



Caracterización del manejo del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia: Encuesta a profesionales de la salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
U.A.E. FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

*PROYECTO DE INVERSIÓN
BPIN202300000000351-1905*

*Fondo Nacional de Estupefacientes
2026*



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
Viceministro de Protección Social

ANDREA ELIZABETH HURTADO BARRERA
Secretaria General

MILVER ROJAS
Director Fondo Nacional de Estupefacientes

WILLIAM ERNESTO SOSSA MUÑOZ
Asesor Técnico Fondo Nacional de Estupefacientes



Proyecto de inversión BPIN 202300000000351 – 1905: Fortalecimiento de la capacidad institucional de las IPS y ESE para la prescripción y uso racional de medicamentos opioides a nivel nacional

Gestora de Proyecto de Inversión
Hilary Gómez Guerra

EQUIPO TÉCNICO

Ernesto Patarroyo Monroy

Manuela Peña

Omar Modera

Wendy González

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE APOYO TÉCNICO

Alejandro Matamoros Palma

Carlos Acosta Pinto

Gregorio Torres Rangel

Laura Alexandra Rey

Paola Andrea Castellanos

William Lizarazo

Iván Camacho

Esteban Quintana

APOYO ADMINISTRATIVO

Esteban Felipe Peñaloza Zuluaga

Diana Carolina Diaz

Tabla de contenido

CARACTERIZACIÓN DEL MANEJO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES EN COLOMBIA: ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD	9
1. RESUMEN	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. METODOLOGÍA	15
3.1 <i>Diseño</i>	15
3.2 <i>Duración del estudio</i>	15
3.3 <i>Población</i>	15
3.4 <i>Criterios de inclusión</i>	16
3.5 <i>Criterio de exclusión</i>	16
3.6 <i>Tamaño de la muestra</i>	16
3.7 <i>Recolección de la Información</i>	17
3.8 <i>Validación de la encuesta</i>	17
3.9 <i>Registro de la información</i>	18
3.10 <i>Entrada, gestión y análisis de los datos</i>	18
3.11 <i>Consideraciones éticas</i>	19
4. RESULTADOS	20
4.1 <i>Sección 1: Información general</i>	21
4.2 <i>Sección 2: Tratamiento</i>	24
4.3 <i>Sección 3: Tratamientos especializados</i>	30
4.4 <i>Sección 4: Capacitación y terapias complementarias</i>	32
4.5 <i>Sección 5: Guías y lineamientos</i>	38
4.6 <i>Sección 6: Programas de seguimiento</i>	41
4.7 <i>Sección 7: Percepción sobre el consumo problemático de medicamentos opioides</i>	43
4.8 <i>Análisis exploratorio de hipótesis</i>	45
5. DISCUSIÓN	48
5.1 <i>Modelos de Tratamiento y Abordajes Terapéuticos</i>	51
5.2 <i>Barreras de Acceso y Desafíos</i>	53
5.3 <i>Percepción de los Profesionales de la Salud</i>	55
5.4 <i>Implicaciones para la Práctica Clínica y las Políticas Públicas</i>	58
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	59
7. CONCLUSIONES	60
8. BIBLIOGRAFÍA	62

Listado de tablas

TABLA 1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE MODELOS PARA EL MANEJO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS ENFOCADO A LOS MEDICAMENTOS OPIOIDES (14–19).....	14
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS.	23
TABLA 3. CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DONDE LABORAN LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS.	24
TABLA 4. RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DE LAS PRUEBAS DE HIPÓTESIS.....	45
TABLA 5. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO*.	47

Listado de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. MAPA DE LA LOCALIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS RECIBIDAS EN LA ENCUESTA.	21
--	----

Listado de gráficas

GRÁFICA 1. MEDICAMENTOS OPIOIDES IDENTIFICADOS EN CASOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO EN PROFESIONALES DE LA SALUD.	25
GRÁFICA 2. PERFILES DE LOS PROFESIONALES QUE HAN PRESENTADO UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.....	26
GRÁFICA 3. MODELOS DE TRATAMIENTO QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES.	27
GRÁFICA 4. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES DONDE LABORAN LOS ENCUESTADOS.	28
GRÁFICA 5. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE LAS BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.	29
GRÁFICA 6. BARRERAS DE ACCESO EN FUNCIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORAN.	30
GRÁFICA 7. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL MANEJO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.....	31
GRÁFICA 8. OPINIÓN SOBRE LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA.	32
GRÁFICA 9. REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O CAPACITACIONES PARA EL MANEJO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.....	33
GRÁFICA 10. DIAGNÓSTICO PARA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.	34
GRÁFICA 11. PRUEBAS TAMIZ PARA EL APOYO DEL DIAGNÓSTICO.	35
GRÁFICA 12. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS O ALTERNATIVAS.	36
GRÁFICA 13. APOORTE DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS SEGÚN LOS ENCUESTADOS.	37
GRÁFICA 14. EXISTENCIA EN LAS INSTITUCIONES DE GUÍAS O LINEAMIENTOS PARA INDICACIONES O RECOMENDACIONES DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.....	38

GRÁFICA 15. PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TIENEN ACCESO A LAS GUÍAS O LINEAMIENTOS DE LAS INSTITUCIONES DONDE LABORAN LOS ENCUESTADOS.	39
GRÁFICA 16. TIPOS DE LINEAMIENTOS QUE EMPLEAN LAS INSTITUCIONES DEPENDIENDO DE SU COMPLEJIDAD.....	40
GRÁFICA 17. DURACIÓN PROMEDIO DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO.	41
GRÁFICA 18. RELACIÓN ENTRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LINEAMIENTOS Y LA MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.	42
GRÁFICA 19. PERCEPCIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE AFIRMACIONES RELACIONADAS AL MANEJO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES.....	44



AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo Nacional de Estupefacientes expresan su agradecimiento a los profesionales de la salud y del servicio farmacéutico que participaron voluntariamente en las encuestas desarrolladas en el marco del Proyecto de Inversión BPIN 202300000000351 – 1905. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales para la generación de información que contribuye a la comprensión del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia.

Asimismo, se reconoce el valioso aporte de las asociaciones científicas y académicas que participaron en la validación metodológica de los instrumentos de recolección de información, así como del equipo técnico del proyecto por su dedicación en las actividades de diseño, recolección, análisis y elaboración del presente documento.

Los hallazgos aquí presentados constituyen un aporte para el fortalecimiento de las capacidades institucionales, la formulación de estrategias de prevención y la generación de evidencia para la toma de decisiones en salud pública relacionadas con el uso racional y la prevención del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia.

FINANCIACIÓN

El presente documento fue elaborado en el marco del Proyecto de Inversión en Salud Pública BPIN 202300000000351 – 1905 “Fortalecimiento de la capacidad institucional de las IPS y ESE para la prescripción y uso racional de medicamentos opioides a nivel nacional”, ejecutado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes y financiado con recursos de inversión de la Nación incorporados en el Presupuesto General de la Nación, viabilizados y registrados en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Nacional (BPIN) del Departamento Nacional de Planeación (DNP).



INDEPENDENCIA EDITORIAL

El contenido técnico, metodológico y analítico de este documento fue desarrollado por el equipo técnico del Proyecto de Inversión BPIN 202300000000351 – 1905. Los análisis, resultados, interpretaciones y conclusiones aquí presentados corresponden al equipo desarrollador del estudio.

La financiación del proyecto y el seguimiento institucional a su ejecución no implicaron intervención en el análisis de la información, la interpretación de los hallazgos ni la formulación de las conclusiones y recomendaciones contenidas en este documento.

NOTA LEGAL

Los derechos patrimoniales derivados de la elaboración del presente documento pertenecen al Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo Nacional de Estupefacientes, de conformidad con la normativa vigente en materia de propiedad intelectual y derechos de autor.

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento para fines académicos, científicos o institucionales, siempre que se cite adecuadamente la fuente.

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo Nacional de Estupefacientes. Caracterización del manejo del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia: Encuesta a profesionales de la salud. Proyecto de Inversión en Salud Pública BPIN 202300000000351 – 1905. Bogotá D.C., Colombia; 2025.

Caracterización del manejo del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia: Encuesta a profesionales de la Salud

1. Resumen

Los medicamentos opioides son fundamentales para el manejo del dolor, de moderado a severo, pero su mal uso representa un riesgo significativo para la salud pública, por ello, es crucial entender cómo se está realizando su seguimiento y tratamiento en Colombia. A pesar de la regulación del Fondo Nacional de Estupefacientes y la baja prevalencia del consumo sin prescripción (0,86%), se hace necesario optimizar los protocolos de detección temprana, intervención y seguimiento. Esta investigación pretende caracterizar el manejo de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia. De esta manera, se identifican brechas en la atención desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, que consistió en una encuesta virtual validada dirigida a profesionales de la salud. Durante los cuatro meses de aplicación de la encuesta, en el marco de un estudio desarrollado durante seis meses, se recolectaron 94 respuestas efectivas que se localizaron en 21 diferentes departamentos del país, obteniendo un 62,76% de participación femenina y un promedio de edad de 39 años. El 42,55% de los encuestados afirman que la institución donde laboran no cuenta con guías o lineamientos para las indicaciones y recomendaciones en el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides. Además, el 82,98% considera que hacen falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional para el manejo de este trastorno. Adicional a esto, hay factores a tener en cuenta: un 41,49% confirmó la existencia de barreras de acceso que dificultan la atención de estos pacientes y un 45,75% refiere barreras formativas, se niega la existencia de programas de formación por parte de la institución.



Por otro lado, llama la atención que el 19,15% de los encuestados afirma conocer casos donde los profesionales de salud están involucrados en un consumo problemático de estos medicamentos. En conclusión, los resultados obtenidos muestran que no hay una estandarización a nivel nacional para el diagnóstico y manejo del consumo problemático de medicamentos opioides que permitan orientar a los profesionales de salud en su labor. Por lo cual, es necesario la realización de lineamientos nacionales que estandaricen el manejo y tratamiento del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia.

Palabras clave: Medicamentos opioides; Trastorno por consumo de opioides; Modelos de tratamiento; Barreras de acceso.

2. Introducción

El dolor, según la Asociación Internacional del Estudio del Dolor por sus siglas en inglés IASP, se define como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o que se asemeja a la asociada con, daño tisular real o potencial”, resaltando la importancia de conocer que esta experiencia es personal que puede verse influenciada por diversos factores y que puede afectar su bienestar tanto físico como social y psicológico (1). Cualquier persona es susceptible de experimentar dolor sin importar sexo, edad, profesión, raza, entre otros; si bien la percepción y características del dolor pueden ser diferentes de persona a persona, el manejo de éste es importante ya que, así sea leve o grave, afecta de alguna manera el bienestar de las personas impidiéndole en algunos casos desempeñar sus actividades diarias. Dependiendo del tipo de dolor y la causa, este se puede tratar de forma farmacológica, con terapia, cambios en hábitos u otras alternativas.

Los medicamentos opioides representan el tratamiento para el dolor más efectivo mundialmente, pero este tratamiento no está indicado para

cualquier tipo de dolor, sino para dolor agudo (menor a 3 meses) y crónico (mayor a 3 meses) de moderado a severo (2). La razón de esto es debido a que generan un potente efecto analgésico, que en casos agudos no es necesario; y además presentan un alto potencial para generar tolerancia, abstinencia y dependencia asociado a la sensación de placer y bienestar que producen, lo que los convierte en sustancias de alto riesgo (3). Sin embargo, en los últimos años, se detectó un aumento en el uso inadecuado de medicamentos opioides que se ha convertido en un grave problema de salud pública, particularmente en Estados Unidos, donde las muertes por sobredosis aumentaron drásticamente debido a la prescripción inadecuada y consumo irresponsable de fármacos como el fentanilo y la oxicodona (4). El Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (UNODC), reporta un aumento en el consumo problemático de medicamentos opioides debido al surgimiento de nuevos opioides sintéticos con una alta demanda de estos, generando que haya aproximadamente 60 millones de consumidores de opioides, con un 72% de las muertes por sobredosis debido a opioides en el 2022 (5). Aunque esto abarca todo tipo de sustancias naturales y sintéticas derivadas del opio, los medicamentos opioides también hacen parte y representan un gran riesgo. En Colombia, los medicamentos opioides: morfina, hidromorfona, metadona, meperidina, buprenorfina, fentanilo, remifentanilo, oxicodona y tapentadol; están vigilados y controlados por el estado mediante el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), por lo que se denominan medicamentos de control especial y éstos deben ser prescritos por un médico por medio de un recetario oficial. Sin embargo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2019, en Colombia reportó una prevalencia del 0,86% del uso de medicamentos opioides sin prescripción médica en algún momento de su vida (6). Lo que indica que, si bien es menor, hay un consumo problemático de estos medicamentos controlados.

Este consumo problemático, también denominado farmacodependencia o trastorno del consumo de opioides (TCO), puede originarse de tres formas principales: de manera iatrogénica, cuando surge como consecuencia de un tratamiento médico que derivó en dependencia; como droga principal, en la que el fármaco se utiliza con fines recreativos en lugar de terapéuticos; y como droga de reemplazo, cuando, ante la falta de disponibilidad o efectividad de otra sustancia, se recurre a medicamentos opioides obtenidos ilícitamente (3,7). Independientemente de su origen, el desenlace es un consumo problemático con graves repercusiones tanto en la salud individual como en el ámbito social y sanitario. Adicional a esto, es importante tener en cuenta que existen ciertos factores socioeconómicos y culturales basados en otro tipo de sustancias como el alcohol que pueden influir en el consumo problemático de medicamentos opioides, como la falta de educación, situaciones familiares y económicas difíciles y estado de salud inestable, tanto física como mental acompañado de una falta de acceso al sistema de salud, pueden aumentar el consumo de medicamentos opioides en busca de una salida momentánea de estas situaciones estresantes y difíciles (8). Si bien el acceso al alcohol es mucho más fácil que el acceso a medicamentos de control especial como los opioides, debido al efecto de bienestar que generan pueden ser preferidos. Sumando a esto, existe cierta normalización del consumo de estas sustancias por parte de las personas en lugares donde se facilita el acceso de estos medicamentos por el mercado ilegal (9).

Por ello, resulta fundamental implementar en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud herramientas para la identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides que sirven como apoyo para un diagnóstico; si bien éstas herramientas son utilizadas principalmente para cualquier tipo de sustancias de abuso que generan dependencia, resultan muy útiles para la identificación de este problema para los medicamentos opioides. Algunos ejemplos son: ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) que tiene como objetivo identificar si hay un consumo problemático con

alguna sustancia de abuso y los riesgos asociados a esto dando además idea de la intervención más adecuada para el individuo. Por otro lado, el Índice de gravedad de la adicción ISA-6, que es utilizada para identificar las necesidades del paciente para la implementación de una estrategia de manejo de la adicción adecuada para un paciente en específico, donde la información se obtiene por medio de una entrevista semiestructurada y además permite evaluar la eficacia del tratamiento. El APGAR familiar, sirve para evaluar la funcionalidad de la familia del individuo desde la perspectiva de éste en donde se explora la adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. Por último, el CARLOS CRAFFT y la prueba AUDIT, que evalúan el consumo de sustancias adictivas y el riesgo de hacerlo, y el consumo problemático de alcohol identificando el alcoholismo y el grado de dependencia del alcohol por medio de un cuestionario, respectivamente (10–14). Cada uno de estos modelos tienen sus ventajas y desventajas que se pueden ver en la Tabla 1.

Una vez identificado un consumo problemático, se deben realizar estrategias para el manejo del consumo problemático identificado, algunos de los modelos de tratamiento para el consumo problemático de sustancias incluyen diversas aproximaciones como los desglosados en la Tabla 1.

Tabla 1. Ventajas y desventajas de modelos para el manejo de consumo problemático de sustancias enfocado a los medicamentos opioides (14–19).

Modelos	Ventajas	Desventajas
Clínico	Combina tratamiento farmacológico con terapia psicológica para la desintoxicación y manejo de los síntomas	Representa un mayor costo para el sistema de salud.
Comunidad terapéutica	Convivencia en un ambiente libre de sustancias adictivas, entre individuos que comparten el mismo problema de dependencia, en donde se apoyan mutuamente.	Baja adherencia al requerir la residencia en una comunidad aparte.
Intervención breve	Realización de cambios progresivos mediante la fijación de metas como la reducción de dosis.	Al ser una intervención breve, no es efectiva en casos de adicción graves y no cuenta con un seguimiento.
Cognitivo conductual	Modifica los pensamientos y conductas que están asociadas al consumo.	Los resultados se observan a mediano plazo
Reducción de daños	Busca minimizar riesgos (como sobredosis o enfermedades) sin exigir abstinencia.	El consumo problemático de estas sustancias persiste.
12 pasos	Promueve la abstinencia y la rehabilitación física, emocional y espiritual.	Requiere motivación espiritual por lo que puede tener baja adherencia.
Matrix	Tratamiento ambulatorio con apoyo familiar.	Precisa de acompañamiento familiar colaborativo

Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE

Cada enfoque adapta sus estrategias según las necesidades del paciente, ya sea con abstinencia, manejo de riesgos o reinserción social. La efectividad del tratamiento del consumo problemático depende de los profesionales de la salud, el individuo, el apoyo social con el que cuente, la elección del modelo o los modelos para el manejo y el plan establecido para llevarlo a cabo. El National Institute on Drug Abuse (NIDA), estableció unos principios en el manejo de la adicción a drogas, los cuales consideran que no hay un manejo único que sea apropiado para todos los individuos y para que sea efectivo no solo debe intentar solucionar el uso de drogas sino también atender las múltiples necesidades del individuo. Además, el tratamiento como el plan de servicios que se ofrece a un individuo debe ser evaluados y modificados constantemente, para



asegurar que atienden las necesidades del cliente y que así se asegure la efectividad (8).

En este contexto, se desarrolló esta investigación por parte del FNE, a partir de una encuesta virtual voluntaria y validada, dirigida a profesionales de la salud con experiencia en el manejo del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Esto con el objetivo de realizar una caracterización a nivel nacional que evidencie la manera con la cual se está realizando el abordaje del consumo problemático de medicamentos opioides en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia.

3. Metodología

3.1 Diseño

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, que consistió en una encuesta virtual validada.

3.2 Duración del estudio

El periodo de recolección y análisis de la información fue de 6 meses.

3.3 Población

Se selecciono como población objetivo profesionales de la salud que cumplan los siguientes criterios:



3.4 Criterios de inclusión

- Ser profesional de la salud o profesional administrativo que desempeñe sus funciones en una institución habilitada para el manejo de sustancias psicoactivas.
- Aceptar la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado electrónico.
- Profesionales de la salud con conocimiento en el manejo de sustancias psicoactivas.

3.5 Criterio de exclusión

- No tener conflicto de intereses para la participación en el estudio.

3.6 Tamaño de la muestra

De acuerdo con la naturaleza de la población objetivo y la imposibilidad de contar con un marco de lista que permita identificar de manera detallada a cada uno de los profesionales de salud, por lo cual, resulta imposible estimar un tamaño de muestra ante el desconocimiento del universo que conforma la población objetivo.

A raíz de ello, se implementó estrategias para recolectar información de contacto y/o registro de los profesionales de la salud en diferentes agremiaciones, hospitales, universidades o entornos en los cuales ejercieran estos profesionales, y se logró realizar un proceso de difusión masivo que permitiera tener cobertura amplia para obtener respondientes, esperando inicialmente que se obtuviera información por parte de la mayoría de estos registros y se consolidara una fuente de información robusta y consistente para llevar a cabo la medición de los parámetros e indicadores de interés.

Lo anterior, da indicios a no tener la posibilidad de generar análisis de tipo inferencial sobre la totalidad de población que conforma la población objetivo de cada tipo de contacto, sino que el resultado únicamente entregará resultados sobre el subconjunto poblacional que responda la encuesta al tratarse de un censo de respondientes y no una muestra bajo un mecanismo de selección aleatorio.

3.7 Recolección de la Información

Se realizó el diseño de una herramienta de recolección de información de tipo encuesta, mediante un formulario digital el cual contó con datos del proyecto, el objetivo de la investigación, la aceptación del consentimiento informado, y las preguntas principalmente cerradas y organizadas en 7 secciones de la siguiente manera:

1. Información general.
2. Tratamiento.
3. Tratamientos especializados.
4. Capacitación y terapias complementarias.
5. Guías y lineamientos.
6. Programas de seguimiento.
7. Percepción sobre el consumo problemático de medicamentos opioides.

3.8 Validación de la encuesta

La validación de la encuesta como herramienta de recolección de información, fue realizada por comités de expertos con asociaciones y agremiaciones médicas, las cuales se listan a continuación:

- Asociación de Toxicología Clínica Colombiana (ATCC)
- Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

3.9 Registro de la información

Los repositorios de información que se elaboraron para el estudio cumplieron con los requerimientos de la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 del 2013 de protección de datos personales. Así, todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se trataron conforme a los repositorios de información elaborados para el estudio cumplieron con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 en materia de protección de datos personales. Así, todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio fueron tratados de manera confidencial. La información se registró en bases de datos anónimas y se utilizó exclusivamente para los fines específicos de este estudio. La información obtenida se registro en bases de datos anónimas y se utilizaron exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

3.10 Entrada, gestión y análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de la información que permite identificar las características y condiciones de la población objetivo, empleando medidas de tendencia central (promedio, mediana, percentiles) y dispersión (varianza, desviación estándar, coeficiente de variación), tablas de frecuencia, gráficos de dispersión (histograma, boxplot), entre otros.

Esto, se complementó con un análisis de tipo exploratorio en el que a partir de la definición de un conjunto de hipótesis a nivel estadístico, permitiera identificar diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales encuestados. Partiendo de la definición del parámetro trazador definido a nivel temático, referido a la tendencia de lineamientos en las instituciones donde laboraban los profesionales encuestados, se propuso realizar un ejercicio de contraste con un conjunto adicional de indicadores de manera tal que se lograra identificar las diferencias



existentes entre tener o no lineamientos respecto a estos atributos mencionados.

Para ello, se implementó la prueba T que permite validar las hipótesis planteadas desde el punto de vista estadístico, permitiendo así, tener evidencia que funcione como sustento estadístico para la generación de conclusiones sobre la información disponible. El resultado de las pruebas de hipótesis realizadas, se presenta en cada una de ellas la conclusión de las mismas basada en el comportamiento del criterio de decisión asociado al “valor p” de la prueba. Según este criterio, si el “valor p” de la muestra es inferior a 0,05, se dice que hay diferencias estadísticamente significativas entre los criterios analizados respecto a la proporción de tener o no lineamientos.

Los datos se analizaron con el software R Studio y Microsoft Excel.

3.11 Consideraciones éticas

El Comité de Ética y Metodología de Investigación del Instituto Nacional de Salud, avaló la realización del Proyecto de Investigación CEMIN 21-2024 bajo el registro N° 7 del 03 de abril del 2025 (FOR-A03.0000-001), debido a que cumple con los requisitos éticos y metodológicos revisados y la validación realizada por pares académicos.

Se manejó un modelo de consentimiento informado, siendo de obligatorio cumplimiento para poder llevar a cabo la captura de información. La participación por parte de los profesionales no conllevó a ningún tipo de compensación económica o en especie.

Adicionalmente, se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información cumpliendo los requisitos legales pertinentes:

- Resolución 8430 de 1993, por el que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Declaración de Helsinki de 2000. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos.



- Ley 1581/2012 y Decreto 1377 de 2013 de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 527/1999 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, octubre de 2005.
- Art. 15 de la Constitución Política de Colombia.

4. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los profesionales de la salud de las IPS de Colombia durante los meses de enero a abril del año 2025, con el fin de realizar una caracterización sobre el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides. Durante este tiempo se recolectaron 94 respuestas efectivas que se localizaron en diferentes departamentos del país (ver Ilustración 1). Los resultados obtenidos en las encuestas se irán presentando por secciones.

Ilustración 1. Mapa de la localización de las respuestas recibidas en la encuesta.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.1 Sección 1: Información general

Esta sección pretende caracterizar las personas y la institución donde laboran. En la Tabla 2, se muestra algunas las características de la población encuestada. La mayoría respondientes son mujeres con un (62,76%) en comparación con los hombres (37,24%), con un promedio de edad de 39 años $\pm$ 10,39. En cuanto a la experiencia, tanto profesional como en el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides, se encontraron resultados variados, la mayoría tiene experiencia profesional entre 5 a 10 años (27,66%) y experiencia en el manejo de



consumo problemático entre 1 a 5 años (31,91%). Sin embargo, de este último, el segundo porcentaje mayor es de 19,15% que expresan no tener experiencia específica en el tema mencionado.

Sobre el cargo que ocupan las personas encuestadas, se observa que, en general son del área de enfermería, medicina, toxicología, farmacia y psicología; y sus actividades laborales tienen un 60,64% en actividad netamente asistencial, 6,38% actividades administrativas y un 8,51% en actividades solo de dirección o coordinación. Ninguna de las personas que respondieron la encuesta realiza investigación de manera independiente, pero si se realiza en conjunto con otras actividades, ya que, un 24,47% realiza más de una de las actividades anteriormente mencionadas.

Tabla 2. Características de los profesionales encuestados.

	Personas	Porcentaje
Sexo al nacer		
Hombre	35	37,24%
Mujer	59	62,76%
Indeterminado	0	0%
Edad		
20-30 años	23	24,47%
31-40 años	29	30,85%
41-50 años	28	29,79%
Mas de 50 años	14	14,89%
Tiempo de experiencia profesional		
Menos de 1 año	9	9,57%
Entre 1 a 5 años	24	25,53%
Entre 5 a 10 años	26	27,66%
Entre 10 y 15 años	14	14,89%
Más de 15 años	21	22,34%
Tiempo de experiencia en manejo de consumo problemático de opioides		
Menos de 1 año	14	14,89%
Entre 1 a 5 años	30	31,91%
Entre 5 a 10 años	12	12,77%
Entre 10 y 15 años	10	10,64%
Más de 15 años	10	10,64%
No cuenta con experiencia específica	18	19,15%
Total	94	100%

Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Adicionalmente, se pudo identificar algunas características específicas de las instituciones en las que laboran los profesionales encuestados, la mayoría se encuentran ubicados en zonas urbanas (86,17%), de complejidad media (48,94%) y atienden a toda la población (81,92%) como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Caracterización de las instituciones donde laboran los profesionales encuestados.

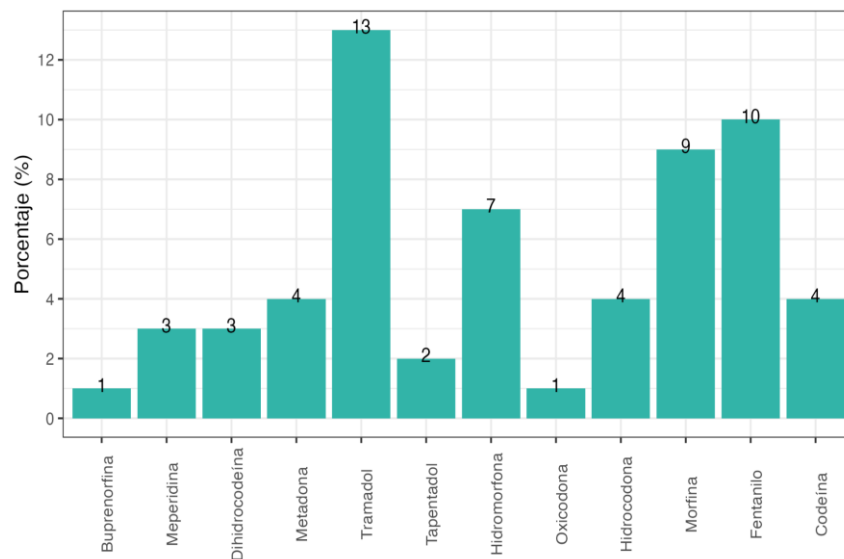
	n	Porcentaje
Zona Geográfica		
Urbana	81	86,17%
Rural	12	12,77%
Periurbana	1	1,06%
Nivel de complejidad		
Baja (primer nivel)	24	25,53%
Media (Segundo Nivel)	46	48,94%
Alta (Tercer Nivel)	24	25,53%
Tipo de población		
Mayores de edad	16	17,02%
Menores de edad	1	1,06%
Toda la población	77	81,92%
Total	94	100%

Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.2 Sección 2: Tratamiento

Esta sección explora el manejo de pacientes con consumo problemático. Los resultados muestran que el 63,83% de las personas que respondieron la encuesta afirman que en la institución en la que laboran se han tratado pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides. Sin embargo, hay una posibilidad de que este problema también ocurra en los profesionales de la salud debido a la facilidad de acceso de estos, a lo que el 19,15% (n=18) respondió que sí conocían algún caso de este tipo en la institución donde laboran. De este porcentaje, los medicamentos con lo que se ha visto que hay mayor consumo problemático en los profesionales de la salud son tramadol (n=13), fentanilo (n=10) y morfina (n=9), como se puede observar en la Gráfica 1.

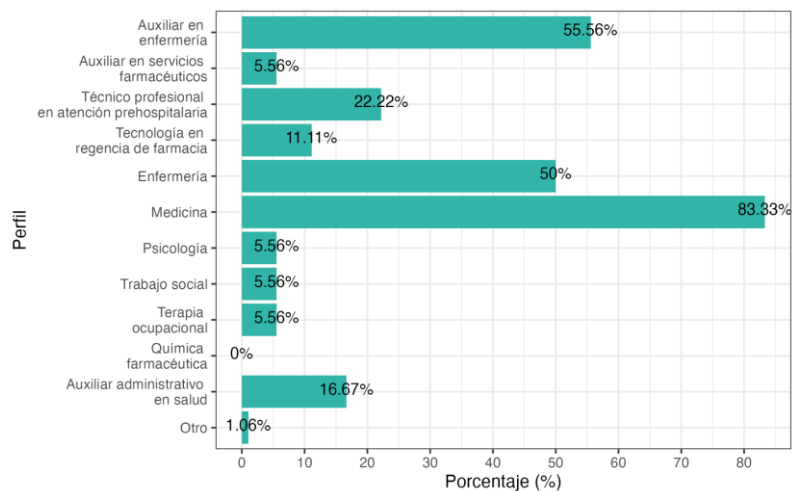
Gráfica 1. Medicamentos opioides identificados en casos de consumo problemático en profesionales de la salud.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Los principales perfiles profesionales que fueron reportados con un consumo problemático de medicamentos opioides son: Medicina (83,33%), auxiliar de enfermería (55,56%) y enfermería (50%), como se observa en la Gráfica 2.

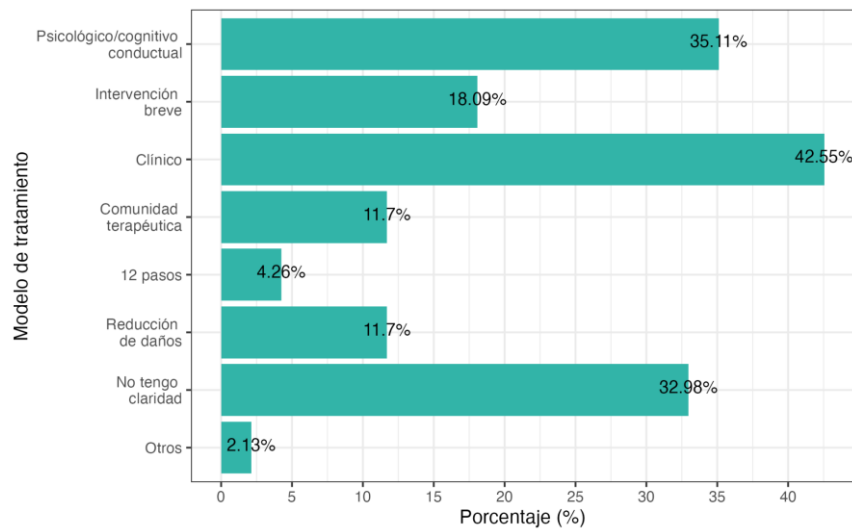
Gráfica 2. Perfiles de los profesionales que han presentado un consumo problemático de medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Los modelos que ofrecen las instituciones para el tratamiento del consumo problemático de medicamentos opioides varían principalmente entre: Modelo clínico (42,55%), Modelo psicológico cognitivo conductual (35,11%) y Modelo de intervención breve (18,09%). Es importante resaltar que el 32,98% de los encuestados no tiene claridad del modelo de tratamiento que se aplica en la institución en la que ejerce su profesión, como se puede observar en la Gráfica 3.

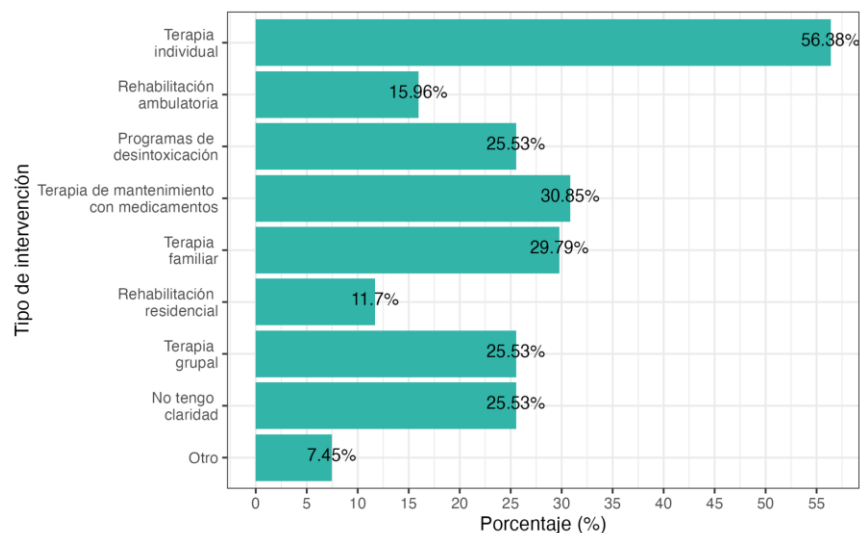
Gráfica 3. Modelos de tratamiento que ofrecen las instituciones.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Adicional a los modelos de tratamiento, las instituciones implementan intervenciones específicas para este grupo de pacientes, entre los cuales se destaca la terapia individual (56,38%), terapia con mantenimiento de medicamentos (30,85%) y la terapia familiar (27,79%) (Gráfica 4). En este manejo, las respuestas indican que los profesionales más involucrados en ello son los psicólogos (75,53%), médicos generales (67,02%) y psiquiatras (60,64%).

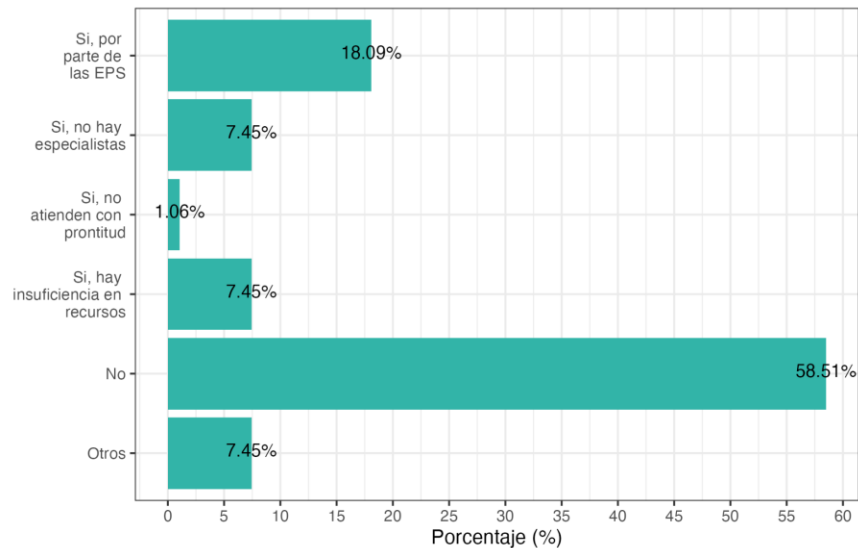
Gráfica 4. Intervenciones específicas que ofrecen las instituciones donde laboran los encuestados.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Finalmente, esta sección termina con la identificación de posibles barreras de acceso que se puedan presentar en la institución en la atención de pacientes y/o usuarios de consumo problemático de medicamentos opioides, en donde el 58,51% de los encuestados manifestaron que no existían barreras de acceso, un 34,04% manifestó que sí y las principales razones fueron por parte de la EPS, porque no existen especialistas para el manejo del consumo problemático y la insuficiencia en los recursos e instalaciones (Gráfica 5).

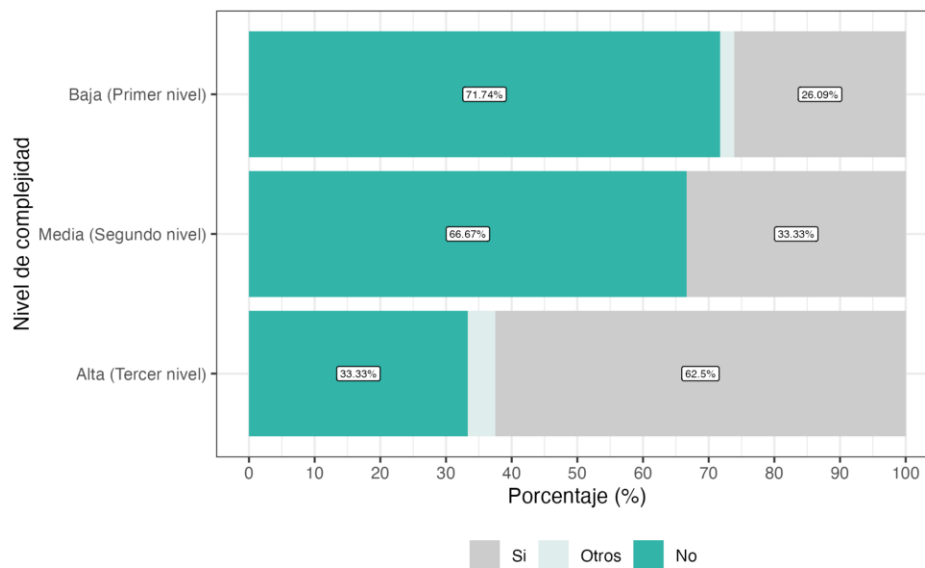
Gráfica 5. Identificación de los encuestados sobre las barreras de acceso en la atención de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Teniendo en cuenta el nivel de complejidad de las instituciones, se logró evidenciar que el porcentaje de instituciones con barreras de acceso fue del 62,5% en instituciones de alta complejidad, en comparación con instituciones con complejidad media y baja, en las que los profesionales refieren la existencia de estas barreras (33,33% y 26,09% respectivamente), como se evidencia en la Gráfica 6.

Gráfica 6. Barreras de acceso en función de la complejidad de la institución donde laboran.

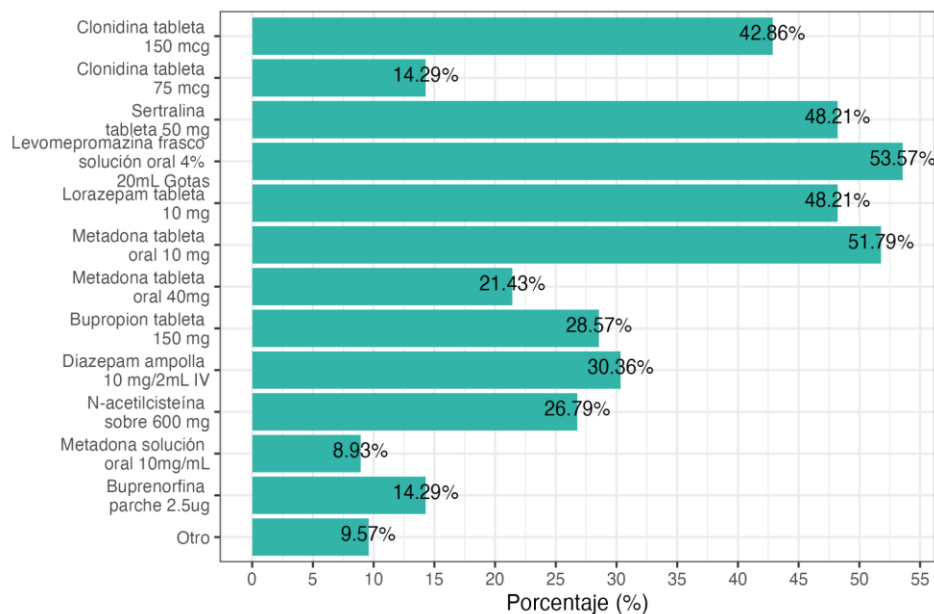


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.3 Sección 3: Tratamientos especializados

Esta sección indaga sobre el tratamiento farmacológico en el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides. Se identificó que el 59,57% asegura que en la institución donde labora se utiliza tratamiento farmacológico. De los profesionales que dieron una respuesta afirmativa, manifiestan realizar el manejo con: Levomepromazina frasco solución oral al 4% 20mL gotas (53,57%), Metadona tableta oral 10 mg (51,79%), Lorazepam tableta 10 mg y Sertralina tableta 50mg (48,21% ambos), como se observa en la Gráfica 7.

Gráfica 7. Medicamentos utilizados en el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides.



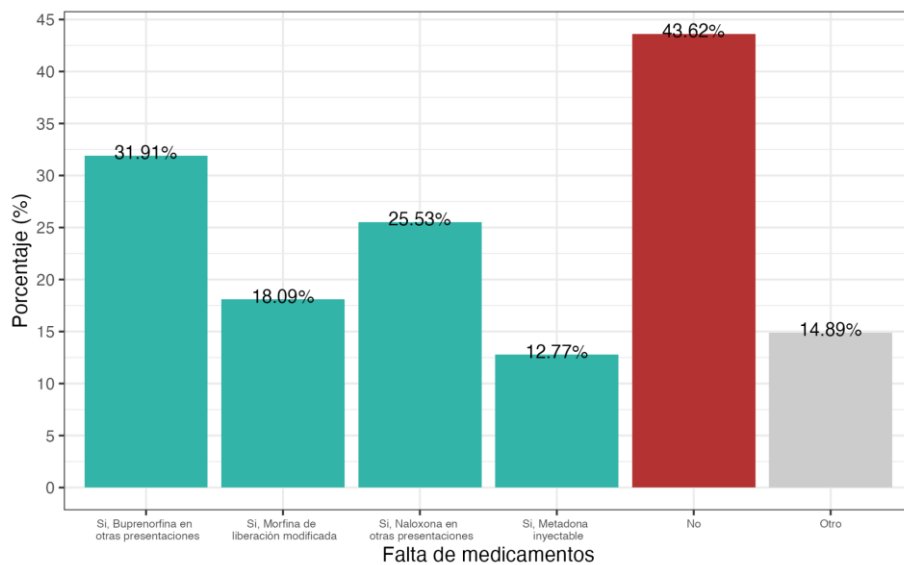
Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Por otro lado, se preguntó sobre la opinión de la Metadona solución oral 10mg/mL frasco por 120 mL para el tratamiento de sus pacientes y/o usuarios, a lo que la mayoría (35,11%) prefiere no opinar al respecto, pero un 30,85% opina que es una presentación adecuada y de rápida opción para este fin, y un 23,40% piensa que esta presentación permitiría realizar una mejor titulación y desmonte gradual de la dosis inicial de Metadona. Sin embargo, un 17,02% opinan que esta presentación no es necesaria ya que sólo sería útil a nivel hospitalario con central de mezclas y el 7,45% afirman que es una presentación que podría ser fácilmente hurtada o podría causar sobredosis en los usuarios.

Finalmente, se indago sobre si los encuestados consideran que en Colombia hacen falta medicamentos o presentaciones de éstos para realizar un mejor manejo de esta problemática, a lo que, como se evidencia en la Gráfica 8, un 43,62% responde que no, un 31,91%

considera que hace falta buprenorfina en otras presentaciones, el 25,53% Naloxona en otras presentaciones, un 18,09% considera que hace falta la morfina de liberación modificada, el 12,77% metadona inyectable y un 14,89% opina otros, donde se destaca que el 45,45% de este porcentaje manifiesta que hace falta la Naltrexona.

Gráfica 8. Opinión sobre la falta de medicamentos en Colombia.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

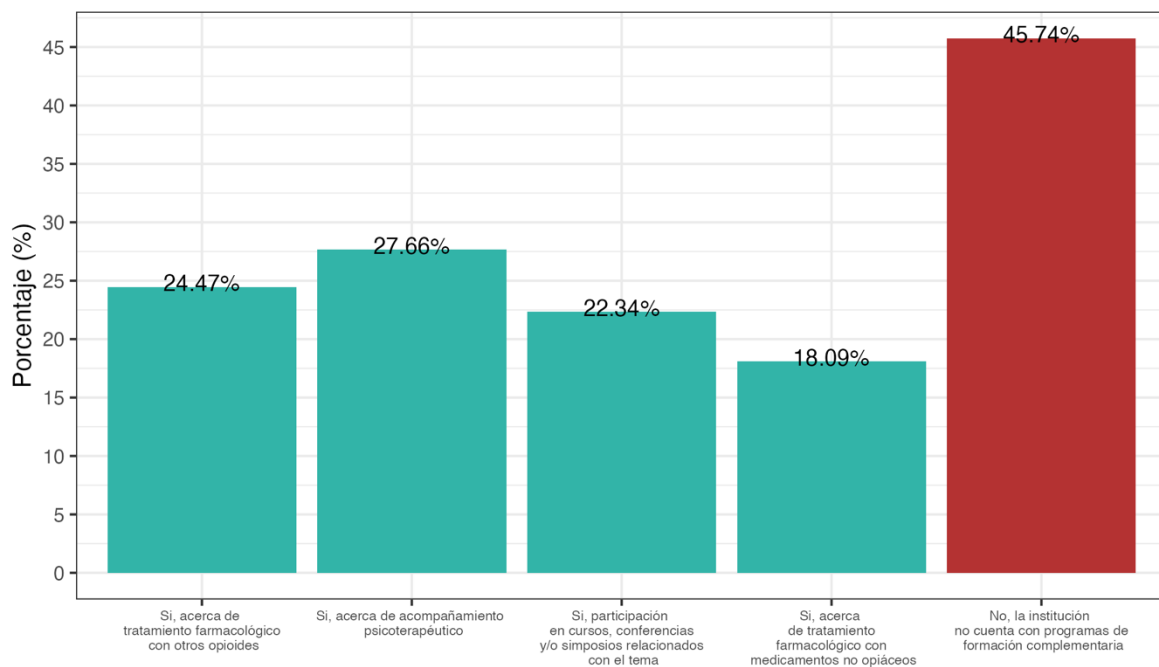
4.4 Sección 4: Capacitación y terapias complementarias

El hallazgo más alarmante es que 45,74% de las instituciones evaluadas no cuentan con programas de formación complementaria, lo que representa casi la mitad de los centros de salud analizados. Esta carencia significativa en programas formativos sugiere una brecha importante en el desarrollo profesional continuo del personal salud.

En contraste, entre las instituciones que sí ofrecen programas de formación, se evidencia una distribución relativamente equilibrada en las áreas de especialización. El 27,66% de las instituciones proporcionan

formación en acompañamiento psicoterapéutico, seguido por un 24,47% que ofrece capacitación en tratamiento farmacológico con medicamentos no opiáceos. La formación en participación en cursos, conferencias y simposios representa el 22,34%, mientras que el 18,09% se enfoca en tratamiento farmacológico con otros opioides. Esta distribución sugiere que, aunque existe una proporción considerable de instituciones comprometidas con la formación continua, la mayoría de los esfuerzos se concentran en áreas de manejo del dolor y apoyo psicológico, lo cual podría indicar una respuesta institucional a necesidades específicas en el manejo de pacientes con condiciones crónicas o complejas (Gráfica 9).

Gráfica 9. Realización de programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides.

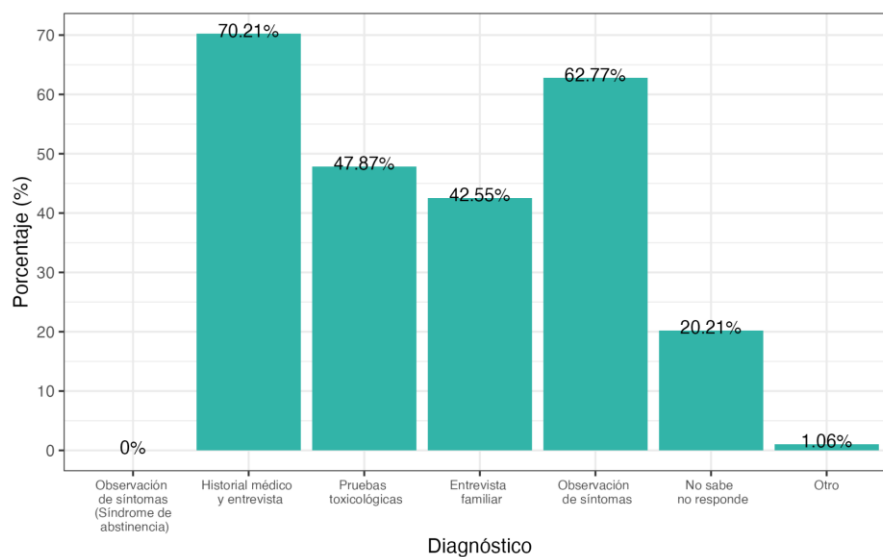


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

El hallazgo más destacado es que la observación de síntomas (historial médico) constituye el método diagnóstico más prevalente con un 70,21%, seguido por la observación de síntomas con un 62,77%. Estas cifras indican que los profesionales de salud priorizan métodos clínicos directos y la anamnesis como herramientas fundamentales para el diagnóstico.

Sin embargo, resulta preocupante observar que métodos diagnósticos más objetivos como las pruebas toxicológicas solo se utilizan en el 47,87% de los casos, mientras que la entrevista familiar se emplea únicamente en el 42,55% de las situaciones clínicas. El 20,21% de los profesionales no sabe o no responde sobre los métodos diagnósticos empleados, como se puede identificar en la Gráfica 10.

Gráfica 10. Diagnóstico para el consumo problemático de medicamentos opioides.



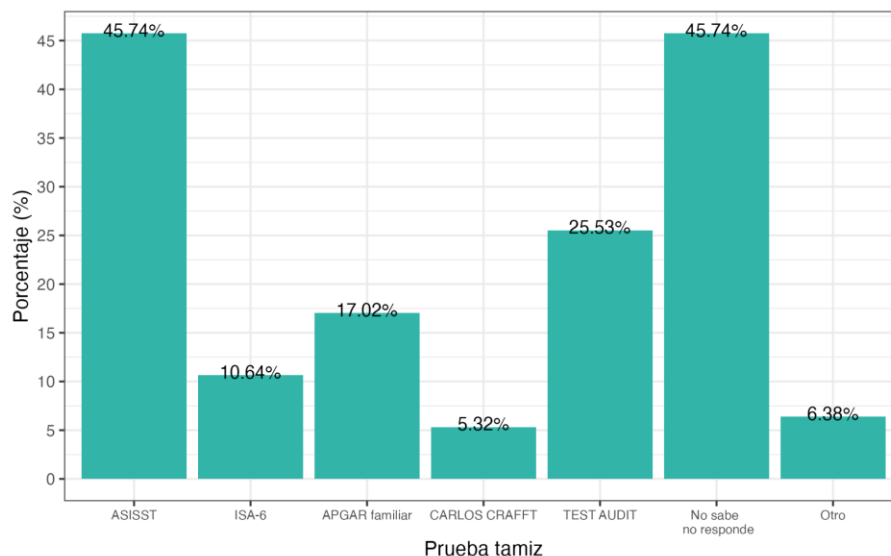
Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Frente a la distribución porcentual del uso de diferentes pruebas tamiz (Gráfica 11) utilizadas para la detección de consumo problemático de sustancias o factores asociados, como se observa en diversas

instituciones o contextos clínicos. Las pruebas más frecuentemente reportadas son el ASSIST y la categoría de “No sabe / no responde”, ambas con un 45,74%, lo cual sugiere que el ASSIST es una herramienta ampliamente reconocida y utilizada, posiblemente por su validación internacional y capacidad para evaluar múltiples sustancias. Sin embargo, la alta proporción de personas que no saben o no responden (idéntica al uso de ASSIST) puede indicar una falta de conocimiento o estandarización en el uso de herramientas de tamizaje.

El TEST AUDIT, centrado en el consumo de alcohol, representa el 25,53%, siendo la segunda prueba más utilizada, lo que refleja una preocupación relevante por el alcohol dentro del espectro de sustancias. Otras pruebas como APGAR familiar (17,02%), ISA-6 (10,64%) y CARLOS CRAFFT (5,32%) tienen menor representación, lo que puede señalar un uso limitado o focalizado en poblaciones específicas (por ejemplo, adolescentes en el caso de CRAFFT). Finalmente, un 6,38% menciona “Otro”, lo que podría reflejar pruebas menos conocidas o locales.

Gráfica 11. Pruebas tamiz para el apoyo del diagnóstico.

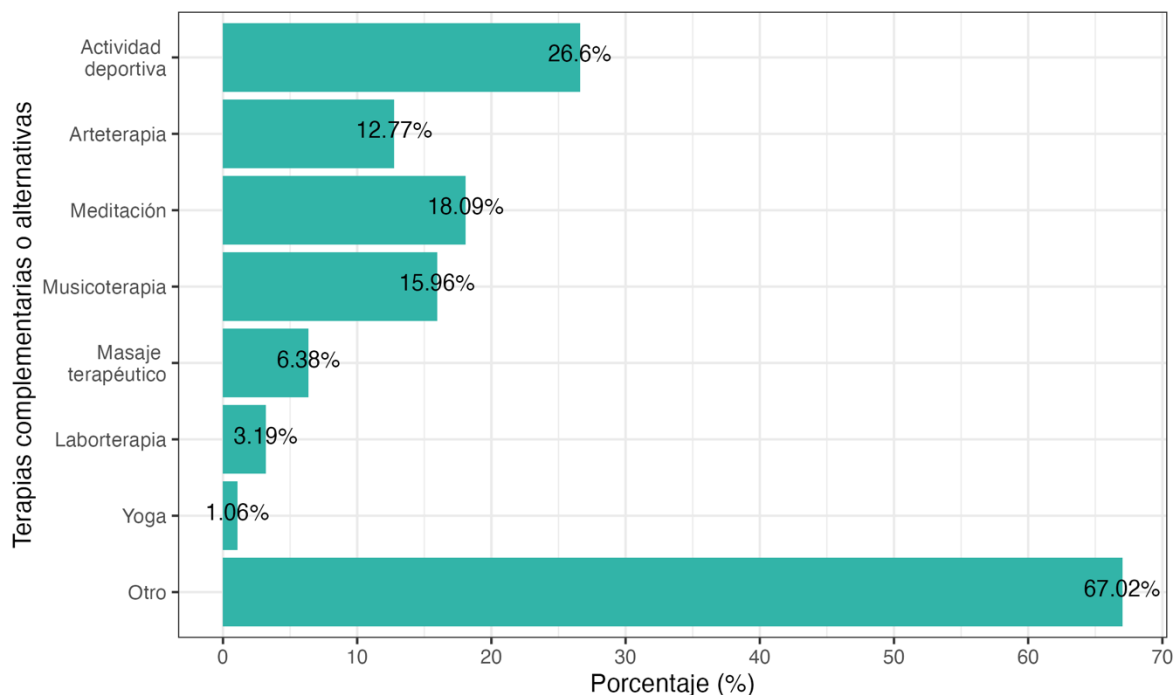


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

El grupo mayoritario corresponde a la categoría “Otro” (67,02%), lo cual sugiere una gran heterogeneidad en las prácticas no convencionales implementadas por las instituciones.

Entre las terapias específicas reportadas, la actividad deportiva (26,6%) es la más utilizada, lo cual resalta su valor terapéutico en la promoción de hábitos saludables. Le siguen la meditación (18,09%), musicoterapia (15,96%) y arteterapia (12,77%), terapias que trabajan aspectos emocionales y sensoriales clave para la recuperación. Terapias como el masaje terapéutico (6,38%), laborterapia (3,19%) y yoga (1,06%) son menos frecuentes, aunque pueden ser muy efectivas si se integran adecuadamente en planes de tratamiento (Gráfica 12).

Gráfica 12. Terapias complementarias o alternativas.

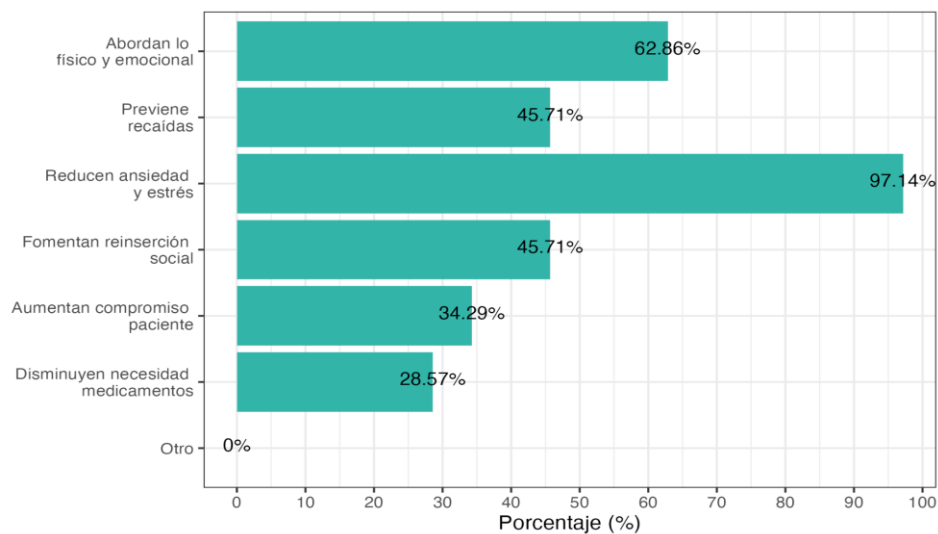


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Así mismo, las terapias complementarias en el contexto del tratamiento de adicciones o condiciones asociadas (Gráfica 13). El beneficio más destacado, con un 97,14%, es la reducción de la ansiedad y el estrés, lo que evidencia el rol fundamental que estas terapias juegan en el manejo emocional de los pacientes, aspecto crucial para la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. Le siguen aportes como el abordaje integral físico y emocional (62,86%) y la prevención de recaídas (45,71%), lo que refuerza su valor como intervenciones holísticas que complementan el tratamiento convencional.

Otros beneficios reportados incluyen el fomento de la reinserción social (45,71%) y el aumento del compromiso del paciente (34,29%), indicadores clave de un tratamiento exitoso a largo plazo. La disminución en la necesidad de medicamentos (28,57%) sugiere un posible efecto modulador de estas terapias sobre síntomas que usualmente se tratan con fármacos, como insomnio, ansiedad o dolor. En conjunto, los datos respaldan el uso de terapias complementarias como un recurso valioso dentro de un enfoque integral de atención en salud mental y adicciones.

Gráfica 13. Aporte de terapias complementarias según los encuestados.



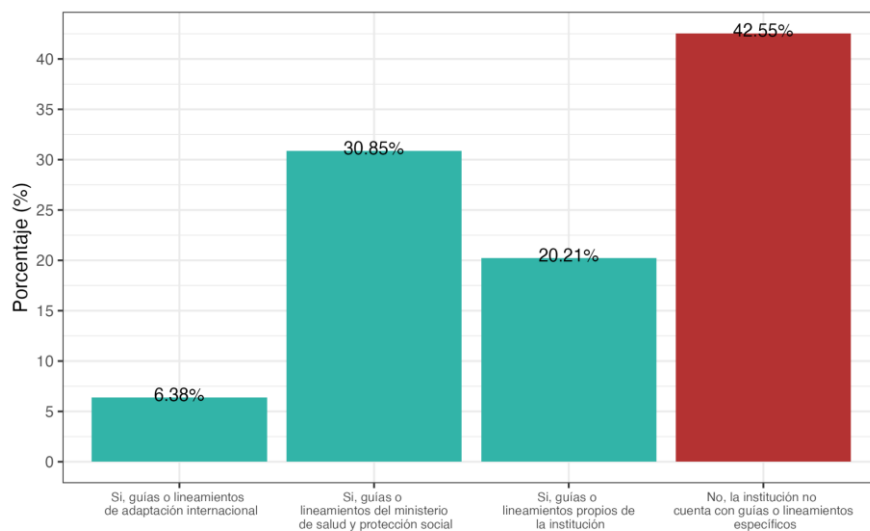
Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.5 Sección 5: Guías y lineamientos

Se evidencia una importante brecha en la existencia de guías o lineamientos institucionales para la atención del consumo problemático de medicamentos opioides. El dato más preocupante es que el 42,55% de las instituciones no cuenta con guías o lineamientos específicos, lo cual representa un riesgo significativo en la calidad, consistencia y seguridad de la atención brindada a estos pacientes.

Por otro lado, un 30,85% de las instituciones se apoya en guías del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que indica un grado de alineación con políticas nacionales, mientras que un 20,21% ha desarrollado lineamientos propios, lo cual sugiere cierta capacidad institucional para adaptar respuestas locales. Sólo un 6,38% utiliza guías internacionales, como se observa en la gráfica 14.

Gráfica 14. Existencia en las instituciones de guías o lineamientos para indicaciones o recomendaciones del consumo problemático de medicamentos opioides

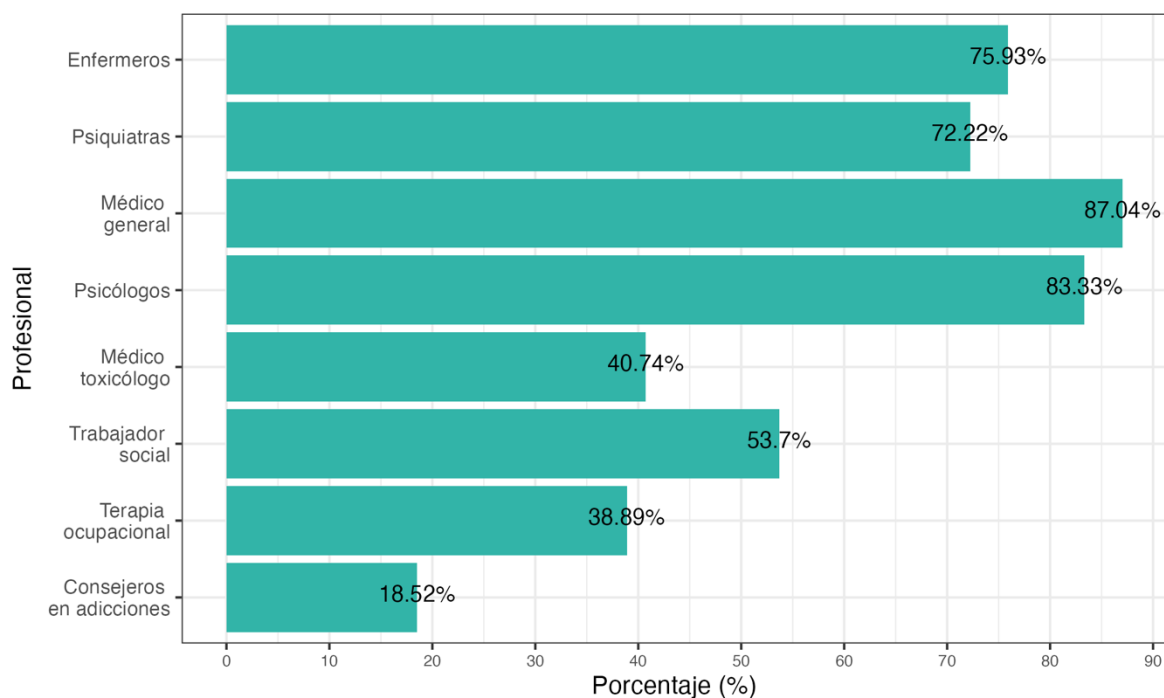


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Los profesionales de la salud con acceso a guías o lineamientos institucionales revelan una distribución desigual que podría impactar negativamente la atención integral al consumo problemático de medicamentos opioides (Gráfica 15). Los profesionales con mayor acceso reportado son los médicos generales (87,04%), psicólogos (83,33%), enfermeros (75,93%) y psiquiatras (72,22%).

Sin embargo, hay una menor proporción de acceso entre otros actores clave del equipo interdisciplinario, como los trabajadores sociales (53,7%), médicos toxicólogos (40,74%), terapeutas ocupacionales (38,89%) y consejeros en adicciones (18,52%), lo que refleja una preocupante fragmentación en la difusión de lineamientos.

Gráfica 15. Profesionales de la salud que tienen acceso a las guías o lineamientos de las instituciones donde laboran los encuestados.

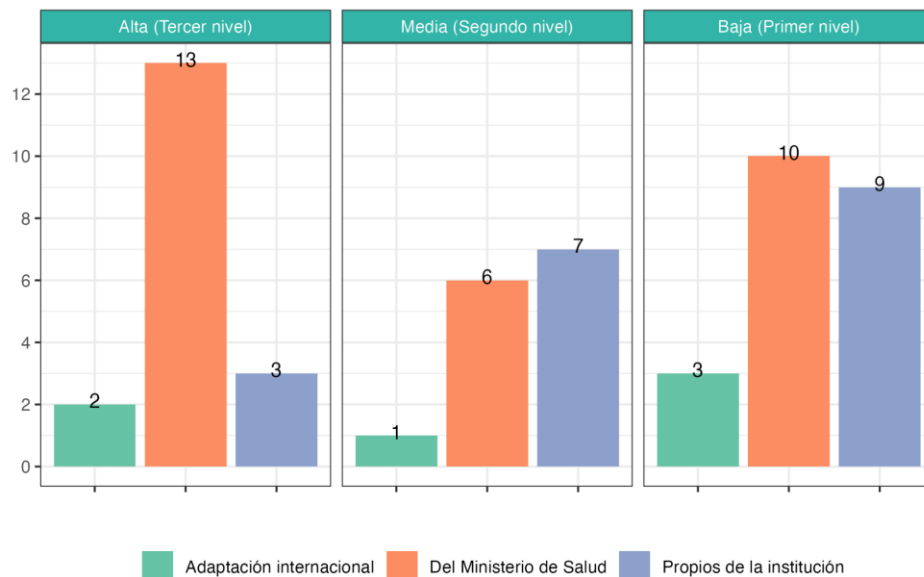


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Se observa que las instituciones de alta complejidad (tercer nivel) recurren mayoritariamente a lineamientos del Ministerio de Salud (13 instituciones), con escasa utilización de guías de adaptación internacional (2) o propias (3).

En contraste, las instituciones de mediana complejidad (segundo nivel) presentan un uso más balanceado entre lineamientos del Ministerio (6) y propios (7), lo cual puede indicar una mayor autonomía o adaptación a las necesidades locales, aunque con menor uso de guías internacionales (1). Finalmente, las instituciones de baja complejidad (primer nivel) tienen un perfil diferente, utilizando casi en igual medida lineamientos del Ministerio (10) y propios (9), con una leve presencia de guías internacionales (3) (Gráfica 16).

Gráfica 16. Tipos de lineamientos que emplean las instituciones dependiendo de su complejidad.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

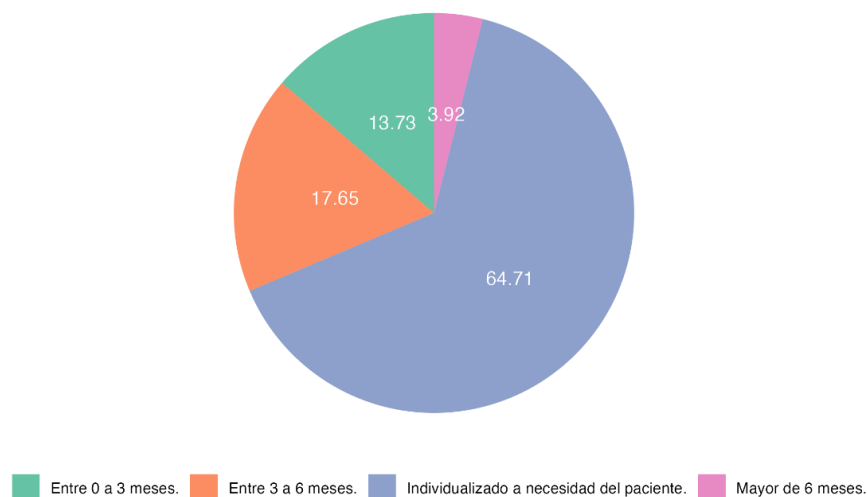
Por último, en esta sección, el 82,97% considera que hacen falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides.

4.6 Sección 6: Programas de seguimiento

La duración promedio del programa de seguimiento postratamiento para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides se puede observar en la Gráfica 17. El hallazgo más significativo es que en el 64,71% de los casos, la duración del seguimiento es individualizada según las necesidades del paciente, lo cual representa una práctica clínica positiva y centrada en el usuario.

Sin embargo, un porcentaje considerable de programas aún establece tiempos fijos: 17,65% ofrecen seguimiento entre 3 y 6 meses, 13,73% entre 0 y 3 meses, y solo un 3,92% extienden el acompañamiento por más de 6 meses.

Gráfica 17. Duración promedio del programa de seguimiento postratamiento.

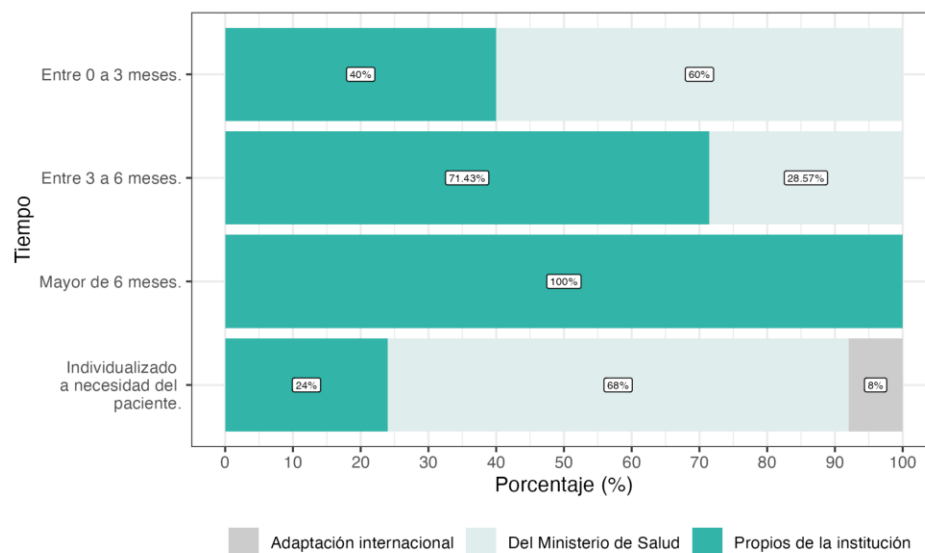


Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

Se observa que los lineamientos propios de la institución predominan en programas con duración mayor a 6 meses (100%) y entre 3 a 6 meses (71,43%), lo que sugiere que aquellas instituciones que generan sus propios protocolos tienden a implementar seguimientos más prolongados, posiblemente como una estrategia para evaluar y sostener los logros terapéuticos en el tiempo.

Por otro lado, en los seguimientos individualizados según la necesidad del paciente, el 68% de las instituciones utiliza lineamientos del Ministerio de Salud, mientras que solo un 24% emplea guías propias, y un 8% recurre a adaptaciones internacionales. En el grupo con duración entre 0 y 3 meses, predominan también los lineamientos del Ministerio (60%), pero con una notable participación de guías propias (40%), lo que puede sugerir enfoques más protocolizados y breves (Gráfica 18).

Gráfica 18. Relación entre la implementación de lineamientos y la medición de la efectividad del tratamiento al consumo problemático de medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.7 Sección 7: Percepción sobre el consumo problemático de medicamentos opioides

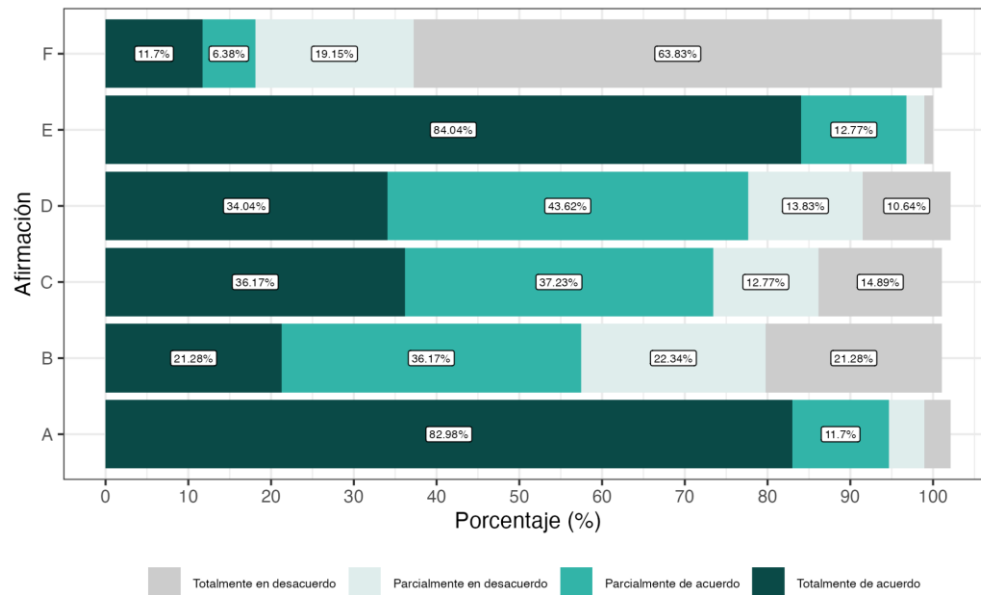
Esta última sección se dedica a conocer la percepción de los encuestados y presenta el nivel de acuerdo con seis afirmaciones clave relacionadas con el manejo institucional del consumo problemático de medicamentos opioides (Gráfica 19). La afirmación A, que plantea la necesidad de fortalecimiento institucional, recibe un alto respaldo: el 82,98% está totalmente de acuerdo. De manera similar, la afirmación E, referida a la utilidad de capacitarse en detección y manejo, también cuenta con gran aceptación: el 84,04% está totalmente de acuerdo.

En contraste, las afirmaciones C y D, relacionadas con la disponibilidad de herramientas institucionales y la preparación del personal, muestran divisiones marcadas. Solo una minoría está totalmente de acuerdo (14,89% en C y 10,64% en D), mientras que porcentajes significativos están parcial o totalmente en desacuerdo. La afirmación B, que reconoce la frecuencia del problema en la población atendida, también muestra una percepción fragmentada. Finalmente, la afirmación F, que indica que “el problema no tiene solución”, es ampliamente rechazada (63,83% totalmente en desacuerdo).

- A: Es necesario realizar un fortalecimiento institucional para prevenir el consumo problemático de medicamentos opioides.
- B: El consumo problemático de medicamentos opioides es frecuente en la población que atiende la institución.
- C: La institución cuenta con las herramientas para detectar y manejar los casos de consumo problemático de medicamentos opioides.
- D: Los profesionales saben cómo proceder para detectar y orientar a la población que atiende la institución en cuanto al consumo problemático de medicamentos opioides.

- E: Desde su cargo, considera útil participar en algún curso para saber más acerca de la detección y manejo de casos de consumo problemático de medicamentos opioides.
- F: El consumo problemático de medicamentos opioides no tiene solución.

Gráfica 19. Percepción de los encuestados sobre afirmaciones relacionadas al manejo del consumo problemático de medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.

4.8 Análisis exploratorio de hipótesis

En la tabla 4, se resumen las pruebas cuyo resultado indica que hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. Resultado de la validación de las pruebas de hipótesis.

Indicador	Grupo de contraste 1			Grupo de contraste 2		
	Criterio	Encuestas	Parámetro	Criterio	Encuestas	Parámetro
¿En qué zona geográfica está ubicada la institución?	Rural	12	50,00%	Urbano	82	58,54%
Nivel de complejidad de la institución	Alta (Tercer nivel)	24	75,00%	Baja (Primer nivel)	46	47,83%
	Alta (Tercer nivel)	24	75,00%	"Media (Segundo nivel)"	24	58,33%
	Baja (Primer nivel)	46	47,83%	"Media (Segundo nivel)"	24	58,33%
En la institución ¿Se han tratado pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?	No	34	32,35%	Si	60	71,67%
¿Cuenta con tiempo de experiencia profesional en el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	No	32	46,88%	Si	62	62,90%
¿Usa modelos de tratamiento para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?	No	4	0,00%	Si	90	60,00%
¿Usa tipos de intervención específica para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?:	No	30	20,00%	Si	64	75,00%
¿En su institución se utiliza tratamiento farmacológico para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides?	No	38	26,32%	Si	56	78,57%

	Grupo de contraste 1			Grupo de contraste 2		
¿La institución realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	No	45	31,11%	Si	49	81,63%
¿Diagnostica o confirma el consumo problemático de medicamentos opioides en la población que atiende la institución?	No	20	20,00%	Si	74	67,57%
¿En la Institución se utiliza pruebas tamiz como apoyo al diagnóstico de consumo problemático?	No	46	45,65%	Si	48	68,75%
¿Considera que hace falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides?	No	16	75,00%	Si	78	53,85%

Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE

Con base en los anteriores resultados, se obtuvo indicios de cuáles son los indicadores que permiten explicar la tenencia o no de los lineamientos para estimar la probabilidad de que ello ocurra y tener capacidad de predicción para la toma de decisiones e implementaciones a futuro. El modelo obtenido se define así:

$$P(Y = 1|X) = n(X) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4)}}$$

Donde:

- β_0 es el intercepto del modelo
- β_1 es el coeficiente del modelo asociado al indicador "¿Usa tipos de intervención específica para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?"
- β_2 es el coeficiente del modelo asociado al indicador "¿En su institución se utiliza tratamiento farmacológico para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides?"
- β_3 es el coeficiente del modelo asociado al indicador "¿La institución realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones

para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?”

- β_4 es el coeficiente del modelo asociado al indicador “¿Considera que hace falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides?”

El resultado de la implementación de este modelo se presenta en la tabla 5 .

Tabla 5. Resultados de la implementación del modelo*.

Categoría	Estimación	Error estándar	Valor t	Pr(> t)	Significancia	Odds ratio	Límite inferior	Límite superior
Intercepto	0,186	0,1	1,64	0,1		1,2049	0,9618	1,51
¿Usa tipos de intervención específica para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?	0,235	0,1	2,42	0	(.)	1,2647	1,043	1,534
¿En su institución se utiliza tratamiento farmacológico para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides?	0,362	0,1	4,03	0	(**)	1,436	1,2012	1,717
¿La institución realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	0,325	0,1	3,96	0	(**)	1,3841	1,176	1,629
¿Considera que hace falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides?	-0,189	0,1	-1,8	0,1	()	0,8277	0,6737	1,017

Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE

*Ver tabla completa en el anexo 1.

La interpretación de ello, indica que los tres primeros indicadores aumentan la probabilidad de que una persona trabaje en una institución con lineamientos, mientras que, el último de ellos reduce la probabilidad de ello.

La magnitud de ello se presenta a continuación:

- Es un 26,47% más probable que una persona trabaje en una institución con lineamientos cuando usa tipos de intervención específica para pacientes.
- Es un 43,6% más probable que una persona trabaje en una institución con lineamientos cuando utiliza tratamiento farmacológico para el manejo de consumo problemático.
- Es un 38,41% más probable que una persona trabaje en una institución con lineamientos cuando se realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de medicamentos opioides.
- Es un 17,33% menos probable que una persona trabaje en una institución con lineamientos cuando considera que hacen falta guías o lineamientos.

5. Discusión

En Colombia se reporta una prevalencia del 0,86% de uso de medicamentos opioides sin prescripción, calificándolo como un "problema emergente" (6). Esta cifra, se sitúa por debajo de las estimaciones observadas en otras regiones y a nivel global. Por ejemplo, Estados Unidos se enfrenta a una severa crisis de opioides, con un estimado de 6 a 7 millones de personas que hacen uso indebido de estos fármacos y más de 10 millones de estadounidenses mayores de 12 años que consumieron opioides de forma indebida en 2021 (4,20-21). En 2023, se registraron más de 105.000 muertes por sobredosis de drogas en EE. UU. (21). A nivel global, se estima que aproximadamente 60 millones de personas

utilizan opioides con fines no médicos (22), y en 2018, 35,6 millones de personas padecían trastornos por consumo de drogas (23). El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de la UNODC señala que menos del 20% de las personas con trastornos por consumo de drogas reciben el tratamiento necesario (22).

A nivel regional, Argentina reportó en 2017 una prevalencia de vida del 6,2% en el uso no médico de analgésicos opioides (24), mientras que Brasil mostró una prevalencia de vida del 2,9% en 2015 (25). En Brasil, las ventas de opioides recetados casi se quintuplicaron en seis años, y existe una "opiofobia" o falta de conocimiento entre los profesionales de la salud que los lleva a ver los opioides como la última alternativa de tratamiento (25). Incluso en Madrid, España, el 10% de los usuarios de opioides reportaron un uso no prescrito (26).

A pesar de esta prevalencia general aparentemente baja en Colombia, el contexto está experimentando una rápida transformación debido a la creciente presencia de opioides sintéticos como el fentanilo. El informe de 2024 del Observatorio de Drogas de Colombia documenta un aumento significativo en las incautaciones de fentanilo desde 2018, con 36 casos registrados entre 2018 y 2023 y un incremento notable en las cantidades incautadas en 2023-2024, incluyendo una de 2.000 ampollas en febrero de 2024 (27). Este fenómeno ha coincidido con 30 muertes asociadas al fentanilo en Colombia entre 2013 y 2023 (27). Además, entre 2021 y 2022, 21 personas iniciaron tratamiento por trastornos relacionados con el uso problemático de fentanilo (27).

La prevalencia general del 0,86% no debe inducir a la complacencia, ya que el acelerado aumento en las incautaciones de fentanilo y la mortalidad asociada señalan un cambio cualitativo en la problemática de los opioides, orientándose hacia una mayor potencia y letalidad (5,27-29). Esto implica que, aunque la extensión del problema pueda ser contenida, su intensidad y peligrosidad están en aumento, lo que demanda estrategias proactivas de reducción de daños y un acceso rápido a tratamientos para individuos



de alto riesgo, con el fin de evitar una crisis similar a las observadas en América del Norte (20,30). La situación en Colombia se caracteriza por una toxicificación del suministro de drogas, más que por un mero crecimiento en el número de usuarios. La observación del aumento de problemas y reacciones adversas relacionadas con analgésicos opioides en Colombia refuerza esta necesidad (31).

La encuesta también reveló un hallazgo particular, dado que el 19,15% de los encuestados reportaron conocer casos de consumo problemático entre profesionales de la salud, en los que el tramadol (13 casos), el fentanilo (10 casos), la morfina (9 casos) y la hidromorfona (7 casos) fueron los opioides más frecuentemente identificados en casos de consumo problemático entre los propios profesionales de la salud. Esta observación pone de manifiesto que el problema no se limita a la población general, sino que afecta también a quienes tienen un acceso privilegiado a estos medicamentos. Este dato coincide con investigaciones previas realizadas en Colombia, como el estudio en un hospital universitario de Medellín donde se identificaron 60 pacientes con dependencia a opioides de prescripción legal durante un período de cuatro años (32). Ambos hallazgos subrayan la vulnerabilidad de los profesionales de salud ante esta problemática, posiblemente relacionada con el acceso facilitado a estos medicamentos y el conocimiento sobre sus efectos.

El consumo problemático de opioides entre los profesionales de la salud sugiere vulnerabilidades únicas dentro de esta población, posiblemente vinculadas al acceso facilitado y a los niveles de estrés inherentes a sus profesiones (33,34). Esta situación puede contribuir a un subregistro de casos y a un estigma que dificulte la búsqueda de ayuda, lo que, a su vez, podría socavar los esfuerzos para abordar la problemática.

5.1 Modelos de Tratamiento y Abordajes Terapéuticos

De conformidad a los datos obtenidos, se revela que el 63,83% de las instituciones encuestadas en Colombia han tratado pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides, lo que confirma la presencia significativa de esta problemática en el contexto colombiano. Este hallazgo es consistente con tendencias regionales observadas en América Latina, donde países como Chile, Colombia y Argentina han experimentado un incremento notable en el consumo de opioides durante las últimas dos décadas. El panorama identificado refleja un fenómeno emergente que, aunque no alcanza las proporciones epidémicas reportadas en Norteamérica, muestra señales preocupantes que requieren atención prioritaria (35). Por otro lado, se identificó una heterogeneidad en los modelos de tratamiento ofrecidos: el modelo clínico (42,55%), el modelo psicológico cognitivo-conductual (35,11%) y el modelo de intervención breve (18,09%); que sumado a un porcentaje significativo (32,98%) en el que los encuestados no tiene claridad sobre el modelo utilizado en su institución, sugiere una falta de estandarización o comunicación interna sobre las estrategias de tratamiento. Esta situación contrasta con las recomendaciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA), que enfatiza la importancia de adaptar las estrategias según las necesidades del paciente, pero con un marco conceptual claro (36).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el tratamiento farmacológico asistido psicosocialmente para la dependencia de opioides, incluyendo medicamentos como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, en combinación con apoyo psicosocial (37). El NIDA enfatiza que el tratamiento de las adicciones debe ser evaluado y modificado constantemente para asegurar que atiende las necesidades del individuo, y que ningún tratamiento es único para todos (38). La evidencia robusta de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas apoya la efectividad de los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (TCO) en la reducción del riesgo de sobredosis

y la mortalidad asociada (39–42). Por ejemplo, la buprenorfina-naloxona se asocia con una reducción significativa de la mortalidad y un aumento de las tasas de remisión (42,43). La metadona y la buprenorfina han demostrado ser más efectivas que la ausencia de tratamiento o las intervenciones conductuales intensivas solas (39,44–46). Estudios recientes comparan la metadona y la buprenorfina/naloxona, encontrando que la metadona puede tener una menor tasa de discontinuación del tratamiento, mientras que el riesgo de mortalidad durante el tratamiento es similar entre ambos (39,44,45). Además, se ha observado que dosis más altas de buprenorfina en los primeros 30 días de tratamiento se asocian con una disminución de la mortalidad por sobredosis y otras causas. Una dosis de al menos 8 mg de buprenorfina sublingual puede ser necesaria para evitar recaídas (47). La naltrexona de liberación prolongada inyectable ha mostrado el doble de tasa de retención a los 6 meses en comparación con la naltrexona oral (48,49). La buprenorfina de liberación prolongada inyectable también ha demostrado ser efectiva en pacientes con uso de fentanilo (50). La morfina oral de liberación lenta es otra opción terapéutica para el TCO, y los especialistas la consideran una alternativa útil con beneficios particulares (51,52). La inducción y estabilización seguras con metadona son cruciales para el éxito del tratamiento (53,54).

En cuanto a las intervenciones no farmacológicas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz (16,55), especialmente cuando se combina con tratamientos agonistas opioides, para mejorar la retención en el tratamiento (56–58). Las intervenciones digitales y la telesalud también emergen como alternativas prometedoras para aumentar el acceso y la retención en el tratamiento del TCO, particularmente en poblaciones rurales (59,60). El Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE) a través de telesalud ha mostrado una reducción significativa en el uso de drogas, el dolor, la depresión, y una mejora en la retención y adherencia al tratamiento (61,62). Modelos como el Matrix, que combinan terapia individual, grupal y apoyo familiar, también han mostrado utilidad (63). La terapia breve, al centrarse en el

presente y en metas específicas, puede ser una alternativa efectiva para la intervención psicológica (15).

La implementación de terapias complementarias o alternativas en Colombia, como la actividad deportiva, meditación, musicoterapia y arteterapia (64), es un aspecto que puede contribuir a la reducción de la ansiedad y el estrés, mejorando el bienestar emocional y favoreciendo una recuperación integral. Sin embargo, más de la mitad de los encuestados (52,77%) reportó que estas terapias no se aplican en su institución y si bien la literatura apunta a la reciente exploración de alternativas, es crucial que cualquier intervención complementaria se base en evidencia sólida y se integre de manera segura con el tratamiento principal (6).

La falta de claridad sobre los modelos de tratamiento aplicados en las instituciones colombianas puede indicar una fragmentación en la atención o una ausencia de protocolos estandarizados y esto a su vez contrasta con la necesidad de una implementación coherente de modelos basados en la evidencia, como los manejos de TCO y las terapias psicosociales, que han demostrado consistentemente una mejora en los resultados de tratamiento y la retención de pacientes a nivel global (65–67). La heterogeneidad en la aplicación de tratamientos puede comprometer la calidad y la efectividad de la atención, especialmente en un contexto donde la problemática de los opioides está evolucionando rápidamente (8,18,19).

5.2 Barreras de Acceso y Desafíos

Según lo señalado por los participantes se pone en evidencia que, aunque el 58,51% de los encuestados no percibe barreras de acceso en la atención de pacientes con consumo problemático de opioides, un 34,04% sí las identifica, siendo las principales razones citadas: barreras de acceso por parte de la EPS, la falta de especialistas para el manejo del consumo problemático y la insuficiencia de recursos e instalaciones. Un análisis más profundo por nivel de complejidad institucional muestra que el 100% de

quienes reportaron demoras en la atención y el 71,43% de quienes señalaron la falta de especialistas pertenecen a instituciones de baja complejidad. En contraste, el 57,14% de quienes mencionaron la insuficiencia de recursos se encuentran en instituciones de alta complejidad.

Estas barreras en el sistema de salud colombiano se alinean con los desafíos más amplios observados en América Latina y el Caribe, donde el "Panorama de la Salud 2020" de la OCDE destaca una escasez general de recursos para la atención de salud mental, con una disponibilidad de psiquiatras casi cinco veces menor que en los países de la OCDE (68). Además, se identifican barreras económicas y administrativas que limitan el acceso a los servicios de salud, como demoras en la entrega de medicamentos y dispensación incompleta, lo que a menudo obliga a los pacientes a asumir costos de bolsillo o a abandonar el tratamiento (69). Estas dificultades son particularmente acentuadas en poblaciones pobres y vulnerables, cuya condición socioeconómica restringe aún más su capacidad para superar los obstáculos del sistema (69). En zonas rurales, la escasez de recursos económicos, la distancia geográfica, la falta de personal intercultural y la atención inadecuada también contribuyen a las barreras de acceso (60,69).

La Ley 1566 de 2012 en Colombia reconoce el consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública y establece la atención integral como un derecho (70). Sin embargo, la persistencia de barreras de acceso, especialmente la falta de especialistas y recursos sugiere que la implementación de esta política enfrenta desafíos significativos en la práctica (6). La concentración de la falta de especialistas en instituciones de baja complejidad indica una distribución inequitativa de los recursos humanos capacitados, lo que dificulta el acceso a atención especializada en los primeros niveles de atención, donde la detección temprana y la intervención oportuna son cruciales. Por otro lado, la insuficiencia de recursos en instituciones de alta complejidad puede traducirse en



limitaciones para tratamientos más complejos o a largo plazo, afectando la continuidad de la atención.

La experiencia en otras regiones, como Puerto Rico, donde las políticas punitivas de la "Guerra contra las Drogas" han desviado recursos de la prevención y el tratamiento hacia la aplicación de la ley, ilustra cómo los enfoques no centrados en la salud pueden exacerbar las barreras de acceso y las consecuencias negativas para la salud pública (71). Aunque Colombia ha adoptado un marco legal que prioriza la salud pública, es fundamental que las políticas y la asignación de recursos se traduzcan en una capacidad de respuesta efectiva en todos los niveles del sistema, garantizando que la atención integral sea una realidad y no solo una aspiración. Además, el estigma por parte de los proveedores de atención médica puede disuadir a las personas de buscar tratamiento y llevar a la negación de medicamentos necesarios, lo que subraya la importancia de la educación y la capacitación para reducir este estigma (20). Las directrices sobre el uso seguro de opioides en dolor crónico también son relevantes para evitar la medicalización inapropiada que pueda llevar a un consumo problemático (1).

5.3 Percepción de los Profesionales de la Salud

La sección de percepción del estudio revela que una mayoría de los profesionales encuestados (82,98%) está totalmente de acuerdo con la necesidad de fortalecer institucionalmente la prevención del consumo problemático de medicamentos opioides, mientras que el 63,83% rechaza categóricamente la noción de que esta condición no tiene solución. Esta perspectiva optimista contrasta con la realidad de las limitaciones institucionales y formativas identificadas, sugiriendo una brecha entre la disposición profesional y las capacidades estructurales del sistema salud. No obstante, solo un 36,17% está totalmente de acuerdo en que su institución cuenta con las herramientas para detectar y manejar estos casos, y un 43,62% está solo parcialmente de acuerdo en que los profesionales saben cómo proceder para detectar y orientar a la

población. Esto se relaciona con el hecho de que el 45,74% de los encuestados niega tener programas de formación complementaria en su institución. Sin embargo, el alto interés en capacitación (84,04%) representa una oportunidad valiosa para desarrollar programas formativos que potencien las competencias de los profesionales en este ámbito.

Esta percepción de la brecha en la necesidad de capacitación y la oferta formativa y las herramientas disponibles es un hallazgo crítico. A nivel global, el NIDA enfatiza que el tratamiento de las adicciones debe ser evaluado y modificado constantemente para asegurar que atiende las necesidades del individuo (38). La falta de capacitación y la percepción de no contar con las herramientas adecuadas pueden llevar a un manejo subóptimo de los casos, lo que es especialmente preocupante dada la complejidad del TCO y la rápida evolución de la problemática con la aparición de opioides sintéticos.

La identificación de pruebas tamiz como ASSIST (45,75%) y TEST AUDIT (25,53%) como las más utilizadas para el apoyo diagnóstico es relevante, ya que son herramientas validadas para la detección de consumo problemático de sustancias (10,14). Otras herramientas como ISA-6 (11), APGAR familiar (72) y CRAFFT/CARLOS (13) también están disponibles y han sido adaptadas o validadas en el contexto colombiano o hispano. Sin embargo, el 45,75% de los encuestados no sabe si se utilizan estas herramientas en su institución, lo que sugiere una falta de implementación generalizada o falta de conocimiento sobre los recursos existentes. Esta situación puede obstaculizar la detección temprana, la intervención oportuna y abordaje adecuado, elementos clave para mejorar los resultados del tratamiento. La literatura indica que la identificación temprana mediante herramientas validadas es clave para intervenir efectivamente en casos de dependencia a opioides por lo que el bajo nivel de implementación de estas herramientas en el contexto colombiano representa una oportunidad de mejora significativa (36).

El estudio revela que, si bien un 57,45% de los encuestados confirman la existencia de guías o lineamientos específicos en sus instituciones, existe una fragmentación en su origen y aplicación. Mientras el 53,70% utiliza las guías del Ministerio de Salud y Protección Social, un 35,19% emplea guías propias de la institución y un 11,11% adaptaciones internacionales. No obstante, un hallazgo preocupante es que el 45,75% de los encuestados indican que en sus instituciones no se aplican programas de seguimiento, componente esencial para garantizar la efectividad del tratamiento a largo plazo. Entre quienes sí realizan seguimiento, la mayoría (64,70%) indica que su duración se individualiza según las necesidades del paciente, lo que refleja un enfoque personalizado, pero posiblemente no sistematizado. A partir de esto, es importante resaltar que hay una relación entre la implementación de guías y lineamientos y la medición de la efectividad del tratamiento que es un punto crucial que sugiere que las instituciones con mayor adherencia a lineamientos establecidos tienden a realizar evaluaciones más rigurosas de sus resultados terapéuticos, lo que refuerza la importancia de estandarizar protocolos y promover una cultura de evaluación continua. El estudio muestra que no implementar guías o lineamientos se relaciona directamente con la ausencia de programas de seguimiento y, por ende, con la falta de medición de la efectividad del tratamiento. La literatura sobre manejo del consumo problemático de sustancias señala que el seguimiento postratamiento es fundamental para prevenir recaídas. Las deficiencias identificadas en este ámbito podrían estar limitando la efectividad de las intervenciones y contribuyendo a ciclos de dependencia recurrente (73). Las guías clínicas, como las de la OMS (37), son esenciales para estandarizar la atención y asegurar que las prácticas se basen en la mejor evidencia disponible (74). Además, es importante que los resultados del tratamiento se centren en los resultados importantes para el paciente, reflejando sus preocupaciones y objetivos (74).

La ausencia de guías estandarizadas a nivel nacional, como lo considera el 82,97% de los encuestados, es una barrera significativa para la mejora de la calidad y la coherencia en la atención del TCO en Colombia. Esta

percepción generalizada sugiere una necesidad urgente de unificar criterios y protocolos a escala nacional, lo que facilitaría la formación, el diagnóstico y el tratamiento de esta problemática. Este hallazgo es consistente con estudios previos sobre políticas públicas en cuidados paliativos en Colombia, que evidencian una relación positiva entre políticas públicas y consumo de opioides, pero identifican deficiencias en la implementación de programas educativos. La fragmentación identificada podría estar contribuyendo a las disparidades en el abordaje del consumo problemático entre diferentes regiones e instituciones (75).

Finalmente, la percepción de que el consumo problemático de opioides no tiene solución es rechazada por la mayoría de los encuestados (63,83% totalmente en desacuerdo), esta actitud positiva hacia la posibilidad de recuperación, a pesar de los desafíos, es un activo valioso en el sistema de salud. Sin embargo, para traducir esta esperanza en resultados tangibles, es imperativo abordar las brechas en la capacitación, la disponibilidad de herramientas y la estandarización de las guías, asegurando que los profesionales estén equipados para ofrecer una atención basada en la evidencia y centrada en el paciente.

5.4 Implicaciones para la Práctica Clínica y las Políticas Públicas

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones tanto para la práctica clínica como para la formulación de políticas públicas en Colombia. Los siguientes puntos deben ser tenidos en cuenta:

- a. Estandarización de protocolos: Es prioritario desarrollar y difundir guías nacionales para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides, que consideren las particularidades del contexto colombiano, pero se alineen con estándares internacionales.
- b. Fortalecimiento de la formación profesional: Se requieren programas sistemáticos de capacitación que aborden la detección temprana, el

- diagnóstico preciso y el manejo integral del consumo problemático, atendiendo el interés manifestado por los profesionales.
- c. Implementación de sistemas de seguimiento: Es necesario desarrollar estrategias institucionales para el seguimiento estructurado de pacientes postratamiento, con indicadores claros para evaluar la efectividad de las intervenciones.
 - d. Atención especial a profesionales de la salud: Los hallazgos sobre consumo problemático en profesionales sanitarios sugieren la necesidad de programas específicos de prevención, detección y apoyo para este grupo poblacional.
 - e. Integración de enfoques terapéuticos: La diversidad de modelos de tratamiento identificados apunta hacia la necesidad de un enfoque integrado que combine intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales, adaptadas a las necesidades individuales.

6. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. Primero, la población obtenida (94 respuestas efectivas) es considerablemente menor que la población esperada (352), lo que podría afectar la representatividad de los hallazgos. La naturaleza voluntaria de la participación introduce además un posible sesgo de selección, donde los profesionales más interesados o familiarizados con la temática podrían estar sobrerrepresentados.

Segundo, al tratarse de un estudio transversal basado en encuestas autoadministradas, los datos están sujetos a sesgos de memoria y deseabilidad social. Las percepciones reportadas podrían no reflejar con precisión las prácticas reales en las instituciones.

Tercero, la distribución geográfica de los participantes no fue homogénea, con algunas regiones posiblemente subrepresentadas, lo que limita la generalización de los hallazgos a nivel nacional.

7. Conclusiones

La identificación de un consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia representa un problema que debe abordarse con prioridad debido a la creciente presencia de opioides sintéticos como el fentanilo, que ha generado un aumento en incautaciones y muertes relacionadas, así como el subregistro de este problema en profesionales de la salud, revelando un escenario emergente que debe abordarse. Este estudio proporciona una caracterización valiosa del panorama actual del manejo del consumo problemático de medicamentos opioides en Colombia desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Los hallazgos revelan avances importantes, pero también desafíos significativos en términos de estandarización de protocolos, capacitación profesional, implementación de herramientas diagnósticas y estrategias de seguimiento.

Los casos reportados, incluidos aquellos entre profesionales sanitarios, junto con las deficiencias identificadas en guías y formación, sugiere la necesidad de un abordaje sistemático y coordinado a nivel nacional. El notable interés de los profesionales en capacitarse representa una oportunidad invaluable para fortalecer las capacidades del sistema sanitario en el manejo de esta problemática. Por ello, la generación de conocimiento contextualizado sobre esta problemática es fundamental para desarrollar respuestas efectivas que mitiguen el impacto negativo del consumo problemático de medicamentos opioides en la sociedad colombiana, evitando que el país transite hacia escenarios epidémicos como los observados en otras regiones.

En cuanto a los tratamientos disponibles, si bien la mayoría de las instituciones en Colombia han atendido casos de consumo problemático de opioides, existe una falta de estandarización en los modelos aplicados. A nivel internacional, hay evidencia sólida sobre la efectividad de tratamientos farmacológicos combinados con terapias psicosociales, pero en el país su implementación es desigual. Además, terapias



complementarias son poco utilizadas, a pesar de su potencial beneficio. Esta fragmentación en los abordajes terapéuticos puede comprometer la calidad y efectividad de la atención, especialmente en un contexto donde el problema está evolucionando rápidamente.

Uno de los mayores desafíos es la persistencia de barreras de acceso a los servicios de salud; sumado a esto, la falta de capacitación y de guías clínicas estandarizadas limita la capacidad para manejar estos casos de manera efectiva. Aunque hay una actitud positiva hacia la recuperación de los pacientes, es fundamental cerrar estas brechas mediante políticas basadas en evidencia, mayor inversión en salud pública y un lineamiento nacional, que permita enfoque integral que combine tratamiento farmacológico, apoyo psicosocial y estrategias de reducción de daños, así como también fomente la capacitación continua la realización de seguimiento al tratamiento y permita medir la efectividad de este para asegurar que el tratamiento instaurado es el adecuado.

Futuros estudios deben profundizar en las experiencias de los pacientes, evaluar la efectividad de distintos modelos de tratamiento en el contexto colombiano y explorar estrategias innovadoras para la prevención del consumo problemático, considerando los factores socioculturales específicos del país.

8. Bibliografía

1. Benavente R. SEGURIDAD DEL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. INTERVENCIONES PARA LA ADECUACIÓN DEL USO DE OPIOIDES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA . [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2022.
2. INVIMA. Acta No. 12 de 2024. 2024;
3. Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid Use Disorder: Evaluation and Management. StatPearls [Internet]. el 17 de enero de 2024 [citado el 4 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553166/>
4. Jordan J, Biggs A, Hixon C, Staff Director M. COMMITTEE ON THE JUDICIARY SUBCOMMITTEE ON CRIME AND FEDERAL GOVERNMENT SURVEILLANCE.
5. UNODC UNO on D and C. World Drug Reporte 2024: Special Points Of Interest [Internet]. 2024 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html>
6. Ministerio de Justicia y del Derecho. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COLOMBIA 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: www.odc.gov.co
7. Pergolizzi J V., Raffa RB, Rosenblatt MH. Opioid withdrawal symptoms, a consequence of chronic opioid use and opioid use disorder: Current understanding and approaches to management. J Clin Pharm Ther [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 4 de junio de 2025];45(5):892–903. Disponible en: [/doi/pdf/10.1111/jcpt.13114](https://doi/pdf/10.1111/jcpt.13114)
8. Cristina Hernández D. Tratamiento de adicciones en Colombia. Vol. 39, Rev. Colomb. Psiquiat. 2010.
9. Berruecos Villalobos L. Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. Cuicuilco [Internet]. 2010 [citado el 4 de junio de 2025];17(49):61–81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Organización Panamericana de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, Manual para uso en la atención primaria (ASSIST). 2011.

11. Zapata J, García J, Arroyave C, Calderón J, Gómez J, Buitrago D, et al. Validación de la sexta adición de índice de gravedad de la adicción (ISA-6) en población clínica en Colombia. 2018.
12. Valencia-Vargas A, López-Palacio GJ, Cardona-Arango D, Segura-Cardona ÁM, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, et al. Rasch analysis of the APGAR-Family scale in older adults in colombia. *Hacia la Promocion de la Salud*. 2021;26(2):102–14.
13. Pérez A, Díaz-Granados O. El CRAFFT/CARLOS como Instrumento para la Identificación Temprana de Consumo de Alcohol y Otras SPA: una Adaptación al Español. 2011;
14. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria.
15. Hewitt Ramírez N, Andrés Gantiva Díaz C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva Brief therapy: an alternative for effective psychological intervention. Vol. 27, Colombia). 2009.
16. Puerta J, Padilla D. Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento Para la Depresión: una revisión del estado Del arte. 2011.
17. Zarza M, Vidal-Infer A, Ribeiro B, Couto D. Modelo Matrix: Manual del terapeuta [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/314078871>
18. Gradolí T, Morales Gallús VY. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Vol. 6, Trastornos Adictivos. 2004.
19. Modelos Y, Sujetos DE, María S, Carmen D, Valderrutén C. ENTRE “TEOTERAPIAS” Y “LAICOTERAPIAS”. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN COLOMBIA “THEOTHERAPIES” AND “SECLARTHERAPIES”. THERAPEUTIC COMMUNITIES IN COLOMBIA AND MODELS OF INDIVIDUALS.
20. Blanco C, Volkow ND. Management of opioid use disorder in the USA: present status and future directions. *The Lancet* [Internet]. el 27 de abril de 2019 [citado el 9 de junio de 2025];393(10182):1760–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30878228/>
21. Garnett M, Miniño A, Joyce M, Driscoll A, Valenzuela C. Drug Overdose Deaths in the United States, 2003–2023. diciembre de 2024 [citado el 9 de junio de 2025]; Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/170565>
22. UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

23. Nations U. World Drug Report 2019: 35 million people worldwide suffer from drug use disorders while only 1 in 7 people receive treatment [Internet]. 2019 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html
24. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas en la Nación Argentina (Sedronar). ESTUDIO NACIONAL EN POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. 2027.
25. Krawczyk N, Greene MC, Zorzanelli R, Bastos FI. Rising trends of prescription opioid sales in contemporary Brazil, 2009-2015. Am J Public Health [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 9 de junio de 2025];108(5):666–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29565665/>
26. Pedrero-Pérez EJ, Morales-Alonso S, Álvarez-Crespo B, Benítez-Robredo MT. Opiate drug use in the city of madrid: Associated health and sociodemographic factors. Adicciones [Internet]. 2021 [citado el 9 de junio de 2025];33(3):235–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32100043/>
27. Observatorio de Drogas de Colombia. Situación actual de la problemática del fentanilo y opioides sintéticos con fines no médicos en Colombia. 2024 [citado el 9 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/Alerta%20Opioides.pdf>
28. Pacurucu-Castillo SF, Ordóñez-Mancheno JM, Hernández-Cruz A, Alarcón RD. World opioid and substance use epidemic: A Latin American perspective. Psychiatric Research and Clinical Practice [Internet]. el 1 de abril de 2019 [citado el 9 de junio de 2025];1(1):32–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36101564/>
29. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. Nature Reviews Disease Primers 2020 6:1 [Internet]. el 9 de enero de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];6(1):1–28. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0137-5>
30. Government of Canada. Key findings: Opioid- and Stimulant-related Harms in Canada [Internet]. 2025 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
31. Pinilla-Monsalve GD, Reyes-Rueda M, Pinilla-Monsalve L. Problems and adverse reactions related to opioid analgesics in Colombia. Revista de Neurología 2021, 73(2), 39-49 [Internet]. el 16 de julio de 2021 [citado el 9 de junio de 2025];73(2):39–49. Disponible en: <https://www.neurologia.com/73/2/10.33588/rn.7302.2020602>

32. Garcia-Orjuela MG, Alarcon-Franco L, Sanchez-Fernandez JC, Agudelo Y, Zuluaga AF. Dependence to legally prescribed opioid analgesics in a university hospital in Medellin-Colombia: An observational study. BMC Pharmacol Toxicol [Internet]. el 14 de septiembre de 2016 [citado el 24 de junio de 2025];17(1):1–6. Disponible en: <https://bmcpharmacoltoxicol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40360-016-0087-4>
33. Archambault L, Bertrand K, Perreault M. Problematic Opioid Use: A Scoping Literature Review of Profiles. Subst Abuse [Internet]. 2022 [citado el 9 de junio de 2025];16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35923179/>
34. Ballantyne JC. The brain on opioids. Pain [Internet]. el 1 de septiembre de 2018 [citado el 9 de junio de 2025];159(1):S24–30. Disponible en: https://journals.lww.com/pain/fulltext/2018/09001/the_brain_on_opioids.5.aspx
35. León PJ, Altermatt FR, Vega EA, Elgueta MF, Léniz J. Opioid use in Latin America: Chronicle of a death foretold? J Glob Health [Internet]. el 18 de octubre de 2024 [citado el 24 de junio de 2025];14:03040. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11487520/>
36. Tratamiento y recuperación | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [citado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>
37. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009.
38. NIDA. Tratamiento y recuperación | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>
39. Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E, et al. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. Lancet Psychiatry [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];10(6):386–402. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036623000950>
40. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 6 de febrero de 2014 [citado el 9 de junio de 2025];2014(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500948/>

41. Mutter R, Spencer D, McPheeters J. Outcomes Associated with Treatment with and Without Medications for Opioid Use Disorder. *Journal of Behavioral Health Services and Research* [Internet]. el 1 de octubre de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];50(4):524–39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37311970/>
42. Paul KK, Frey CG, Troung S, Paglicawan L, vita Q, Cunningham KA, Hill TP, et al. Buprenorphine-Naloxone for Opioid Use Disorder: Reduction in Mortality and Increased Remission. *Western Journal of Emergency Medicine* [Internet]. el 6 de septiembre de 2024 [citado el 9 de junio de 2025];0(0). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39625756/>
43. Sugarman OK, Saloner B, Richards TM, Lasser EC, Heath T, Idries S, et al. Association of buprenorphine retention and next adverse outcomes following non-fatal overdose: An analysis using statewide linked Maryland databases. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. el 1 de mayo de 2024 [citado el 9 de junio de 2025];258. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38599134/>
44. Gottlieb DJ, Shiner B, Hoyt JE, Riblet NB, Peltzman T, Teja N, et al. A comparison of mortality rates for buprenorphine versus methadone treatments for opioid use disorder. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];147(1):6–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35837885/>
45. Nosyk B, Min JE, Homayra F, Kurz M, Guerra-Alejos BC, Yan R, et al. Buprenorphine/Naloxone vs Methadone for the Treatment of Opioid Use Disorder. *JAMA* [Internet]. el 3 de diciembre de 2024 [citado el 9 de junio de 2025];332(21):1822–31. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825088>
46. Wakeman SE, Larochelle MR, Ameli O, Chaisson CE, McPheeters JT, Crown WH, et al. Comparative Effectiveness of Different Treatment Pathways for Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open* [Internet]. el 5 de febrero de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];3(2): e1920622–e1920622. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2760032>
47. Reimer J, Vogelmann T, Trümper D, Scherbaum N. Impact of Buprenorphine Dosage on the Occurrence of Relapses in Patients with Opioid Dependence. *Eur Addict Res* [Internet]. el 1 de marzo de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];26(2):77–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940657/>
48. Sullivan MA, Bisaga A, Pavlicova M, Carpenter KM, Choi CJ, Mishlen K, et al. A randomized trial comparing extended-release injectable suspension and oral naltrexone, both combined with behavioral therapy, for the treatment of opioid use disorder. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. el 1 de febrero de 2019

[citado el 9 de junio de 2025];176(2):129–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336703/>

49. Shirk SD, Ameral V, Kraus SW, Houchins J, Kelly M, Pugh K, et al. Buprenorphine Naloxone and Extended Release Injectable Naltrexone for the Treatment of Opioid Use Disorder Among a Veteran Patient Sample: A Retrospective Chart Review. *J Dual Diagn* [Internet]. 2021 [citado el 9 de junio de 2025];17(3):207–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34176448/>
50. Nunes E V., Comer SD, Lofwall MR, Walsh SL, Peterson S, Tiberg F, et al. Extended-Release Injection vs Sublingual Buprenorphine for Opioid Use Disorder With Fentanyl Use: A Post Hoc Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* [Internet]. el 3 de junio de 2024 [citado el 9 de junio de 2025];7(6): e2417377–e2417377. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820306>
51. Lehmann K, Kuhn S, Baschiroto C, Jacobsen B, Walcher S, Görne H, et al. Substitution treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: Retention rate, health status, and substance use after switching to morphine. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. el 1 de agosto de 2021 [citado el 9 de junio de 2025];127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34134867/>
52. Bertin C, Delorme J, Riquelme M, Peyrière H, Brousse G, Eschalier A, et al. Risk assessment of using off-label morphine sulfate in a population-based retrospective cohort of opioid-dependent patients. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. el 1 de diciembre de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];86(12):2338–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389036/>
53. Baxter LE, Campbell A, DeShields M, Levounis P, Martin JA, McNicholas L, et al. Safe methadone induction and stabilization report of an expert panel. *J Addict Med* [Internet]. noviembre de 2013 [citado el 9 de junio de 2025];7(6):377–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24189172/>
54. Durrani M, Kunal B. Methadone - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. 2024 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562216/>
55. Barry DT, Beitel M, Cutter CJ, Fiellin DA, Kerns RD, Moore BA, et al. An evaluation of the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy for opioid use disorder and chronic pain. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado el 9 de junio de 2025]; 194:460–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30508769/>
56. Eren K, Schuster J, Herschell A, Loveland D, Neimark G, Mihalyo M, et al. Association of Counseling and Psychotherapy on Retention in Medication for Addiction Treatment Within a Large Medicaid Population. *J Addict Med* [Internet].

el 1 de mayo de 2022 [citado el 9 de junio de 2025];16(3):346–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34561351/>

57. Hughto JMW, Hughes LD, Nelson KM, Perry NS, Mimiaga MJ, Biello KB, et al. An initial randomized controlled trial of a Combined Medication and Behavioral Activation Treatment (CoMBAT) for people with opioid use disorder. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment* [Internet]. el 1 de febrero de 2025 [citado el 9 de junio de 2025];169. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39672333/>
58. Shi JM, Henry SP, Dwy SL, Oraziotti SA, Carroll KM. Randomized pilot trial of Web-based cognitive-behavioral therapy adapted for use in office-based buprenorphine maintenance. *Subst Abuse* [Internet]. el 3 de abril de 2019 [citado el 9 de junio de 2025];40(2):132–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30714880/>
59. Kiburi SK, Ngarachu E, Tomita A, Paruk S, Chiliza B. Digital interventions for opioid use disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];144:108926. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740547222002082>
60. Lira MC, Jimes C, Coffey MJ. Retention in Telehealth Treatment for Opioid Use Disorder Among Rural Populations: A Retrospective Cohort Study. *Telemedicine and e-Health* [Internet]. el 1 de diciembre de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];29(12):1890–6. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/tmj.2023.0044?download=true>
61. Cooperman NA, Lu SE, Hanley AW, Puvananayagam T, Dooley-Budsock P, Kline A, et al. Telehealth Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement vs Usual Care in Individuals with Opioid Use Disorder and Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 3 de abril de 2024 [citado el 9 de junio de 2025];81(4):338–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38061786/>
62. Mumba MN, Mugoya GT, Allen RS, Glenn AL, Richman J, Ghera A, et al. The methods and baseline characteristics of a multi-site randomized controlled trial evaluating mindfulness-based relapse prevention in conjunction with peer support to improve adherence to medications for opioid use disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado el 9 de junio de 2025];15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38974917/>
63. Zarza MJ, Martí-Esquitino J, Botella A, Vidal-Infer A, Couto B, Pons D. Modelo Matrix: Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias [Internet]. 2013 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/314078984_Modelo_Matrix_Manual_d
el_terapeuta_sesiones_educativas_para_familias](https://www.researchgate.net/publication/314078984_Modelo_Matrix_Manual_del_terapeuta_sesiones_educativas_para_familias)

64. ARTE TERAPIA: REALIZACIÓN DE TALLERES EN DISTINTOS ÁMBITOS SOCIALES, CLÍNICOS, EDUCATIVOS Y CULTURALES | Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación [Internet]. [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ucm.es/otri/complutransfer-arte-terapia-realizacion-de-talleres-en-distintos-ambitos-sociales,-clinicos,-educativos-y-culturales>
65. O'Connor AM, Cousins G, Durand L, Barry J, Boland F. Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. PLoS One [Internet]. el 1 de mayo de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];15(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32407321/>
66. Dalton K, Bishop L, Darcy S. Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review. Addictive Behaviors [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 9 de junio de 2025];122. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34119856/>
67. Hallowell BD, Chambers LC, Samuels EA, Bratberg J, McDonald J, Nitenson A, et al. Sociodemographic and prescribing characteristics that impact long-term retention in buprenorphine treatment for opioid use disorder among a statewide population. Drug Alcohol Depend [Internet]. el 1 de diciembre de 2022 [citado el 9 de junio de 2025];241:109680. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871622004173>
68. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. el 16 de junio de 2020 [citado el 9 de junio de 2025]; Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html
69. Bran-Piedrahita L, Valencia-Arias A, Palacios-Moya L, Gómez-Molina S, Acevedo-Correa Y, Arias-Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];25(2):29-38. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029&lng=en&nrm=iso&tlng=es
70. Congreso de la República de Colombia. Ley 1566 de 2012. 2012;
71. Abadie R, Gelpi-Acosta C, Davila C, Rivera A, Welch-Lazoritz M, Dombrowski K. "It Ruined My Life": The effects of the War on Drugs on people who inject drugs (PWID) in rural Puerto Rico. International Journal of Drug Policy [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 9 de junio de 2025];51:121-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28716395/>

72. Valencia-Vargas A, López-Palacio GJ, Cardona-Arango D, Segura-Cardona ÁM, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, et al. Rasch analysis of the APGAR-Family scale in older adults in colombia. *Hacia la Promocion de la Salud*. 2021;26(2):102–14.
73. Alain H, Arias M. LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE CONSUMO DE DROGAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA. *PSICOLOGÍA UNEMI* [Internet]. el 2 de julio de 2024 [citado el 24 de junio de 2025];8(15):88–101. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1926/1854>
74. Dennis BB, Sanger N, Bawor M, Naji L, Plater C, Worster A, et al. A call for consensus in defining efficacy in clinical trials for opioid addiction: Combined results from a systematic review and qualitative study in patients receiving pharmacological assisted therapy for opioid use disorder. *Trials* [Internet]. el 6 de enero de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31907000/>
75. Sánchez-Cárdenas MA, Obregón LA, Tovar MB, Serrano KG, Albarracín AR, Álvarez MT, et al. Política pública en cuidados paliativos y sus implicaciones sobre servicios, opioides y educación en Colombia. *Revista Cuidarte* [Internet]. el 1 de mayo de 2023 [citado el 24 de junio de 2025];14(2):e02. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11559323/>

ANEXO 1

Indicador	Grupo de contraste 1				Grupo de contraste 2			
	Condición	Encuestas	Parámetro	Condición	Encuestas	Parámetro	Valor p	Interpretación
¿En qué zona geográfica está ubicada la institución?	Rural	12	50,00%	Urbano	82	58,54%	0,60	Acepto hipótesis: Proporciones iguales
Nivel de complejidad de la institución	Alta (Tercer nivel)	24	75,00%	Baja (Primer nivel)	46	47,83%	0,02	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
	Alta (Tercer nivel)	24	75,00%	Media (Segundo nivel)	24	58,33%	0,23	Acepto hipótesis: Proporciones iguales
	Baja (Primer nivel)	46	47,83%	Media (Segundo nivel)	24	58,33%	0,41	Acepto hipótesis: Proporciones iguales
En la institución ¿Se han tratado pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?	No	34	32,35%	Si	60	71,67%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿Cuenta con tiempo de experiencia profesional en el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	No	32	46,88%	Si	62	62,90%	0,15	Acepto hipótesis: Proporciones iguales
¿Usa modelos de tratamiento para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?	No	4	0,00%	Si	90	60,00%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿Usa tipos de intervención específica para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?:	No	30	20,00%	Si	64	75,00%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿En su institución se utiliza tratamiento farmacológico para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides?	No	38	26,32%	Si	56	78,57%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿La institución realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	No	45	31,11%	Si	49	81,63%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿Diagnostica o confirma el consumo problemático de medicamentos opioides en la población que atiende la institución?	No	20	20,00%	Si	74	67,57%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿En la Institución se utiliza pruebas tamiz como apoyo al diagnóstico de consumo problemático?	No	4	0,00%	Si	90	60,00%	0,00	Rechazo hipótesis: Proporciones diferentes
¿Considera que hace falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides?	No	16	75,00%	Si	78	53,85%	0,10	Acepto hipótesis: Proporciones iguales

Categoría	Estimación	Error estándar	Valor t	Pr(> t)	Significancia	Odds ratio	Límite inferior	Límite superior
Intercepto	0,1864	0,1135	1,6429	0,1039		1,2049	0,9618	1,5095
¿Usa tipos de intervención específica para pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides?:	0,2348	0,0970	2,4197	0,0176	(.)	1,2647	1,0430	1,5335
¿En su institución se utiliza tratamiento farmacológico para el manejo del consumo problemático de medicamentos opioides?	0,3619	0,0899	4,0261	0,0001	(**)	1,4360	1,2012	1,7167
¿La institución realiza programas de formación complementaria y/o capacitaciones para el manejo de consumo problemático de medicamentos opioides?	0,3251	0,0821	3,9617	0,0001	(**)	1,3841	1,1760	1,6291
¿Considera que hace falta guías o lineamientos estandarizados a nivel nacional frente al consumo problemático de medicamentos opioides?	-0,1891	0,1037	-1,8232	0,0716	()	0,8277	0,6737	1,0170