalización de ellos

Con lo anterior mencionado y relacionándolo con los que los participantes refieren también se suma otra barrera emergente de este proceso.

La no disposición o abastecimiento de Metadona en los programas autorizados: Si bien no es directamente una barrera, se puede decir que si influye grandemente en la falta de disponibilidad del medicamento. Sumándole las barreras geográficas con las grandes distancias que tienen que recorrer. La barrera económica de acarrear estos desplazamientos cuando en ocasiones al llegar al sitio no tienen, no les suministran su medicación.... Dónde se garantiza el servicio que ellos tienen por garantía, dónde se les puede estimular, asegurar, la correcta dispensación de ésta. Lo que pasa a continuación es lo que ellos refieren con tener que conseguir medicamento en el mercado negro, pero en el peor de los casos, conseguir la heroína. Situación que hace que las personas que están en el programa lo suspendan por la no garantía de lo básico, de lo vital la metadona.

El resultado es como lo relata un participante del segundo grupo focal:

“Lo único que me ha fallado es la EPS, porque después de tener 7 años sin consumir tuve una recaída y la EPS solo la cubría por 3 meses y me quede 15 a 20 días sin consumir la metadona, lo que me llevo al mercado negro a consumir por 5 días” GF2 P3

No hay una articulación entre IPS o entidades prestadoras de servicios de salud: esta desarticulación de entidades públicas o privadas, hacen que los usuarios pierdan esa posibilidad

de llegar al programa tras asistir a otro servicio de salud. Y peor aun cuando ellos mismos llegan por urgencias, por ejemplo, solicitando la remisión para el programa y se le es negada bien sea por algún documento que falte o por desconocimiento de las entidades prestadoras de estos servicios. Más grave aún, por la estigmatización o por las etiquetas que se le han puesto a esta comunidad.

7.1.4. Barreras Culturales.

“...Lo malo es que cuando se dan cuenta que uno es fármaco lo dejan a uno por allá tirado en un rincón, lo dejan a uno como si fuera un perro, pero si le dan los exámenes” (GF1 P1)

“...Claro que cuando se dan cuenta que uno es drogadicto, es así, lo dejan a uno apartado, lo discriminan, lo rechazan, lo menosprecian.... Como si uno fuera una cosa rara” (GF1 P2).

“A nosotros los drogadictos siempre nos rechazan en toda partes pero aquí (PMM) se siente uno como en casa, en estos sitios que uno busca ayuda nos atienden como una persona, como lo merecemos todos que nos traten” GF 2 P2

“Pero es diferente, como en estos días los policías me cogieron en el bosque y yo estaba toda torquiada y ellos no me llevaron al hospital sino a la 20, ellos saben que en el hospital no me hacían nada.” GF1 P 5

Otras de las barreras que tiene que superar los usuarios de los PMM son las culturales, estas sí que son marcadas desde la estigmatización y exclusión que se hace evidente hacia los usuarios de metadona. En la actualidad, para nadie es un secreto que son tratados hasta de desechables o de drogadictos, tachándolos de entrada como personas peligrosas. Esta barrera evidencia las etiquetas impuestas por la sociedad, en los usuarios de metadona por lo general son negativas y afectan directamente su salud, pues ellos refieren que la atención por medicina general es desalentadora frente a la atención que les brindan en servicios especializados donde los ven y los tratan como pacientes.

De esta barrera emerge la siguiente: **Discriminación por su condición de consumidores:** Por lo general ellos tienen la misma percepción de ser tratados y atendidos como unas personas poco agradables para el personal de diferentes áreas, cabe resaltar que no es el cien por ciento de los casos. Hay unos pocos participantes que refieren ser bien atendidos en otras áreas, así como en las del programa específicamente. Sin embargo, el común de los panelistas de los grupos focales refiere ser estigmatizado, rechazado por la sociedad y en ocasiones hasta por los mismos prestadores de los servicios de salud cuando llegan a ellos solicitando la ayuda, la atención por

urgencias y por ende la remisión a los programas. En ocasiones también refieren ser vistos como potenciales agresores o “peligroso” para la sociedad por el hurto, por ejemplo. Los asistentes a los programas de metadona refieren comportarse así cuando todas las puertas se les han cerrado y no tienen garantizado su medicación, lo cual conlleva a que ellos se busquen su tratamiento por otros medios poco convenientes para la sociedad.

Por el contrario, también refieren ser aceptados, valorados, con autoestima al estar en tratamientos y así mismo la comunidad los incluye

7.1.5. Barreras Laborales.

“...Estoy trabajando, entro entre las 7 y media y 8 a mi trabajo. Si me voy para el hospital del sur el sábado me coge la tarde para entrar a trabajar...”. (GF 2 P 2)

“...Uno se toma la metadona y se va a trabajar tranquilo, ya sin pensar de que no se va a enfermar” (GF 2 P 2)

“Yo por ejemplo lo he abandonado en ciertas ocasiones porque estoy trabajando.” (GF 1 P 4)

“... Toca dejar de ir ese día sabiendo que nos toca trabajar, pedir otro día permiso, perder ese trabajo y ese tiempo y nos hacen ir en la mañana, cada dos días... eso es lo único que veo de malo en ese sentido” (entrega diaria del medicamento con relación a su tiempo laboral) GF 2 P1

“Digamos me resulta un trabajo en Cartago (municipio a dos horas de Armenia) no me puedo ir porque me toca estar tomando la metadona”.... “Sin embargo he recaído por clases de trabajo, porque me toca irme a Pereira, Cartago, sitios lejanos por dos tres días, por la parte mí del trabajo” (GF 2 P2)

“En el trabajo y laboralmente también se van abriendo muchas puertas (cuando la persona está sostenida con el tratamiento de MM)” (GF 2 P3)

Si bien se evidencia como la oferta laboral puede ser un arma de doble filo para que los usuarios puedan acceder al servicio, pues si tienen trabajo se les dificulta por los permisos que deben solicitar para cumplir la cita dentro de los horarios establecidos, estos permisos o inasistencias de los empleados genera molestia y por otra parte, si el usuario no tiene trabajo no devengará para cubrir su traslado al sitio donde dispensan el medicamento. medicamento acarrea y en cualesquier de la situación, una inconformidad con el empleador.

Retomando que los horarios de la dispensación de medicamento son fluctuantes, los mismos usuarios de PMM no podrían cuadrar su horario de ingreso al trabajo. Adicional, la

entrega de la metadona no siempre es en el mismo lugar, ya que entre semana tienen un sitio y un horario diferente al de los fines de semana, lo cual dificulta lo anteriormente mencionado.

El otro lado de estar vinculados con algún tipo de trabajo, es que los usuarios tienen cierta capacidad de pago para costear sus pasajes, pero al llegar se evidencia el desabastecimiento del medicamento, lo que deben hacer es recurrir al mercado negro sabiendo que no es lo adecuado. Además con esa condición de capacidad de pago, la población en general está con menos riesgo de ser víctimas de hurto por parte de esta población que requiere este medio para poder “sentir alivio”.

7.2 Otras barreras

Colombia ha pasado de ser un país productor de sustancias ilícitas a un país consumidor. Este aspecto tiene importancia o ruido desde el área o la visión policial y política pudiendo ser un detonante para que las personas que consumen algún tipo de SPA tengan una connotación marcada con legalidad en nuestro país y no tanto se les vea como pacientes con un enfoque desde la salud y con un impacto importante en la salud pública.

Sin embargo, es importante mencionar que las barreras de acceso clásicas están previamente descritas en algunos estudios ya publicados. También cabe resaltar que de los resultados que arrojaron los grupos focales de este estudio se evidencian que aún existen tal como las han descrito.

Con relación a las barreras clásicas previamente descritas y comparadas con los resultados de los grupos focales dan evidencia y corroboran que efectivamente hay dificultad para el ingreso a un servicio de salud. Cabe resaltar que surgen nuevas barreras que aún no han sido estipuladas ni descritas, al menos no en teoría.

El surgimiento o la identificación de otras barreras surge del análisis que se ha realizado en estas barreras tradicionales no encajan o no corresponden a ciertas barreras o dificultades que se enfrentan los usuarios de los PMM. Es de aclarar que estas nuevas barreras o fenómenos que surgen del desarrollo de los grupos focales necesitan ser categorizadas en alguna barrera si no “encajan” en las ya descritas.

Para realizar esta nueva categorización se realizó, partiendo de las instituciones, entendiéndose como a un grupo de personas que tienen en común la misma forma de pensar, de ver y sentir ese proceso.

Es una representación de unas tantas personas pero que se han reunido entre sí por sus temas e intereses afines, donde este colectivo representa su verdadero sentir, donde esta institución tiene o se ve obligada a tomar decisiones, en la mayoría de los casos son decisiones de vida o muerte

Estas barreras emergentes son denominadas como **otras barreras**.

7.2.1. Propias del paciente o personales

Esta categoría incluye lo relacionado directamente con el paciente, con lo personal o lo que directamente ellos sienten, viven.

De acuerdo a lo que se ha evidenciado en las otras categorías, es evidente que el estado anímico de los usuarios de los programas de mantenimiento con metadona es variable de acuerdo a todo el entorno exterior que influye directamente sobre ellos, los estigmas, las etiquetas, las dificultades laborales y hasta policivas.

Esta condición “de ánimo” se ve interrumpida principalmente por su síndrome de abstinencia cuando no pueden acudir al programa o peor aun cuando asisten y no son atendidos por la situación que sea, como lo refiere el Participante

“Muchas veces he abandonado el programa de metadona porque recaigo y a mí personalmente me da vergüenza y no me deja ir, de llevar meses bien por la metadona y después llegar un día mal... hay algo que me da vergüenza y nostalgia y no me deja llegar sucio y mal vestido y entonces me tiro al consumo... porque a pesar de todo es lo que no he perdido, la vergüenza” P4 GF 2

Otra barrera es que los usuarios de mantenimiento con metadona puedan llevar ciertas dosis para su casa deben tener un acudiente, dicho acudiente es quien puede reclamar las dosis para poder suministrársela al usuario del PMM. Lo que implica que deben estar sujetos a la disponibilidad de su acudiente para poder consumir la dosis que requiere. Caso contrario al resto de los programas como hipertensos o diabéticos que pueden reclamar su medicina por los mismos pacientes o pueden ser reclamadas por otras personas.

7.2.2. Entorno familiar.

Para esta categoría se toma dos grandes situaciones en que la misma familia y-o su entorno familiar interfiere en el acceso a servicios de tratamiento con metadona.

En primer lugar se tiene en cuenta la familia como un impedimento de forma directa, bien sea porque es la única persona que se hace cargo de algún miembro de su familia, los famosos llamados cuidadores, tal es el caso como lo menciona la participante 3 del primer grupo focal:

“... Si tiene que cuidar la mamá que se está muriendo de cáncer”. P 3 GF 1

Esta participante refiere no poder acceder a los servicios de tratamiento de metadona por el tiempo que invierte en cuidar a su mamá que pasa por un proceso de cáncer, la mayoría de los cuidadores son mujeres que están en etapa productiva y que a su vez no reciben ningún reconocimiento por tal trabajo, ellas dedican su tiempo, deben estar las 24 horas de los 7 días al tanto de las personas que cuidan y sin recibir ningún incentivo a cambio.

El otro caso, es donde la familia se convierte en una familia alcahueta del estado del consumidor, pues el P2 del GF 2 menciona que:

“si usted tiene su casa, nadie le exige nada, mejor dicho sabe que pasa, hasta en la casa se convierten en co-adicto. Le dan la plata para que vaya y se alivie, tiene la casa, tiene la comida, tiene la plata y la droga, tiene todo entonces qué necesidad tiene de cambiar.” P2 del GF 2

Ésta es una situación donde se evidencia que la familia lo acepta como es y prefiere tenerlo en casa manteniéndolo, así que necesidad tendrá de asistir a un PMM.

7.2.3. Tiempo.

Si bien el tiempo se puede medir gracias a un reloj, el tiempo es también subjetivo y el valor se lo da cada persona. Cada persona identifica o marca su tiempo, cada quien le da el valor correspondiente y hace que éste sea fundamental para su vida y su cotidianidad. Para muchos usuarios de SPA 5 minutos pueden ser una eternidad en cierto momento y en otra circunstancia puede ser un momento flash.

Tomando como ejemplo al P6 del GF 1 donde se refiere al tiempo como el “responsable” o la barrera para acceder al PMM.

“También por el tiempo que llevaba consumiendo nunca me había torquiado porque siempre metía más y más heroína hasta que llegó el momento que ya dejé de comer para ir a consumir, estaba era robando, vendiendo las cosas y me tocó pedir ayuda, yo le conté a mi mamá”. P6 GF 1

Esta es el claro ejemplo de la percepción de tiempo, cuando este participante ya se sintió que llevaba mucho tiempo decide buscar ayuda, antes no lo veía necesario o pertinente asistir al programa.

Aunque anteriormente se menciona el tiempo con el que los usuarios deben contar para poder trasladarse bien sea desde su casa o trabajo hasta el sitio donde dispensan el medicamento tal como lo refiere el P2 del GF2 la hora de entrega es diferente entre días e instituciones, lo que dificulta la asistencia al programa.

“pedir permiso a las 6 y media de la mañana” o a las 8 am (horario de dispensación) para otra institución... “lo que no me queda tiempo para ir por ella.” P2 GF 2... continuando con esta barrera de tiempo, lo refiere el P1 del GF 2 al referirse si les hacen perder el tiempo al ir por el medicamento y no tenerlo, refiere que “perder ese trabajo y ese tiempo y nos hacen ir mañana, en dos días... eso es lo único que veo de malo en ese sentido” P1 GF2

8. CONCLUSIONES.

Las personas que hacen uso del programa de mantenimiento con metadona (PMM) tienen una particularidad como lo es el consumo de sustancia psicoactiva. En el momento de acceder al servicio de salud presentan ciertas barreras de acceso que están relacionadas con el contexto geográfico, socio-cultural, económico y organizacional. Dentro de los organizacionales están el directamente relacionado con los trámites, el tiempo y la calidad de la prestación. Adicional, se logró identificar otras limitaciones para el acceso a dicho servicio, lo cual se categorizó como otras barreras.

Una de las barreras más grandes que se logró identificar es la geográfica. Éstas son entendidas como la distancia que debe recorrer los usuarios desde su lugar de residencia – trabajo hasta el programa de sustitución con metadona. Los usuarios refieren tener que desplazarse a pie grandes distancias día a día para poder acceder al PMM. Por lo general, éste recorrido lo realiza a pie por no contar con el recurso económico para poder pagar el transporte.

En Armenia, hay tres programas, dos de ellos están relativamente cerca uno del otro, adicional están ubicados en el norte de la ciudad, zona donde la condición de los habitantes no es precisamente con características de consumidores y donde la dispensación del medicamento se realiza solo entre semana, mientras que el otro programa se ubica en el sur de la capital quindiana donde la dispensación es exclusivamente para los fines de semana. Situación que altera la dinámica de desplazamiento de lunes a viernes en el norte y los fines de semana en el sur. Dicha situación también da pie para que el usuario gaste más en pasajes al tener que trasladarse hasta los puntos de dispensación.

En las barreras económicas y ligada a la geográfica, es el pago diario mínimo de dos pasajes de transporte público para poder llegar al sitio de la dispensación del medicamento ya que estos programas suministran las dosis diariamente a cada paciente. A raíz de la poca capacidad de pagar su transporte diario y de tener que caminar grandes distancias, el usuario falta a su medicación generándole una descompensación. La descompensación también sucede cuando los programas tienen desabastecimiento de la metadona y los usuarios deben recurrir nuevamente a la heroína. Surgiendo así una limitación económica porque el usuario no puede comprar su dosis y esto conllevaría a generar el síndrome de abstinencia.

El Estado debería garantizar de cierta manera la oportunidad laboral de esta población para que pueda costearse su transporte. Sin embargo, el estudio arrojó el dato que la mayoría de esta población tiene trabajo informal como el de vendedor ambulante y la prostitución en la mayoría de las mujeres. Esto genera baja remuneración económica y por ende la “incapacidad económica” de costearse su transporte diariamente a los PMM.

Entiéndase barreras organizaciones a los aspectos burocráticos y administrativos de las instituciones. Una de la más peliaguda es precisamente que las mismas instituciones pongan trabas para el acceso a los servicios de salud. Teniendo en cuenta que la Corte Constitucional obliga a ver el consumidor como un enfermo y no como un delincuente. Al ser entendido como patológico, las EPS debería garantizar la dosis necesaria del medicamento y la disponibilidad. Al no tener su medicación se desata el síndrome de abstinencia, lo cual conlleva al paciente a adquirir comportamientos desadaptativos ante la sociedad para adquirir su heroína y-o metadona comercial.

Es importante que las instituciones representantes de la salud, brinden a cada paciente la accesibilidad y herramientas para poder llevar sus tratamientos con continuidad, con trato digno, con garantía que no habrá impedimentos de ninguna índole como los administrativos imponiéndole barreras con la tramitología que deben realizar cada que requieren de la atención y suministro del medicamento. La idealización que los usuarios tienen de los PMM es que el servicio de salud es deficiente por las barreras institucionales que parten desde las administrativas, seguido de la calidad de atención y comunicación. Aspecto relevante como la no dispensación del medicamento, los protocolos o los paso a paso que deben cumplir para obtener su medicación.

Se visibiliza las limitaciones organizaciones en la prestación de servicios donde no hay una articulación entre IPS o entidades prestadoras de servicios de salud, esta desarticulación entre entidades públicas-privadas, hacen que los usuarios pierdan esa posibilidad de llegar al programa tras asistir a otro servicio de salud. Y peor aun cuando ellos mismos llegan por urgencias, por ejemplo, solicitando la remisión para el programa y se le es negada bien sea por algún documento que falte o por desconocimiento de las entidades prestadoras de estos servicios. Más grave aún, por la estigmatización o por las etiquetas que se le han puesto a esta comunidad.

La salud es un derecho fundamental de toda la población sin importar raza, sexo, condición socioeconómica ni cultural. Sin embargo, este principio no aplica del todo para las personas que aún son estigmatizadas socio-culturalmente como el caso de los consumidores de SPA donde una de las barreras es precisamente la cultural. El sociólogo Erving Goffman define el estigma “de la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (Goffman, 2006) Por esto, es importante minimizar la estigmatización y juzgamiento a este grupo poblacional por ser consumidor de sustancias psicoactivas. La percepción general que tienen los participantes de los grupos focales coincide que son vistos como peligrosos, como descuidados, enfermos, dañinos, sobre este imaginario se debe trabajar y abordar a la institución comunidad con el fin de minimizar este efecto punitivo que recae sobre dicha población y no sean vistos con etiquetas negativas.

Los pacientes que están activamente asistiendo a PMM refieren sentirse muy bien atendidos por los sitios especializados en adicciones, y por ende acuden con gusto al tratamiento. Estas personas presentan menos riesgo de recaídas comparándolos con las personas que aún no

han podido ingresar a dicho programa y son individuos con mejor calidad de vida si se contrarresta con el que vive-duerme y habita en la calle. Por tanto, las instituciones deberían garantizar la disponibilidad del medicamento en todas las entidades prestadoras de salud (EPS) distribuidas en diferentes partes del municipio y no solamente en ciertos sitios donde están los programas disponibles en el momento, así se lograría impactar la barrera geográfica, económica y organizacional brindándole al paciente las garantías mínimas necesarias para vivir en condiciones aceptables de salud para poder acceder a un trabajo y una inclusión en la comunidad.

Otras barreras que emergieron son propiamente del paciente o las personales. Una de ellas está directamente relacionada con la situación sentimental o el estado de ánimo de la persona. El cual se ve influenciado por factores externos que lo rodean y les impide salir de sus casas para poder dirigirse al servicio donde les presta la atención médica. En ocasiones se refieren sentirse apenados por recaídas o por los comportamientos inadecuados.

Adicionalmente, refieren sentirse dependientes tanto de la sustancia psicoactiva como de familiares para tener accesibilidad a la dosis de metadona llevada a casa. Ellos refieren sentirse con poca autonomía porque en los programas no les entregan a ellos mismos las dosis sino que debe ir un acudiente quien se hará cargo de suministrarla en casa cuando cumplen los requisitos. Caso contrario a los familiares que incentivan a los usuarios a no acudir a los PMM y les llevan la SPA a casa.

Se evidencia la situación laboral de los pacientes, esta dificultad se presenta con los problemas que tienen los pacientes que trabajan para disponer de su tiempo, los horarios o permisos laborales para asistir al hospital. De los participantes que asisten al programa de mantenimiento y que a su vez cuentan con un trabajo estable, refieren tener dificultades en el momento de solicitar permisos diarios para poder acudir al suministro del medicamento. Otro refiere haber abandonado el programa por no tener dicho permiso y poder asistir en el horario restringido que tienen asignado para la dispensación de la metadona. Razón por la cual se ven en la obligación de comprar la dosis de heroína o metadona en la calle para evitar entrar en el síndrome de abstinencia.

La familia es vista como una barrera más cuando el cuidador es el usuario y debe asistir y estar pendiente todo el tiempo del familiar a cuidar. Esta actividad es vista como cuidadores, los cuales no tienen remuneración económica, no disponen de su tiempo, deben invertir toda la

fuerza física y emocional para estar las 24 horas pendiente de su familiar como lo expone una participante al hablar de estar pendiente de su mamá agonizante.

La barrera relacionada con el tiempo, son las específicas de cada individuo en identificar su momento o umbral de consumo para acceder a dichos programas. Este factor está ligado con la percepción que tienen ellos mismos de su adicción y lo viven como consumo social o esporádico. Refieren tener el control y dominio sobre la dosis y la frecuencia del consumo. Por esta razón, ellos hasta no ven el “momento necesario” para ingresar a un servicio de salud o tratamiento, es porque no lo han sentido como una enfermedad de consumo.

Los profesionales que atienden a estas personas mencionan que en la última década la población que ha solicitado tratamiento por trastornos por opioides puede ser de alrededor de 800 personas y que actualmente están en mantenimiento con metadona 250 personas.

Además se reconoce que las intervenciones para aumentar la motivación del paciente no son eficaces para mejorar el ingreso a tratamiento y que intervenciones como proporcionar asistencia de transporte o vales para tratamiento gratuito son bastante efectivas, así mismo el manejo individual de casos y los programas de suministro de material para la inyección pueden mejorar el ingreso a los programas de mantenimiento con metadona.

El proceso de cambio y la toma de decisiones supone un proceso complejo que ocurre día a día en todas las personas, está relacionado con la disponibilidad de información, y la posibilidad de maximizar aciertos y disminuir errores, por otra parte para la solicitud de acceso a servicios de salud y atención a trastornos por consumo de SPA como los programas de mantenimiento con metadona se considera que la persona realiza un proceso de decisión de acuerdo a las opciones disponibles, hacia aquella que le reporta beneficios, supone también cambios en el funcionamiento previo que le permita una mejor interacción con su comunidad, sin embargo la comunidad en general ve en las personas que usan drogas una desviación o anormalidad que no amerita ser intervenida y que por el contrario debe ser ocultada o rechazada.

9. BIBLIOGRAFÍA.

Services, U. D. (2016). Report of Proceedings. *Clinical Advances in Non-agonist Therapies* , 1-50.

Zapata, M. &. (2012). Tratamiento de sustitución con Metadona para la adicción a la Heroína: evaluación de un programa en Colombia. *Adicciones* , 69-76.

Acción Técnica Social (ATS). (21 de Noviembre de 2016). *Implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados con consumo de drogas por vía inyectada en Medellín y su área metropolitana*. Obtenido de Global :

<https://www.acciontecnicasocial.com/implementacion-de-acciones-para-la-reduccion-de-riesgos-y-danos-asociados-con-consumo-de-drogas-por-via-inyectada-en-medellin-y-su-area-metropolitana/>

Rossi, D. P. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. *Intercambios Asociación Civil* , (pág. 82). Buenos Aires.

Comes, Y. S. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones* .

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (11 de Mayo de 2016).

Clinical Advances in Non-agonist Therapies. Report of Proceedings .

1122, L. (9 de Enero de 2007). Resolución. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* . Bogotá, Colombia.

Social, M. d. (2007). Ley 1122. *Salud Pública*. Bogotá.

Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. En *Estigma* (pág. 176). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.

UNODC. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá D.C: ALVI Impresores S.A.S.

Vidal Pollarolo, P. (2002). La identidad estigmatizada. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, , 1-9.

ATS, C. A. (12 de 2016). *Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao*. Recuperado el 28 de 10 de 2018, de www.odc.gov.co:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016_diagnostico_caracterizacion_situacion_uso_heroina_santander_quilichao.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín Técnico. Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) 2017*.

Secretaría de Salud Departamental del Quindío. (2018). *Análisis de Situación de Salud Departamento del Quindío 2017*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2017*.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). *Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas en el departamento del Quindío*.

Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan Nacional para la Promoción de la Salud, La Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021.

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. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). Contexto de Vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de Consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) En las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá.

La crónica del Quindío. (22 de 03 de 2012). 'El suministro de metadona no podrá ser suspendido', defensoría. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de <http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-nota-44300>

La crónica del Quindío. (20 de 04 de 2012). 'Suministro de metadona llegará al quindío': Issq. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de La crónica del Quindío: <http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-nota-45483>

Gobernación del Quindío. (10 de 09 de 2013). Boletín informativo Quindío firme 10 de septiembre de 2013. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de https://quindio.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=194:boletin-informativo-10-de-septiembre-de-2013&catid=162&Itemid=576

Gobernación del Quindío. (08 de 07 de 2014). Boletín Quindío firme de 8 de julio de 2014. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de <https://quindio.gov.co/boletines-2014/boletines-julio-de-2014?start=17>

Suárez, D., Vallejo, I., & Díaz, Y. (05 de Marzo de 2008). Jóvenes del Eje Cafetero en el infierno creciente de la heroína. *El Tiempo* .

El Tiempo. (10 de 10 de 2015). 'Lo que más nos preocupa es el uso compartido de jeringas'.

Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de El Tiempo:

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16400318>

Radio Caracol. (07 de 07 de 2015). Denuncian en armenia demoras en la entrega de la metadona. Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de Radio Caracol:

http://caracol.com.co/radio/2015/07/07/regional/1436243400_839132.html

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Encuesta de comportamiento en CODAR: Herramientas básicas. Diseño del estudio adaptación del cuestionario e indicadores.* .

Recuperado el 12 de 01 de 2017, de

http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Codar_cuaderno1.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD; Organización de los Estados Americanos OEA. (2015). *Informe del uso de drogas en las américas 2015.*

Recuperado el 12 de 01 de 2017, de

<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>

World Health Organization. (2015). *The selection and use of essential medicines: Twentieth report of the WHO Expert Committee 2015 (including 19th WHO Model List of Essential Medicines and 5th WHO Model List of Essential Medicines for Children).* (WHO technical report series ; no. 994). Obtenido de

https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/9789241209946_eng.pdf

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas 2018.*

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. (2008). Manual para la prevención del vih/sida en usuarios de drogas inyectadas. México.

Organización de los Estados Americanos . (2013). El problema de las drogas en las américas: Estudios. drogas y salud pública.

World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.

World Health Organization . (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence World Health Organization.

Souza, M. (2007). *ADICCIONES. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA*. (J. A. Velasco, Ed.) México: Alfil.

National Institute of Drug Abuse; National Institutes of Health. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. Segunda edición.

Gryczynski, J., Schwartz, R., Salkever, D., & Mitchell, S. (08 de 08 de 2011). Patterns in admission delays to outpatient methadone treatment in the united states. . *Journal of Substance Abuse Treatment* .

10. ANEXOS.

ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN GRUPO FOCAL.

INVESTIGACIÓN: USUARIOS DE HEROÍNA EN LA CIUDAD DE ARMENIA Y ACCESO A PROGRAMAS AMBULATORIOS DE SUSTITUCIÓN CON METADONA. 2017

Ciudad: _____ Fecha: _____

Yo, _____, una vez informado sobre la finalidad y el propósito que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles registros que puedan generar de ella, doy mi autorización para que realicen preguntas, comentarios, encuestas, tomen nota escrita y por medio de aparatos tecnológicos (grabadoras, filmadoras...)

Adicionalmente se me ha informado que:

- Mi participación en dicho grupo focal para la investigación que ellos llevan a cabo, es completamente libre, voluntaria, basada en mis experiencias y que puedo opinare intervenir cuando lo considere.

- No recibiré beneficio lucrativo de ninguna clase por mi participación en este grupo. Pero si sé que de una u otra forma mi información suministrada servirá para identificar las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios de drogas.

- Toda la información será tratada confidencialmente en el caso que yo lo considere

Al firmar, hago constancia que me he leído (me han leído) y explicado el documento y lo he entendido el valor de mi participación libre y espontánea. Igualmente podré revocarlo si lo considero necesario.

Nombre: _____ Firma: _____

Documento: _____

ANEXO 2. INVESTIGACIÓN: USUARIOS DE HEROÍNA EN LA CIUDAD DE ARMENIA Y ACCESO A PROGRAMAS AMBULATORIOS DE SUSTITUCIÓN CON METADONA. 2017

PREGUNTAS ORIENTADORAS DEL GRUPO FOCAL.

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS:

Número de participantes: ___ masculino ___ femenino ___

Tipo de afiliación: contributivo: ___ subsidiado: ___ población pobre no asegurada: ___

Ocupación: independiente ___ empleado ___ desempleado ___ estudiante ___ Otro ___

Cual? _____

Años de consumo: ___ principal vía: Fumada ___ Inhalada ___ Inyectada ___

PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN:

1. Como considera el acceso a los servicios de salud en general y a los programas de mantenimiento con metadona?. (ustedes han sido atendidos por los servicios de salud? Y como les ha ido? Ustedes han sido atendidos en PMM y como les ha ido (ventajas y desventajas))

2. Por qué cree usted que algunas personas no ingresan a los programas de mantenimiento con metadona?.

3. Usted recomendaría ingresar a un programa de mantenimiento con metadona a algún amigos o conocido que consuma heroína, por qué?

4. Por qué algunas personas abandonan los programas de mantenimiento con metadona?.

5. Cuáles son los beneficios de estar en programas de mantenimiento con metadona?.

6. Cuáles son los inconvenientes de estar en programas de mantenimiento con metadona?

7. Usted cree que los programas de mantenimiento con metadona cambian a las personas y cómo?

Bibliografía

Services, U. D. (2016). Report of Proceedings. *Clinical Advances in Non-agonist Therapies* , 1-50.

Zapata, M. &. (2012). Tratamiento de sustitución con Metadona para la adicción a la Heroína: evaluación de un programa en Colombia. *Adicciones* , 69-76.

Acción Técnica Social (ATS). (21 de Noviembre de 2016). *Implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados con consumo de drogas por vía inyectada en Medellín y su área metropolitana*. Obtenido de Global :

<https://www.acciontecnicasocial.com/implementacion-de-acciones-para-la-reduccion-de-riesgos-y-danos-asociados-con-consumo-de-drogas-por-via-inyectada-en-medellin-y-su-area-metropolitana/>

Rossi, D. P. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. *Intercambios Asociación Civil* , (pág. 82). Buenos Aires.

Comes, Y. S. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones* .

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (11 de Mayo de 2016). *Clinical Advances in Non-agonist Therapies. Report of Proceedings* .

1122, L. (9 de Enero de 2007). Resolución. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* . Bogotá, Colombia.

Social, M. d. (2007). Ley 1122. *Salud Pública*. Bogotá.

Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. En *Estigma* (pág. 176). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.

UNODC. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá D.C: ALVI Impresores S.A.S.

Vidal Pollarolo, P. (2002). La identidad estigmatizada. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, , 1-9.

ATS, C. A. (12 de 2016). *Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao*. Recuperado el 28 de 10 de 2018, de www.odc.gov.co:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016_diagnostico_caracterizacion_situacion_uso_heroina_santander_quilichao.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín Técnico. Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) 2017*.

Secretaría de Salud Departamental del Quindío. (2018). *Análisis de Situación de Salud Departamento del Quindío 2017*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2017*.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). *Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas en el departamento del Quindío*.

Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan Nacional para la Promoción de la Salud, La Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021.

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. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). Contexto de Vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de Consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) En las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá.

La crónica del Quindío. (22 de 03 de 2012). 'El suministro de metadona no podrá ser suspendido', defensoría. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de <http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-nota-44300>

La crónica del Quindío. (20 de 04 de 2012). 'Suministro de metadona llegará al quindío': Issq. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de La crónica del Quindío: <http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-nota-45483>

Gobernación del Quindío. (10 de 09 de 2013). Boletín informativo Quindío firme 10 de septiembre de 2013. Quindío, Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de https://quindio.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=194:boletin-informativo-10-de-septiembre-de-2013&catid=162&Itemid=576

Gobernación del Quindío. (08 de 07 de 2014). Boletín Quindío firme de 8 de julio de 2014. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de <https://quindio.gov.co/boletines-2014/boletines-julio-de-2014?start=17>

Suárez, D., Vallejo, I., & Díaz, Y. (05 de Marzo de 2008). Jóvenes del Eje Cafetero en el infierno creciente de la heroína. *El Tiempo* .

El Tiempo. (10 de 10 de 2015). 'Lo que más nos preocupa es el uso compartido de jeringas'.

Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de El Tiempo:

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16400318>

Radio Caracol. (07 de 07 de 2015). Denuncian en armenia demoras en la entrega de la metadona. Colombia. Recuperado el 12 de 01 de 2017, de Radio Caracol:

http://caracol.com.co/radio/2015/07/07/regional/1436243400_839132.html

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Encuesta de comportamiento en CODAR: Herramientas básicas. Diseño del estudio adaptación del cuestionario e indicadores.* .

Recuperado el 12 de 01 de 2017, de

http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Codar_cuaderno1.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD; Organización de los Estados Americanos OEA. (2015). *Informe del uso de drogas en las américas 2015.*

Recuperado el 12 de 01 de 2017, de

<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>

World Health Organization. (2015). *The selection and use of essential medicines: Twentieth report of the WHO Expert Committee 2015 (including 19th WHO Model List of Essential Medicines and 5th WHO Model List of Essential Medicines for Children).* (WHO technical report series ; no. 994). Obtenido de

https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/9789241209946_eng.pdf

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe Mundial sobre las Drogas 2018.*

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. (2008). Manual para la prevención del vih/sida en usuarios de drogas inyectadas. México.

Organización de los Estados Americanos . (2013). El problema de las drogas en las américas: Estudios. drogas y salud pública.

World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.

World Health Organization . (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence World Health Organization.

Souza, M. (2007). *ADICCIONES. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA*. (J. A. Velasco, Ed.) México: Alfil.

National Institute of Drug Abuse; National Institutes of Health. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. Segunda edición.

Gryczynski, J., Schwartz, R., Salkever, D., & Mitchell, S. (08 de 08 de 2011). Patterns in admission delays to outpatient methadone treatment in the united states. . *Journal of Substance Abuse Treatment* .