



Caracterización del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia

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

*Proyecto de Inversión
BPIN202300000000351-1905
Fondo Nacional de Estupefacientes
2026*



DIRECTIVAS

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 Andrea Gómez Guerra

Investigador Principal

Alejandro Matamoros Palma

EQUIPO TÉCNICO

Carlos Andrés Acosta Pinto

Gregorio Torres Rangel

Laura Alexandra Rey Peña

Paola Andrea Castellanos Suarez

Carlos Arturo Tarazona Cardenas

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE APOYO TÉCNICO

Ernesto Patarroyo Monroy

Manuela Peña Salas

Omar Gerardo Modera Cortes

William Francisco Lizarazo Mendivelso

Iván Fernando Camacho Montealegre

Esteban Antonio Quintana González

EQUIPO ADMINISTRATIVO

Esteban Felipe Peñaloza Zuluaga

Tabla de contenido

1. Resumen	5
2. Introducción.....	9
3. Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
4. Marco teórico	12
5. Metodología	17
5.1 Diseño	17
5.2 Duración del estudio	17
5.3 Población.....	17
5.4 Diseño de muestreo	18
5.5 Recolección de la Información	20
5.6 Registro de la información	20
5.7 Entrada, gestión, análisis y descripción de los datos.....	21
5.8 Consideraciones éticas	23
6. Discusión	25
Sección 1: Caracterización institucional y profesional.....	25
Sección 2: Guías de práctica clínica	33
Sección 3: Diagnostico	43
Sección 4: Seguridad del paciente en el manejo de opioides.....	53
Sección 5: Identificación y manejo del trastorno por consumo de opioides (TCO) y evaluación del síndrome de abstinencia	69
Sección 6: Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides.....	83
Sección 7: Educación y capacitación al talento humano en salud.....	97
7. Conclusiones	105

8. Bibliografía	108

Tabla de gráficas

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones visitadas según A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	26
Gráfica 2. Actividades laborales que describen los cargos de la población de estudio. A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	28
Gráfica 3. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides de A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	29
Gráfica 4. Distribución de tiempo de experiencia profesional total de la población de de A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	31
Gráfica 5. Experiencia profesional en la institución de la población de A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	32
Gráfica 6. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides. A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	35
Gráfica 7. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría. A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....	37

Gráfica 8. Necesidad de inclusión en sistema de calidad. A) Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B) Profesionales del servicio farmacéutico y C) Profesionales médicos.....40

Listado de tablas

Tabla 1. Resumen de entrevistas realizadas por tipo de formulario.	19
Tabla 2. Errores técnicos y limitaciones operativas reportadas.	49
Tabla 3. Revisión de escalas y criterios reportados para la identificación del síndrome de abstinencia a opioides. (68,70–74).....	71

Listado de anexos

Anexo 1. Analisis entrevista personal del area de calidad	
Anexo 2. Analisis entrevista personal del servicio farmacéutico	
Anexo 3. Analisis entrevista personal médico	
Anexo 4. Documento descriptivo temático	
Anexo 5. Documento metodologico de uso clinico	

1. Resumen

El uso clínico de opioides constituye un desafío para los sistemas de salud, dado que exige equilibrar su eficacia en el tratamiento del dolor con los riesgos asociados de dependencia, abuso y eventos adversos. En Colombia, su regulación está definida por la Resolución 1478 de 2006; sin embargo, persiste la ausencia de guías oficiales para el manejo del dolor crónico no oncológico, lo que genera variabilidad en las decisiones clínicas y posibles riesgos para los pacientes. A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* y el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* coinciden en recomendar un uso racional y restringido, ajustado al tipo de dolor y al contexto clínico. En este escenario, marcado por deficiencias en farmacovigilancia, protocolos y educación continua, resulta fundamental comprender las percepciones, prácticas y barreras de los profesionales de la salud frente al manejo de opioides en el país. En coherencia con ello, este estudio tiene como objetivo general caracterizar la prescripción y el manejo del consumo de estos medicamentos en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia.

Se llevó a cabo una amplia recopilación de información mediante entrevistas semiestructuradas en 147 instituciones de los 32 departamentos del país y en Bogotá D.C., lo que permitió obtener una visión integral de la situación nacional. El estudio mostró que los profesionales vinculados a la gestión, prescripción y control de opioides en instituciones de alta complejidad presentan perfiles diversos y experiencia consolidada, aunque con limitaciones en su formación específica sobre estos medicamentos. Asimismo, se identificó una alta rotación laboral y notorias diferencias en la apropiación de las guías clínicas. Mientras las áreas de calidad y farmacia priorizan el cumplimiento normativo y los procesos administrativos, el personal médico suele apoyarse en lineamientos clínicos generales y poco específicos. Esta



dinámica evidencia una fragmentación en las prácticas y la ausencia de guías nacionales consolidadas, especialmente para el abordaje del dolor crónico no oncológico. En cuanto a la prescripción, los opioides se concentran en UCI, cirugía y urgencias, predominando el uso de morfina y fentanilo inyectables; sin embargo, persisten riesgos asociados a la baja digitalización del recetario oficial y a errores de dosificación o clasificación. Aunque la mayoría reconoce la importancia terapéutica de los opioides en el dolor oncológico, prevalece la cautela frente a su uso en el dolor no oncológico, en concordancia con las recomendaciones internacionales.

Finalmente, se evidencian brechas en seguimiento, farmacovigilancia y educación al paciente, con programas poco estructurados y roles fragmentados, lo que subraya la necesidad de lineamientos nacionales específicos, protocolos estandarizados, sistemas digitales y capacitación continua para garantizar la seguridad del paciente y el uso racional de estos medicamentos.

2. Introducción

El uso clínico de medicamentos opioides sigue siendo uno de los principales desafíos para los sistemas de salud contemporáneos, pues implica equilibrar su eficacia en el tratamiento del dolor con el riesgo potencial de generar eventos adversos, dependencia, abuso y desvío. En Colombia, su utilización está sujeta a un régimen de control especial debido a su condición de sustancias psicoactivas con potencial de abuso. La Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social establece las disposiciones que regulan su prescripción, dispensación y control (1).

El dolor, entendido como una experiencia sensorial y emocional compleja, se clasifica en nociceptivo, neuropático y psicogénico, cada uno con implicaciones terapéuticas específicas. El dolor nociceptivo, originado por daño tisular real o potencial, suele responder de manera adecuada a los opioides, especialmente en contextos agudos, postquirúrgicos, oncológicos o paliativos. En contraste, el dolor neuropático, producto de una lesión o disfunción del sistema nervioso, responde mejor a coadyuvantes como anticonvulsivantes o antidepresivos, mientras que el uso de opioides debe evaluarse con cautela y restringirse (2). Por su parte, el dolor psicogénico, asociado a factores emocionales o psiquiátricos, no debe tratarse con opioides, dado que carecen de efectividad y su uso implica riesgos clínicos y éticos (3).

A nivel global, múltiples entidades han emitido lineamientos que abogan por el uso racional y seguro de los opioides. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve su uso para garantizar el alivio del dolor en enfermedades avanzadas, bajo un enfoque de derechos humanos (4). En contraste, agencias como el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos han advertido sobre los riesgos del uso prolongado de opioides en condiciones no oncológicas y no terminales, recomendando limitar su uso y fortalecer el seguimiento clínico (5). De

igual forma, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido ha desaconsejado su uso en el dolor crónico primario, indicando que los beneficios no superan los riesgos (6).

En Colombia, la ausencia de guías de práctica clínica (GPC) oficialmente publicadas por el Ministerio de Salud para el manejo del dolor crónico no oncológico con opioides ha generado una brecha importante en la estandarización del abordaje terapéutico. Esta situación deja a los profesionales de la salud ante la necesidad de tomar decisiones clínicas complejas con base en criterios individuales, adaptaciones institucionales o guías internacionales, lo que puede incrementar el riesgo de variabilidad terapéutica, prescripciones inadecuadas y resultados adversos en los pacientes.

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente y la calidad en salud, se ha evidenciado que los errores relacionados con el uso de opioides son una causa significativa de eventos adversos prevenibles, especialmente en contextos donde no existen procesos de farmacovigilancia activa, educación continua ni protocolos estandarizados. Además, en entornos hospitalarios y ambulatorios se han reportado fallas en la conciliación de medicamentos, la evaluación del dolor, el monitoreo de efectos adversos y el uso de herramientas para la detección de riesgo de abuso o dependencia (7).

En este contexto, resulta fundamental comprender cómo los diferentes actores del sistema —médicos prescriptores, personal del servicio farmacéutico y profesionales del área de calidad— perciben, aplican y enfrentan los desafíos relacionados con el uso clínico de opioides en Colombia. Este estudio cualitativo busca identificar las prácticas, barreras, percepciones y necesidades que configuran el manejo actual de estos medicamentos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de generar recomendaciones que fortalezcan la seguridad del paciente, promuevan la calidad asistencial y orienten el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.



3. Objetivos

Objetivo general

Caracterizar la prescripción y el manejo del consumo de medicamentos opioides en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia.

Objetivos específicos

- Determinar las instituciones de salud con capacidad para prescribir medicamentos opioides, identificando su ubicación, servicios habilitados, capacidad de atención y prácticas implementadas en el territorio nacional.
- Describir el nivel de formación y educación de los profesionales de la salud, personal del área de control de calidad y del servicio farmacéutico respecto al uso adecuado de medicamentos opioides, así como las capacidades institucionales y profesionales para su abordaje.
- Identificar las principales barreras institucionales, regulatorias y profesionales relacionadas con la prescripción, el manejo y el uso de medicamentos opioides.
- Sintetizar y presentar de forma estructurada los hallazgos obtenidos a partir del análisis cualitativo y categorización de entrevistas, discutiendo los resultados en función de las capacidades institucionales y profesionales identificadas.

4. Marco teórico

La prescripción de medicamentos opioides es una práctica clínica de gran relevancia en el manejo del dolor severo y crónico. Sin embargo, su uso inadecuado puede generar problemas asociados como la dependencia y el abuso, lo que requiere un análisis riguroso que contemple tanto aspectos clínicos y conductuales como normativos y regulatorios. El presente marco teórico conceptual se sustenta en: a) La teoría de la gestión del dolor, que establece los fundamentos para la valoración y tratamiento del dolor; b) La teoría del comportamiento del profesional de la salud, que explica los determinantes de las decisiones clínicas; c) La teoría de la adicción y dependencia, que aborda los mecanismos biológicos y psicosociales subyacentes al uso problemático de opioides; d) La teoría de la regulación y políticas de salud, que enmarca el contexto normativo para la prescripción y control de estos medicamentos en Colombia; y e) Teoría de la Estructuración de las organizaciones, que describe los procesos de constitución de las organizaciones en diferentes mecanismos de coordinación y supervisión, procesos que permiten la acción ajustada frente al ejercicio del poder y la incertidumbre inherente a cualquier proceso de acción coordinada ejecutada por seres humanos.

En conjunto, estas perspectivas teóricas proporcionan un marco conceptual para comprender el uso clínico de medicamentos opioides desde una aproximación multidimensional. Su integración permite analizar el fenómeno considerando de manera articulada los componentes clínicos, individuales, organizacionales y regulatorios que intervienen en las prácticas institucionales. Sobre esta base conceptual se desarrollan los referentes teóricos que sustentan la interpretación de los hallazgos obtenidos.

a) Teoría de la Gestión del Dolor

La gestión del dolor se basa en la definición actualizada de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que lo conceptualiza como

una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (8). Esta perspectiva reconoce que el dolor es una experiencia subjetiva influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, lo cual permite clasificarlo según su origen (nociceptivo, neuropático, espiritual y psicológico), duración (agudo o crónico), intensidad y localización. La aplicación de escalas de valoración, como la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Analgésica de la OMS, orienta la selección terapéutica, en la que los opioides se reservan para el manejo del dolor severo o refractario (9,10). Este marco resulta esencial para justificar el uso de opioides desde el punto de vista clínico y para definir protocolos de tratamiento basados en la evidencia. La gestión del dolor es un proceso complejo que requiere un abordaje integral. Su tratamiento combina estrategias médicas, psicológicas y sociales para garantizar la mejor calidad de vida posible para el paciente.

b) Teoría del Comportamiento del Profesional de la Salud

La toma de decisiones en la prescripción de opioides se rige por modelos que explican el comportamiento del profesional de la salud. Según esta perspectiva, las decisiones clínicas están influenciadas por factores intrínsecos (conocimiento, actitudes, percepciones y experiencias previas en el manejo del dolor) y extrínsecos (lineamientos institucionales, normativas regulatorias y expectativas del paciente) (11). La integración de la evidencia científica con la experiencia clínica y la formación continua facilita una práctica basada en guías y protocolos, orientando una prescripción responsable que minimice tanto el subtratamiento del dolor como el riesgo de adicción. Esta teoría es importante para comprender las variaciones en el comportamiento prescriptor y para diseñar intervenciones que promuevan una práctica clínica segura y eficaz.

c) Teoría de la Adicción y Dependencia

El uso de medicamentos opioides es fundamental en el tratamiento del dolor severo y crónico; sin embargo, su prescripción inadecuada y el uso prolongado pueden desencadenar procesos de adicción y dependencia. En

Colombia, la problemática del consumo problemático de opioides ha cobrado relevancia, dada la transformación neurobiológica y psicosocial que se desarrolla en quienes inician su consumo en busca de alivio y placer, y que, con el tiempo, derivan en patrones de consumo compulsivo. Este fenómeno se caracteriza por la presencia de tolerancia, síntomas de abstinencia y la alteración de los circuitos de recompensa, lo que plantea un reto importante para la práctica clínica y la salud pública en el país.

La teoría de la adicción y dependencia explica cómo la exposición prolongada a estos fármacos puede inducir cambios en el sistema de recompensa del cerebro, favoreciendo la tolerancia, la dependencia y conductas adictivas (10). Este enfoque resalta la necesidad de estrategias de monitoreo y seguimiento en la práctica clínica, así como la implementación de intervenciones que integren componentes farmacológicos y psicosociales para prevenir y tratar la adicción. Así, el manejo adecuado del dolor con opioides debe ir acompañado de protocolos de vigilancia que evalúen continuamente el riesgo de dependencia y permitan ajustes terapéuticos oportunos.

d) Teoría de la Regulación y Políticas de Salud

El manejo de medicamentos opioides en Colombia representa un desafío dual: por un lado, es fundamental garantizar el acceso al alivio del dolor en pacientes con afecciones crónicas o terminales, y por otro, se debe evitar el riesgo de abuso y dependencia. En este contexto, la Teoría de la Regulación y las Políticas de Salud se erige como un marco analítico esencial para entender cómo las normas, directrices y lineamientos institucionales se configuran para asegurar tanto la accesibilidad como la seguridad en la distribución y prescripción de estos fármacos. Este enfoque permite articular criterios que equilibran el beneficio terapéutico con la necesidad de control y vigilancia, contribuyendo a la protección de la salud pública.

El contexto normativo y regulatorio en Colombia es determinante para la prescripción y control de medicamentos opioides. Las políticas públicas y

normativas, como la Circular 22 de 2016 del Ministerio de Salud, la Resolución 0641 de 2024, la Ley 1733 de 2014, el Decreto 2200 de 2005 y las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006, establecen lineamientos estrictos para el acceso, la distribución, la prescripción y el manejo de estos medicamentos. Dichas regulaciones buscan garantizar la disponibilidad de opioides para el alivio del dolor en pacientes que lo requieren, al mismo tiempo que previenen su mal uso y el surgimiento de problemas de salud pública (12–17). La implementación de estos lineamientos implica la adopción de mecanismos de control, la capacitación continua del personal de salud y la integración de sistemas de vigilancia que aseguren la trazabilidad y el uso racional de los opioides. La regulación en salud se sustenta en el principio de protección del paciente y en el aseguramiento del acceso oportuno a tratamientos esenciales. En el caso de los medicamentos opioides, la normativa colombiana establece lineamientos que se fundamentan en: 1) Acceso y Disponibilidad, 2) Control y Fiscalización, 3) Prescripción y Distribución Segura, y 4) Reducción de Barreras Administrativas.

e) Teoría de la Estructuración de las organizaciones

Este enfoque propuesto por Henry Mintzberg describe los procesos de estructuración de las organizaciones en diferentes mecanismos de coordinación y supervisión, que permiten, en mayor o menor medida, la acción ajustada frente la incertidumbre inherente a cualquier proceso de acción coordinada ejecutada por seres humanos: La estandarización, la planeación, el mantenimiento preventivo, etc. Para este enfoque teórico, cualquier organización puede ser dividida o analizada teóricamente en cinco partes que se relacionan conforme a los diferentes niveles de incertidumbre, factor presente en todos los procesos administrativos (18).

En la teoría de la estructuración de las organizaciones el Grupo estratégico (*Strategic apex*) es el componente central de la organización, cuya función es garantizar que la entidad funcione según los objetivos de la misión institucional, respondiendo las necesidades de los miembros que ejercen el poder en la organización. Este grupo toma decisiones sobre



aspectos centrales como: supervisión directa de los proyectos estratégicos, asignación de recursos, diseño de la estructura de organización, transmisión de la información, evaluación del desempeño, resolución de conflictos, incentivos y estímulos. La Gerencia de línea (*The middle line*) realiza supervisión directa sobre el personal operativo y requiere contacto directo y cercano entre el director y los operadores. La tecno-estructura incluye ingenieros y analistas, y se encarga de los flujos de trabajo para potenciar la efectividad de los procesos, planeación estratégica, sistemas financieros y de información. El *Staff* de apoyo agrupa especialistas que sostienen áreas sustantivas de la organización: expertos legales, relaciones públicas, seguridad, investigación y desarrollo, etc. El grupo operativo supervisa a los miembros de la organización que ejecutan las actividades de producción de bienes o servicios: operadores de máquinas, agentes de ventas, personal de seguridad, etc (19).

Este modelo orgánico puede presentar, a su vez, cinco estructuras determinadas por el grupo que ejerce el poder, así: 1) en la estructura funcional simple el poder se concentra en el grupo estratégico, 2) en la burocracia mecánica el poder radica en la tecno-estructura, 3) en la burocracia profesional el poder lo ejerce el grupo operativo, 4) en la estructura divisional el poder se encuentra en la gerencia media, 5) en la adhocracia el poder es controlado por el *Staff* y el grupo operativo (19).

5. Metodología

5.1 Diseño

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico y análisis temático, soportado en un guion de entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de información.

5.2 Duración del estudio

El periodo de recolección y análisis de la información fue de 15 meses.

5.3 Población

Se tomaron como población de estudio las 1135 instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer o cuarto nivel, hospitales departamentales de referencia o E.S.E que reportaran manejo de opioides. La información detallada sobre la construcción del marco muestral puede encontrarse en el Anexo 5 - Documento metodológico de uso clínico.

Se consideran las instituciones como la unidad de análisis, mientras que, los profesionales son definidos como las unidades de observación, al ser ellos los informantes idóneos y quienes pueden brindar información asociada a la institución.

Lo anterior, parte de la no posibilidad de acceder a la información de la institución de manera directa, pues la institución *per se*, no puede ser entrevistada como tal, sino que serán sus funcionarios (profesionales vinculados) quienes puedan entregar la información definida en los instrumentos de recolección de información.

5.4 Diseño de muestreo

Se planteó un proceso de muestreo bajo un enfoque probabilístico que permitiera tener la capacidad de realizar inferencia a nivel nacional sobre las instituciones que conforman la población objetivo.

La estimación del tamaño de muestra se efectuó con un margen de error máximo del 5%, un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 50%, criterio que maximiza el tamaño de muestra ante la ausencia de información previa sobre el parámetro de interés.

5.4.1 Criterios de inclusión y exclusión de las personas a entrevistar

Para seleccionar las personas a entrevistar en cada visita a las instituciones seleccionadas en la muestra se tuvieron algunos criterios de inclusión y exclusión que garantizaran una escogencia acorde con los objetivos del estudio.

5.4.1.1 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.
- Profesionales de la salud con conocimiento en el manejo de sustancias psicoactivas.

5.4.1.2 Criterios de exclusión

- No tener conflicto de intereses para la participación en el estudio.
- Instituciones que se encuentren localizadas en zonas de conflicto armado o con condiciones ambientales, climáticas o políticas que imposibiliten el acceso.

5.4.2 Muestra seleccionada

En principio, se esperaban visitar 147 instituciones, cifra que fue cubierta a cabalidad permitiendo alcanzar una cobertura muestral del 100%.

De acuerdo con el diseño de muestreo probabilístico, a cada una de las 147 instituciones incluidas en la muestra se le asignó un factor de expansión, definido como el inverso de su probabilidad de inclusión en la muestra. Este factor representa el número de instituciones de la población que, desde la perspectiva del diseño muestral, son representadas por cada institución seleccionada (20).

En la Tabla 1, se desglosa el resumen de la muestra seleccionada a nivel de departamentos, municipios, instituciones y entrevistas realizadas.

Tabla 1. Resumen de entrevistas realizadas por tipo de formulario.

Enfoque	Número de Departamentos	Número de Municipios	Número de instituciones	Número de entrevistas
Formulario 1 dirigida a profesionales del área administrativa – gestión de calidad	31	52	116	131
Formulario 2 dirigida a profesionales del servicio farmacéutico	33	59	145	171
Formulario 3 dirigido a profesionales en medicina y enfermería	33	58	141	378
Total	33	60	147	680

Fuente: construcción propia.

Nota: el total de algunas columnas es inferior a la suma, pues se entrevistaron varios profesionales y varios perfiles en cada institución, y varias instituciones en los municipios seleccionados. En la cuenta de departamentos se incluye a Bogotá D.C., como uno más.



5.5 Recolección de la Información

Se realizó la captura de información mediante la aplicación de tres guiones de entrevista semiestructurada, los cuales se orientaron a tres perfiles diferentes de profesionales de las IPS. Cada guion tiene su propia selección de preguntas (algunas comunes en los tres formularios), y otras exclusivas de algunos perfiles. Los perfiles entrevistados son los siguientes:

- Formulario 1: dirigido a profesionales del área administrativa – gestión de calidad.
- Formulario 2: dirigido a profesionales del servicio farmacéutico.
- Formulario 3: dirigido a profesionales médicos y de enfermería.

Los guiones incorporaron toda la información necesaria para realizar la recolección de la información, con aspectos clave como el objetivo del estudio, explicación del consentimiento informado y las preguntas a realizar organizadas por secciones. Las entrevistas fueron grabadas para realizar la transcripción literal y posterior análisis de los datos.

Validación de la herramienta de recolección de información

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

- Asociación Colombiana para el estudio del dolor (ACED).
- Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC).
- Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP).

5.6 Registro de la información

Los repositorios de información que se usaron en 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 la ley 527 de 1999 garantía de los derechos digitales. La información obtenida se registró en bases de datos anónimas y se utilizó exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

5.7 Entrada, gestión, análisis y descripción de los datos

Para el análisis de los datos cualitativos provenientes de las entrevistas semiestructuradas, la información fue categorizada, clasificada, sintetizada y organizada, con el fin de obtener una visión completa del fenómeno de estudio. Se realizó un análisis cualitativo temático siguiendo los siguientes pasos:

1. Recolección de la información en campo, registro y grabación de los datos. Se realizó la recolección de información en campo mediante los tres guiones o formularios de entrevistas semiestructurada, aplicados a los diferentes perfiles del personal de las IPS seleccionadas en la muestra.
2. Las entrevistas, cuya duración fue de entre media y una hora, fueron grabadas en vivo con autorización de los entrevistados y los entrevistadores adicionalmente tomaron notas escritas durante la realización.
3. Transcripción de las grabaciones y estructuración de los datos para el análisis. Los datos se transcribieron con asistencia del software *Turboscribe*, para posteriormente realizar un control de calidad y fidelidad a las grabaciones y corrección manual sobre las transcripciones realizadas. La transcripción de las entrevistas fue organizada en tres matrices de datos en *Excel*, con casos por fila y cada una de las variables de identificación de instituciones y entrevistados, y las preguntas del formulario por columnas. Este formato facilitó la posterior carga de manera precodificada (variables y preguntas) y con citas construidas en el software *Atlas Ti*, lo que facilitó la posterior categorización y análisis.

4. Tematización y categorización de los contenidos. Las bases de datos construidas en *Excel* fueron cargadas en el software *Atlas Ti*, mediante el cual se realizó el proceso de asignación de códigos y categorías para el análisis temático y resumen de la información de las entrevistas.
5. Descripción de los resultados. A partir de los registros codificados en *Atlas Ti* se realizaron tres informes detallados de la información recolectada, uno para cada formulario aplicado (Informes Descriptivos Extensos, que se presentan como los tres primeros anexos a este documento). Los códigos (categorías) se resumieron en tablas de frecuencias con porcentajes expandidos estadísticamente a la población objetivo, para dar una idea de las principales temáticas identificadas en las respuestas, para este propósito se procesó la información mediante el software *Excel* y el paquete estadístico *R*. Algunas categorías se construyeron para marcar respuestas especialmente importantes desde el punto de vista cualitativo por la riqueza de su contenido. Los informes se construyeron comentando, evidenciando y argumentando las situaciones descritas en las respuestas con la asistencia de la codificación realizada. Para información detallada sobre la codificación, los porcentajes presentados y la expansión estadística, remitirse al Anexo 5 - Documento metodológico de uso clínico.
6. Interpretación de los resultados. Con los tres Documentos Descriptivos Extensos del punto anterior, se construyó el Anexo 4 – Documento Descriptivo Temático (que compila en un solo documento la información de los tres formularios). Ese documento relaciona en su contexto y discute técnicamente la información recabada en campo organizada en siete temáticas que integran los objetivos del estudio cualitativo, y que son las que integran también el presente documento.
7. Finalmente, a partir del Anexo 4 – Documento Descriptivo Temático, y los tres Documentos Descriptivos Extensos (Anexos 1-3), se elaboró el presente documento que caracteriza la prescripción y el

manejo del consumo de medicamentos opioides en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia.

El proceso de codificación y análisis aplicado, la construcción del marco muestral y demás aspectos metodológicos reseñados en esta sección, se describen y documentan en detalle en el Anexo 5 - Documento metodológico de uso clínico.

5.8 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.



6. Discusión

Sección 1: Caracterización institucional y profesional

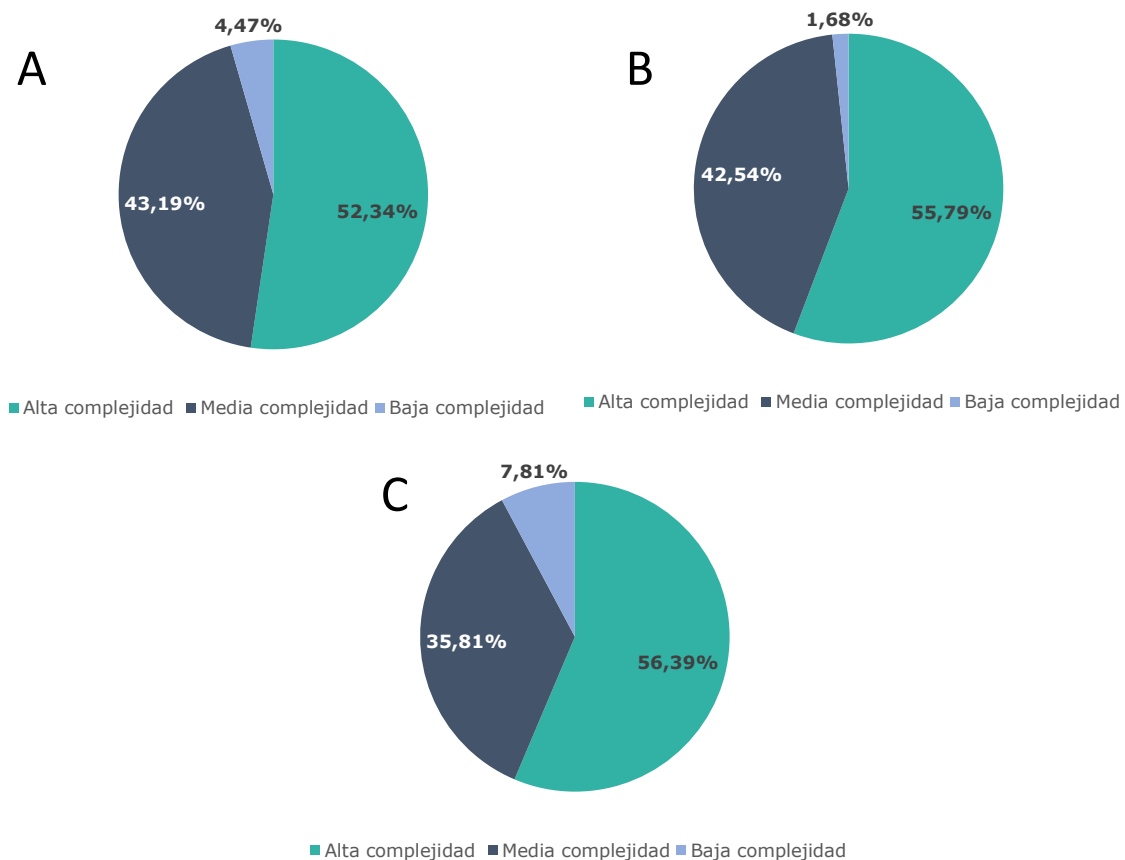
A continuación, se presenta un análisis de la población de estudio, los cuales fueron profesionales de la salud vinculados a los procesos de gestión, prescripción y control de uso de medicamentos opioides en instituciones prestadoras de servicios de la salud, hospitales departamentales y que está conformada por tres grupos principales: 1) profesionales del área administrativa y de gestión de la calidad, 2) profesionales del servicio farmacéutico y 3) profesionales médicos (con y sin especialización).

En términos generales por sexo, se encuentra predominancia de mujeres en los dos primeros grupos de profesionales entrevistados, mucho más notoria en el caso de los profesionales del área administrativa (80,46% son mujeres), que en el grupo de profesionales del servicio farmacéutico (56,61% mujeres). En el grupo de profesionales del área médica se observa predominancia de hombres (58,47%).

En cuanto a la composición etaria de la población, los grupos mayoritarios corresponden a las edades de 30 a 39 años, seguidos por los de 40 a 49 años, en los tres perfiles profesionales analizados. Entre los profesionales del área administrativa, el 36,12% se ubica en el rango de 30 a 39 años y el 24,23% en el de 40 a 49. En el servicio farmacéutico, el 29,59% tiene entre 30 y 39 años, mientras que el 27,99% se encuentra entre 40 y 49. Por su parte, en el personal médico, el 34,55% está en el rango de 30 a 39 años y el 27,05% en el de 40 a 49. Esta distribución indica que la información recopilada corresponde mayoritariamente a una población adulta joven y de mediana edad. También sugiere que se trata de grupos con experiencia acumulada y trayectoria profesional consolidada, pero aún en etapas activas de desarrollo y actualización, lo cual resulta clave

para la implementación de programas de capacitación y la adopción de lineamientos clínicos en las instituciones de salud.

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones visitadas (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

En cuanto al nivel de complejidad de las instituciones visitadas y como se observa en la Gráfica 1, los tres grupos de profesionales se encontraban desarrollando sus actividades en instituciones de alta complejidad con un 52,34% para profesionales administrativos y del área de calidad, 55,79% profesionales del servicio farmacéutico y 56,39% para los profesionales médicos respectivamente; seguido muy de cerca por las instituciones de



mediana complejidad y un porcentaje reducido en instituciones de baja complejidad.

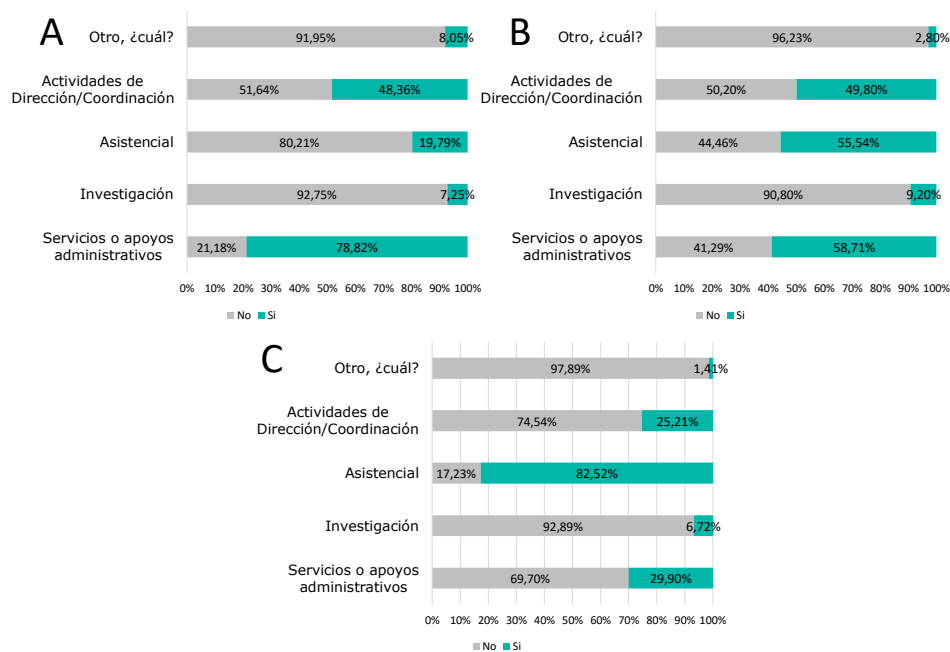
En tal sentido, la información recopilada para los tres grupos de profesionales se estima corresponde en un 95% a instituciones de tercer y cuarto nivel, las cuales, por sus características y nivel de complejidad, atienden un volumen significativo de pacientes, prestan servicios médicos especializados y, por lo tanto, cuentan con servicios farmacéuticos con una infraestructura robusta y la disponibilidad de medicamentos, incluidos los opioides, para atender sus necesidades.

Con el fin de unificar criterios se sobre las actividades desarrolladas por la población de estudio, se consultó a los profesionales de las diferentes áreas cual era la actividad que mejor describía su cargo y para cada uno de los grupos las respuestas recibidas fueron codificadas, y analizadas como se visualiza en la Gráfica 2.

Para los profesionales del área administrativa y de gestión de la calidad, un estimado de 78,82% manifestó realizar actividades de Servicio o apoyo administrativo y en segundo lugar, un 48,36% indicó que realiza Actividades de Dirección/Coordinación. Para los profesionales del servicio farmacéutico, se evidenció un comportamiento similar, donde un estimado de 58,71% considera sus actividades son de tipo Servicio o apoyo administrativo y un 55,54% considera que su mayor volumen de trabajo está en el área asistencial.

Para los profesionales médicos se presentó una variación importante a la hora de reportar el tipo de actividad principal, ya que la mayoría considera que sus actividades son principalmente Asistenciales (82,52%), en segundo lugar, de Servicio o apoyo administrativo (29,90%) y un porcentaje cercano (25,21%) considera que sus actividades principales de dirección o coordinación.

Gráfica 2. Actividades laborales que describen los cargos de la población de estudio (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

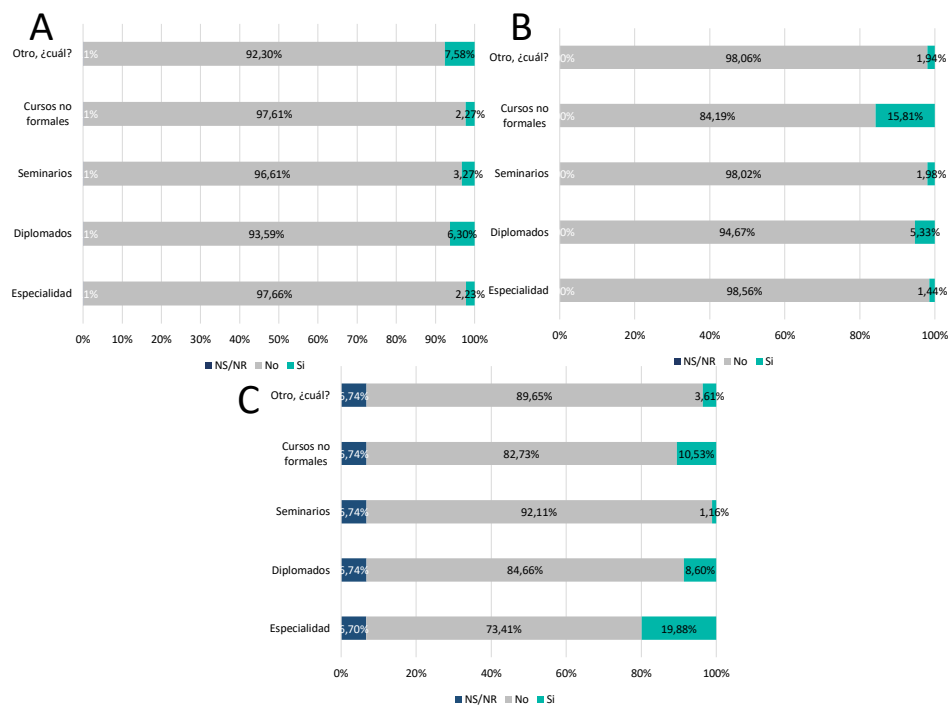
Uno de los aspectos considerados dentro del estudio, es establecer cuál es el conocimiento y la percepción sobre el manejo de medicamentos opioides en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Se indagó a los profesionales sobre su formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.

De acuerdo con la Gráfica 3, la formación específica relacionada con medicamentos opioides para el personal administrativo y de gestión de la calidad es minoritario, ya que solo un 16,47% posee algún tipo de formación. Para este grupo poblacional, se mencionaron con mayor frecuencia los Diplomados (6,3%). Por otra parte, para los profesionales

del servicio farmacéutico, se encuentra un nivel algo más alto de capacitación, pues el 22,6% reportan alguna capacitación. Entre los tipos de capacitación mencionados figuran en primer lugar los cursos no formales, con un 15,81% y en segundo lugar los diplomados, con un 5,33%.

Para los profesionales del área médica se encuentra que el 40,08% menciona alguna capacitación específica en opioides. Dentro de estas menciones, la categoría con mayor frecuencia es la de especialidad (18,88%), seguida de los cursos no formales (10,53%).

Gráfica 3. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.



Los porcentajes minoritarios (inferiores al 50%) de profesionales con alguna capacitación en los tres grupos sugieren que en términos generales hace falta fomentar espacios de capacitación y actualización en temas relacionados al manejo de medicamentos opioides. Por ejemplo, para los profesionales de áreas administrativas y de gestión de la calidad que no pertenecen al área de la salud (ingenieros, administradores o técnicos) es necesario resaltar la importancia del conocimiento referido a estos medicamentos y capacitarlos en temas relacionados.

Otro aspecto que también fue evaluada dentro del estudio fue el tiempo de experiencia profesional, ya fuera en general, o en la institución donde laboran actualmente. Para los tres grupos de la población estudiada se evidenció un comportamiento similar en los rangos de tiempo de experiencia profesional. Como se puede evidenciar en la Gráfica 4, en los tres grupos poblacionales se presentaron como rangos más frecuentes los de 10 a 20 años de experiencia, con porcentajes del 30,13% para personal administrativo, 33,37% para el personal farmacéutico y 41,47% para el personal médico asistencial, que es la población que en términos generales más experiencia en general posee.

Las cifras muestran que en general se cuenta con personal experimentado en los tres grupos poblacionales, en la mayoría de los casos con trayectorias profesionales superiores a 5 años.

Gráfica 4. Distribución de tiempo de experiencia profesional total de la población (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

Por otro lado, se indagó a los profesionales entrevistados por el tiempo de experiencia dentro de la institución. Como se puede observar en la Gráfica 5, se evidenció un comportamiento similar entre los tres perfiles

profesionales, siendo el rango más frecuente el de entre 1 y 5 años de permanencia en la institución donde actualmente laboran, con porcentajes de 39,93% para el personal administrativo, 46,40% para el personal farmacéutico, y 34,67% para el personal médico asistencial. Los resultados, sugieren una relativamente alta rotación de personal, pues más de la mitad de los profesionales en las tres poblaciones no llevan más de 5 años en sus respectivas instituciones.

Gráfica 5. Experiencia profesional en la institución de la población (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

Sección 2: Guías de práctica clínica

El uso de guías de práctica clínica, protocolos o lineamientos técnicos constituye una herramienta fundamental para optimizar el manejo de los medicamentos. Su aplicación permite estandarizar procesos clave como la prescripción, el control, la gestión de riesgos y la comunicación entre paciente y profesional de la salud, contribuyendo así a mejorar la efectividad terapéutica. En el caso particular de los opioides, estas guías adquieren una relevancia especial, pues favorecen el uso seguro y racional, reducen la variabilidad en la práctica clínica y ayudan a prevenir situaciones de abuso o uso inadecuado. A diferencia de la mayoría de los medicamentos, los opioides requieren un abordaje particular debido a su potencial adictivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a los principales opioides (morfina, fentanilo, buprenorfina, metadona y tramadol) como medicamentos esenciales para el manejo del dolor moderado a severo y para cuidados paliativos (21). Adicionalmente, el riesgo de desvío y uso indebido los sitúa bajo controles regulatorios más estrictos, lo que los diferencia claramente de otros grupos terapéuticos. En palabras de la OMS: *"Los opioides como la morfina son medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor moderado a intenso. La disponibilidad de estos medicamentos, junto con políticas y guías clínicas adecuadas, es crucial para garantizar un acceso seguro y racional, evitando tanto el subtratamiento del dolor como el riesgo de uso indebido"* (22).

La literatura subraya que la emisión de guías de prescripción constituye un componente esencial dentro de las estrategias para enfrentar los riesgos asociados al uso de opioides, junto con la educación de los profesionales y el fortalecimiento de sistemas de control. Esto lo reafirma el informe de la *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, donde claramente explicita: *"[...]influir en las prácticas de prescripción, por ejemplo, a través de la educación de los profesionales y la emisión de guías de prescripción"* (2,4).



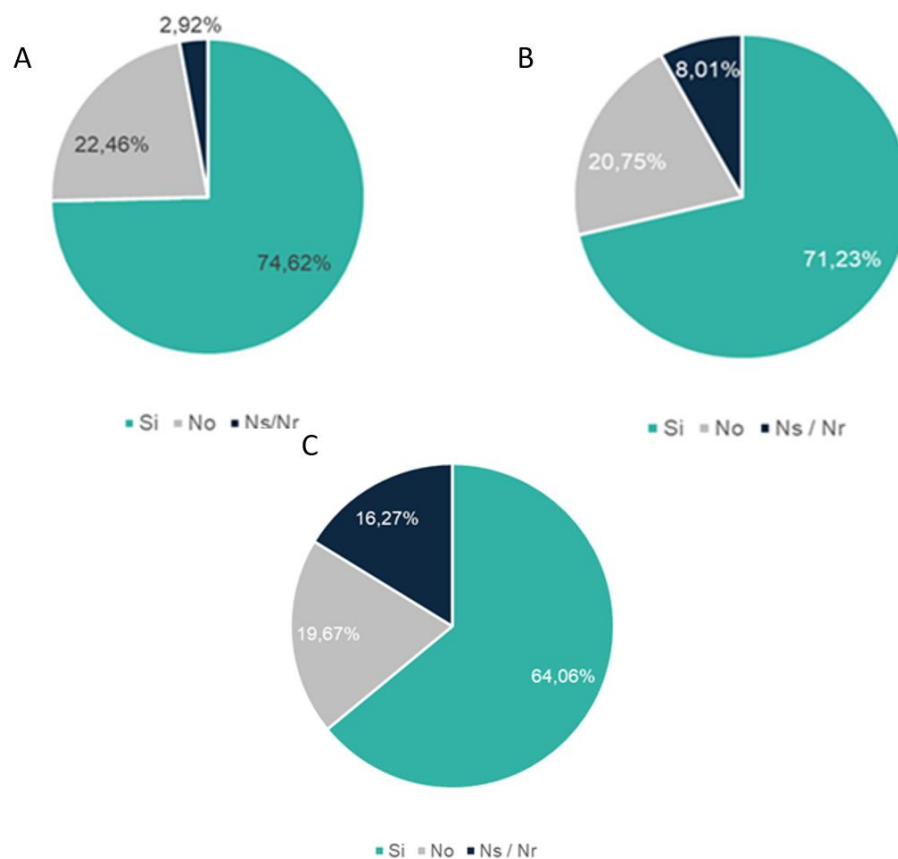
En Colombia, el manejo de opioides requiere distinguir dos dimensiones complementarias. La primera es la dimensión normativa y regulatoria, orientada al control, la prescripción, la dispensación, la custodia, la trazabilidad y la prevención del desvío. La segunda es la dimensión clínico-asistencial, que debe orientar la toma de decisiones sobre indicación, inicio, titulación, rotación, seguimiento, suspensión, manejo de eventos adversos, educación al paciente y articulación con alternativas terapéuticas. Esta distinción es importante porque la existencia de normas o procedimientos sobre medicamentos de control especial no sustituye la necesidad de contar con lineamientos clínicos específicos para el uso seguro y racional de opioides.

La guía pedagógica para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia del Ministerio de Salud y Protección Social plantea que la adopción de GPC requiere procesos institucionales, difusión, participación de equipos interdisciplinarios y evaluación de adherencia (24). Sin embargo, la literatura nacional ha señalado limitaciones en la calidad metodológica y aplicabilidad de algunas GPC colombianas, lo que evidencia que la disponibilidad documental debe acompañarse de procesos rigurosos de adopción, adaptación, implementación y evaluación (25).

En este contexto, se indagó si las instituciones cuentan, dentro de su sistema de gestión de calidad, con documentos establecidos para el manejo de medicamentos opioides, incluyendo guías de práctica clínica, procesos, procedimientos o manuales. Los resultados, representados en la Gráfica 6, muestran que la mayoría de los entrevistados reconoce la existencia de documentos relacionados con el manejo de opioides; sin embargo, la proporción varía según el área consultada. El mayor reconocimiento se observa en los profesionales del área administrativa y de gestión de la calidad, con 74,62%. En el servicio farmacéutico la proporción es de 71,23%, mientras que entre los profesionales médicos desciende a 64,06%. Esta diferencia sugiere que la existencia documental se identifica con mayor claridad en las áreas responsables del sistema de

gestión de calidad y del cumplimiento institucional, pero se reconoce en menor medida entre quienes participan de manera directa en la prescripción y aplicación clínica de estos medicamentos.

Gráfica 6. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

La brecha más crítica se observa en la categoría Ns/Nr (No sabe/No responde). Mientras en el área administrativa y de gestión de la calidad esta proporción es de 2,92%, en el servicio farmacéutico asciende a 8,01% y entre los profesionales médicos alcanza 16,27%. Este hallazgo no debe interpretarse únicamente como ausencia de documentos, sino como una posible brecha de socialización, acceso, apropiación o uso efectivo de los lineamientos disponibles. Desde la perspectiva de seguridad del paciente, resulta especialmente relevante que el grupo con responsabilidad directa en la decisión terapéutica sea el que manifieste mayor desconocimiento sobre la existencia de documentos institucionales para el manejo de opioides.

Las respuestas cualitativas permiten precisar esta interpretación. En algunos casos, los entrevistados reconocen la existencia de formatos o registros, pero no de protocolos clínicos o procedimientos específicos. Como señaló una persona entrevistada:

"No, no hay protocolo ni nada, específicamente no. Manejamos es un formato en farmacia, pero es como de inventario [...] ¿Tiene un procedimiento de medicamentos de control especial? No, procedimiento no; es un formatico". (Entrevista 163, Cali – Valle del Cauca).

Esta respuesta ilustra una diferencia sustantiva entre contar con soportes administrativos para el control de inventario y disponer de lineamientos clínico-operativos que orienten el manejo integral de opioides.

A quienes respondieron afirmativamente se les solicitó indicar cuáles eran esos documentos. Las respuestas, representadas en la Gráfica 7, muestran una marcada heterogeneidad entre áreas, tanto en el tipo de documentos mencionados como en el nivel de especificidad con el que se identifican.

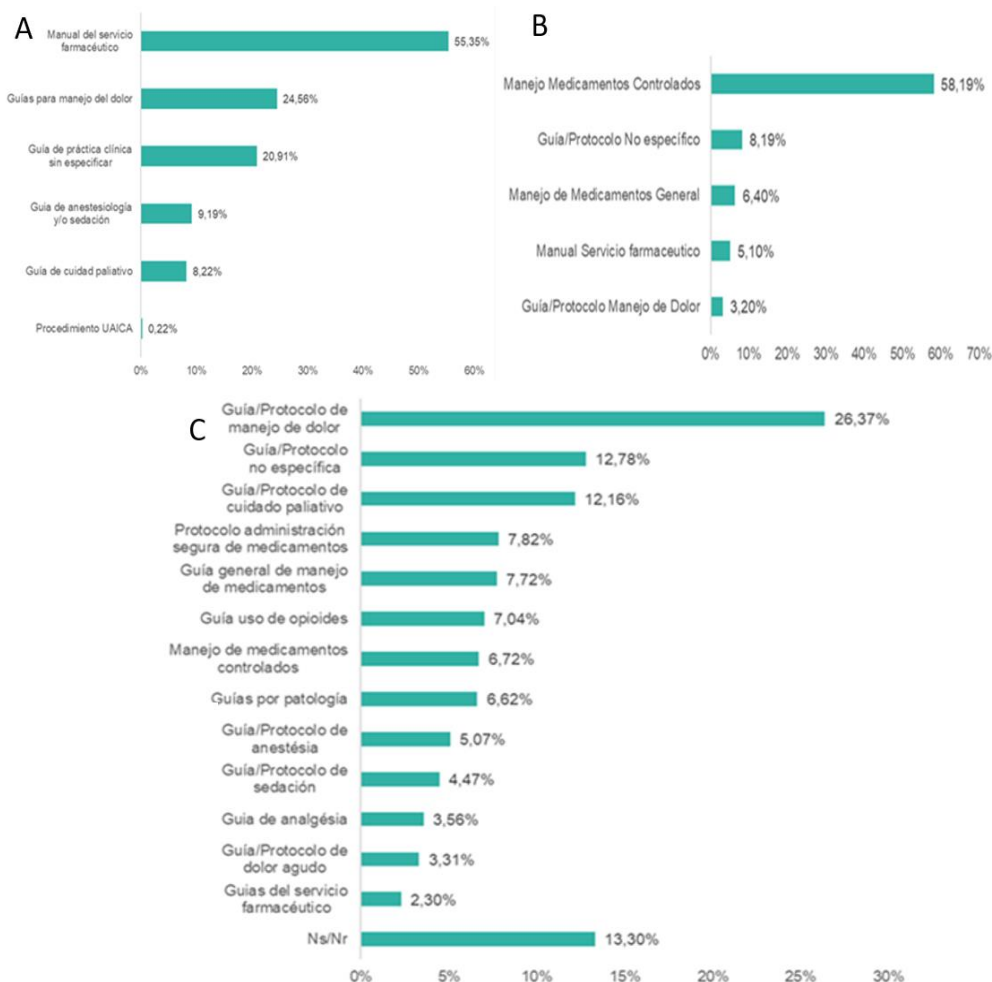
En el área administrativa y de gestión de la calidad predominan menciones al Manual del Servicio Farmacéutico, guías para manejo del dolor, guías de práctica clínica no específicas y documentos de anestesiología o sedación. En el servicio farmacéutico, la categoría más frecuente

corresponde al manejo de medicamentos controlados, lo que refleja una aproximación centrada en custodia, trazabilidad, recetario oficial y cumplimiento regulatorio. Por su parte, los profesionales médicos refieren una mayor diversidad de documentos clínicos, como guías o protocolos de manejo del dolor, cuidados paliativos, sedación, anestesia, analgesia, administración segura de medicamentos y guías por patología; sin embargo, también se observa una proporción importante de menciones no específicas o genéricas.

Esta distribución evidencia una fragmentación en la forma como cada grupo comprende los documentos para el manejo de opioides. Para el área de calidad, estos documentos parecen asociarse principalmente con el soporte documental exigido por el sistema de gestión. Para el servicio farmacéutico, el énfasis se ubica en el control de medicamentos fiscalizados y en la trazabilidad del proceso. Para el personal médico, el referente es más clínico, pero disperso y en muchos casos no específico. Así, una institución puede contar formalmente con documentos, sin que ello implique necesariamente la existencia de un marco común que articule la dimensión clínica, farmacéutica, administrativa y de seguridad del paciente.

Esta fragmentación también se expresa en las narrativas de los profesionales médicos. Algunas respuestas aluden a documentos generales o poco identificables, como *"Guías del Ministerio de Salud, protocolos establecidos en UCI"* (Entrevista 49, Montería) o *"Manual de clínicas, es general"* (Entrevista 129, Bogotá). Estas menciones sugieren que, en algunos casos, la práctica clínica se apoya en marcos amplios o en documentos institucionales de referencia general, más que en guías específicas para orientar el uso racional de opioides según tipo de dolor, perfil de riesgo, duración del tratamiento, seguimiento y criterios de suspensión.

Gráfica 7. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

La diferencia entre documentos administrativos, procedimientos de control y guías clínicas tiene implicaciones prácticas. Un manual del servicio farmacéutico puede describir actividades de recepción, almacenamiento, custodia, dispensación o manejo del recetario oficial, pero no necesariamente orienta la decisión clínica sobre cuándo iniciar un

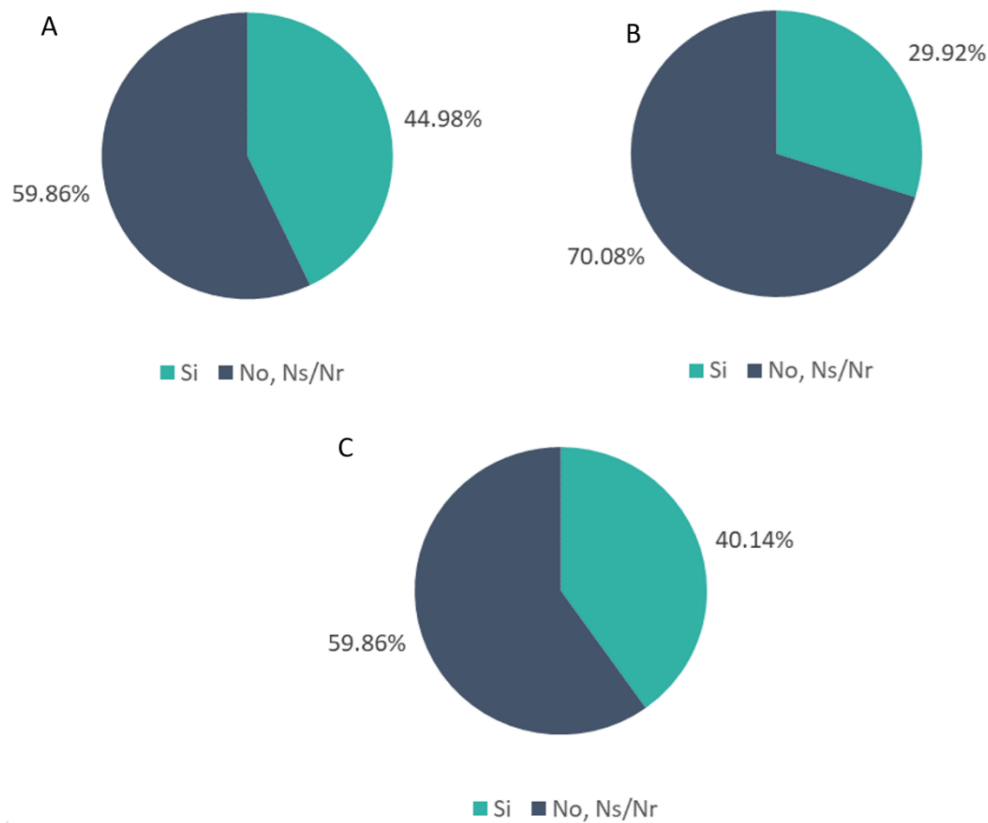
opioide, cómo evaluar el riesgo individual, cómo titular la dosis, cuándo rotar o suspender el tratamiento, cómo hacer seguimiento farmacoterapéutico o cómo actuar frente a eventos adversos, abstinencia, uso problemático o sobredosis. Del mismo modo, una guía clínica de dolor, sedación, anestesia o cuidados paliativos puede orientar parcialmente la prescripción, pero resultar insuficiente si no se articula con los procedimientos de dispensación, farmacovigilancia, educación al paciente, conciliación de medicamentos y trazabilidad institucional.

A quienes respondieron que no contaban con documentos establecidos se les preguntó si consideraban que estos hacían falta. Este punto resulta especialmente relevante porque permite aproximarse no solo a la disponibilidad de lineamientos, sino también a la percepción de necesidad entre los profesionales entrevistados.

Los resultados representados en la Gráfica 8 muestran que, en los tres grupos, la proporción de respuestas afirmativas es menor que la agrupación de respuestas negativas o Ns/Nr. En el grupo administrativo y de gestión de la calidad, la gráfica reporta cerca de 40,98% de respuestas afirmativas; en el servicio farmacéutico, 29,92%; y entre los profesionales médicos, 40,14%. Este patrón indica que, incluso entre quienes no identifican documentos institucionales, no existe una demanda mayoritaria por incorporarlos.

Este resultado debe interpretarse con cautela, dado que la categoría comparativa agrupa respuestas negativas con Ns/Nr. No obstante, el hallazgo es crítico porque sugiere una baja percepción de necesidad frente a lineamientos específicos. Esta situación puede relacionarse con la normalización del manejo basado en documentos generales, la confianza en la experiencia individual del profesional, la percepción de que los procedimientos de medicamentos controlados son suficientes o la baja identificación de riesgos clínicos diferenciales asociados a los opioides.

Gráfica 8. Necesidad de inclusión en sistema de calidad (A. Profesionales del área administrativa y gestión de la calidad, B. Profesionales del servicio farmacéutico y C. Profesionales médicos).



Fuente: Construcción propia.

Las respuestas cualitativas permiten observar cómo esa baja percepción de necesidad puede estar asociada a una subestimación del riesgo o a una comprensión limitada del alcance que deberían tener los lineamientos institucionales. Al respecto, un entrevistado señaló:

“no, yo creería que no es necesario, siempre y cuando sea manejado solo por mí. Porque fíjate que el tramadol, que, si pueden tener acceso el resto del personal, nadie crea dependencia del tramadol, o sea, es muy poco. porque normalmente la gente no crea

dependencia al tramadol, a diferencia de lo que es el fentanilo [...]"
(Entrevista 299, Villavicencio).

En términos de calidad y seguridad, esta percepción es relevante porque desplaza la gestión del riesgo desde un marco institucional estandarizado hacia el criterio individual del profesional. Además, puede reforzar la idea de que el manejo de opioides se limita al control de los medicamentos fiscalizados, sin incorporar de manera suficiente dimensiones clínicas como la valoración del dolor, la selección del medicamento, el ajuste de dosis, la identificación de factores de riesgo, el seguimiento terapéutico, la educación al paciente y la detección temprana de eventos adversos o uso problemático.

La baja percepción de necesidad es especialmente relevante en el servicio farmacéutico, donde menos de un tercio de quienes no identifican documentos considera que hace falta incorporarlos. Esto podría reflejar que el manejo de opioides se concibe principalmente como un asunto de control normativo y operativo, más que como un proceso integral de seguridad clínica. En el caso de los profesionales médicos, aunque la proporción afirmativa es mayor que en farmacia, tampoco representa una mayoría clara, lo que sugiere que la necesidad de lineamientos específicos aún no está plenamente instalada en la cultura asistencial.

La literatura nacional confirma que esta problemática no es un fenómeno aislado. Machado-Duque (2023) reportó que más del 20% de los pacientes con diagnóstico de migraña recibieron opioides, a pesar de que las guías nacionales e internacionales desaconsejan su uso como primera línea (26). Este hallazgo refuerza la importancia de contar no solo con documentos institucionales, sino con guías claras, apropiadas y efectivamente implementadas que orienten la toma de decisiones y reduzcan la variabilidad en la práctica clínica.

En conjunto, los resultados muestran tres brechas principales. La primera es una brecha de disponibilidad o especificidad, asociada a la ausencia de documentos centrados de manera explícita en el manejo clínico y seguro

de opioides. La segunda es una brecha de apropiación, evidenciada por el mayor desconocimiento entre los profesionales médicos. La tercera es una brecha de percepción de necesidad, reflejada en la baja proporción de respuestas afirmativas entre quienes no cuentan con documentos y no identifican claramente su importancia.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de avanzar hacia lineamientos institucionales y nacionales que integren la dimensión clínica, farmacéutica, administrativa y regulatoria del manejo de opioides. Dichos lineamientos deberían incluir criterios de indicación según tipo de dolor y contexto clínico; evaluación basal del riesgo; criterios de inicio, titulación, rotación y suspensión; seguimiento farmacoterapéutico; educación al paciente y su familia; farmacovigilancia; prevención y manejo de eventos adversos; identificación temprana de uso problemático, abstinencia o sobredosis; articulación con alternativas no farmacológicas; y definición de indicadores de calidad y seguridad.

Es importante resaltar que la existencia de guías no garantiza por sí misma su adopción en la práctica clínica, pues factores organizacionales y humanos condicionan su implementación. Como señala Francke (2008), *"la falta de apoyo de parte de colegas o superiores, así como el tiempo y el personal insuficientes, parecen ser los principales impedimentos"*. Este hallazgo resulta pertinente en el contexto colombiano, donde la ausencia de una guía nacional unificada para opioides se suma a limitaciones estructurales en las instituciones, generando una aplicación fragmentada de los documentos disponibles. En consecuencia, superar estas barreras requiere no solo consolidar lineamientos clínicos y normativos integrales, sino también garantizar estrategias de implementación efectivas que incluyan respaldo institucional, recursos suficientes y trabajo interdisciplinario (9).

Sección 3: Diagnóstico

Los resultados del estudio muestran una clara concordancia entre la percepción del personal sanitario y los estándares internacionales en cuanto a las indicaciones oncológicas: 76,73% consideran apropiado el uso de opioides para dolor oncológico crónico y 76,59% para dolor oncológico agudo, lo que refleja comprensión de que los opioides son pilar terapéutico en dolor oncológico moderado-severo cuando se aplican con titulación y seguimiento (28).

Por otra parte, el personal muestra aprobación moderada para el uso de opioides en dolor postoperatorio (50,40%) y por traumatismos (47,72%), coherente con la práctica multimodal post-quirúrgica y de emergencias donde los opioides pueden ser necesarios a corto plazo. Los porcentajes indican un grado de restricción hacia la formulación indiscriminada (si se orienta por protocolos) que puede reducir riesgos innecesarios (29).

En contraste, el rechazo o la restricción predominan para el dolor no oncológico: dolor agudo no oncológico (52,31% a favor de restringir) y dolor crónico no oncológico (42,88% a favor de restringir). Esto está alineado con las recomendaciones que restringen el uso prolongado de opioides en dolor crónico no oncológico dado el balance riesgo/beneficio incierto a largo plazo (30).

Las indicaciones con mayor incertidumbre o desconocimiento por parte del personal de salud para manejar con medicamentos opioides fueron: Síndrome de Abstinencia Neonatal (NAS / NOWS): 50,27% Ns/Nr y solo 19,87% a favor. Este patrón sugiere desconocimiento de protocolos específicos para manejo neonatal por parte de los profesionales entrevistados—aun cuando las guías pediátricas recomiendan medidas no farmacológicas como primera línea y, si es necesario, uso de morfina o metadona con protocolos de weaning en unidades neonatales—. La alta proporción de Ns/Nr apunta a necesidad formativa y a que la atención

neonatal puede no estar suficientemente integrada con políticas sobre sustancias y cuidado paliativo (31).

La mayoría considera que no se deben emplear opioides para tos (63,67%) ni diarrea (62,79%). Esto es apropiado: el uso de codeína/tramadol en tos especialmente en niños está restringido por agencias regulatorias; para diarrea existen antidiarreicos no sistémicos (loperamida) y el uso de agonistas opiáceos sistémicos no es práctica habitual fuera de circunstancias específicas. La respuesta del personal refleja una comprensión de estos riesgos.

La caracterización cualitativa evidencia un alineamiento parcial con las guías internacionales. La alta aceptación del uso de opioides en dolor oncológico agudo y crónico refleja comprensión de los principios de uso racional recomendados por la OMS y la *European Association for Palliative Care* (EAPC), mientras que la mayor restricción frente a diagnósticos no oncológicos concuerda con guías como las del CDC que desaconsejan su empleo prolongado en dolor crónico no oncológico por riesgos de dependencia y baja eficacia sostenida. Sin embargo, la dispersión de respuestas y el alto porcentaje de Ns/Nr en escenarios como el Síndrome de Abstinencia Neonatal (NAS) y el tratamiento del Trastorno por Consumo de Opioides (TCO) revelan vacíos de formación clínica y falta de integración entre áreas como neonatología, salud mental y adicciones, lo cual compromete la continuidad y la equidad en la atención. Estos vacíos representan riesgos clínicos concretos: prescripciones sin planes claros de reevaluación o desescalonamiento que favorecen la cronificación, subdiagnóstico o manejo inadecuado del NAS y del trastorno por uso de opioides, y variabilidad en la duración de tratamientos postoperatorios que incrementa la exposición innecesaria. Desde la política pública, esto configura un doble riesgo: por un lado, el estigma, el desconocimiento y las barreras regulatorias pueden restringir el acceso legítimo a opioides en pacientes oncológicos o con TCO y por otro, la ausencia de protocolos estandarizados puede fomentar prescripciones inadecuadas en dolor no oncológico. En este sentido, la estrategia nacional debe equilibrar

disponibilidad y control, fortaleciendo la formación clínica, los programas de reducción de daños y la integración de servicios.

Prescripción

El análisis de los resultados sobre prescripción de medicamentos opioides permite observar coincidencias y diferencias según el rol del personal entrevistado. Desde el aseguramiento de la calidad se identificó que los mayores volúmenes de consumo se concentran en UCI (40,32%), cirugía (35,04%) y urgencias (23,31%), seguidos por cuidados paliativos (16,39%) y clínicas del dolor (14,70%). Esta distribución refleja los contextos clínicos donde las guías internacionales recomiendan opioides como parte del manejo del dolor agudo severo, la sedación perioperatoria y el tratamiento de pacientes oncológicos o paliativos (28,29). Sin embargo, la dispersión en servicios como hospitalización general y consulta externa sugiere áreas de potencial sobreutilización que deben ser reguladas mediante protocolos institucionales para reducir riesgos de prescripción inadecuada y desvío.

La información aportada por los servicios farmacéuticos complementa este panorama. Se evidenció que morfina y fentanilo, en presentaciones inyectables, son los principios activos más utilizados, mientras que las formas orales y transdérmicas presentan menor disponibilidad. Esta situación coincide con las barreras descritas en América Latina para garantizar el acceso equitativo a formulaciones de liberación controlada, indispensables para el manejo crónico y paliativo (21,32). Así, se establece una correlación clara entre el predominio de servicios de alta complejidad en el consumo de opioides y la disponibilidad mayoritaria de presentaciones inyectables, lo que acentúa la necesidad de reforzar prácticas seguras de administración y almacenamiento en áreas críticas como UCI y salas de cirugía.

Desde la perspectiva médica, los hallazgos confirman la percepción de necesidad de los opioides: un 50,94% los considera imprescindibles y un 36,70% reconoce su utilidad bajo criterios clínicos específicos. Las

justificaciones se relacionan con analgesia, anestesia y control del dolor agudo y crónico, lo cual coincide con las indicaciones de la OMS y la EAPC en escenarios de dolor oncológico y postoperatorio (28). Sin embargo, también se expresan preocupaciones sobre seguridad y dependencia: aunque el 91,42% los percibe como seguros cuando se usan adecuadamente, un 5,76% señala riesgos asociados a efectos adversos, dependencia y desvío. Este hallazgo guarda correspondencia con el predominio de opioides inyectables en los inventarios, ya que estas presentaciones implican mayor riesgo de errores de administración y de desvío no autorizado, lo que convierte a los opioides en medicamentos de alto riesgo según clasificaciones internacionales.

En cuanto a los criterios de prescripción, la mayoría de los médicos señaló que la elección depende de características individuales del paciente (55,8%) y de la intensidad del dolor (39,5%), mientras que una proporción menor refirió basarse en protocolos institucionales o guías (27,13%). Este hallazgo evidencia una relación entre la dependencia de criterios clínicos individuales y la limitada adopción sistemática de guías internacionales como las del CDC (29) o NICE (30), lo que sugiere variabilidad en la práctica clínica y potencial inequidad en la calidad de la atención. El uso de analgesia balanceada y multimodal en anestesia, aunque menos frecuente, refleja la incorporación de estrategias internacionales para reducir la exposición a opioides, lo cual se relaciona con la percepción médica de que la seguridad depende del uso responsable, la dosificación prudente y la limitación temporal.

Se logra determinar que la seguridad en la prescripción de opioides en Colombia depende no solo de la regulación normativa, sino también de la capacidad de las instituciones para garantizar acceso equilibrado, protocolos estandarizados, formación continua y mecanismos de farmacovigilancia activa.

Recetario Oficial

El uso del Recetario Oficial (RO) en Colombia, regulado por la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social, constituye un pilar para el control de medicamentos de uso restringido como los opioides, intentando garantizar trazabilidad y seguridad en la dispensación. Los resultados del estudio muestran que, desde la perspectiva de los servicios farmacéuticos, solo el 44,36% considera que los médicos diligencian correctamente el RO, mientras que un 33,13% identifica errores frecuentes y un 22,51% desconoce o no responde. Entre los errores más comunes reportados se destacan problemas en la dosificación, concentración y forma farmacéutica (49,46%), seguidos por formularios incompletos (21,04%), enmendaduras (19,69%) y letra ilegible (9,54%). Estos hallazgos reflejan una debilidad estructural asociada al registro manual, que incrementa la probabilidad de errores de prescripción.

El personal médico, por su parte, muestra una percepción más favorable: un 54,57% reporta no tener dificultades con el diligenciamiento, aunque un 20,08% señala limitaciones importantes. Las dificultades más frecuentes están relacionadas con la falta de digitalización (20,77%), la complejidad del formato y su carga administrativa (18,24 %), la escasez de talonarios en el territorio (14,57%) y la obligatoriedad de renovación mensual (7,79%), lo que genera barreras para pacientes crónicos. Estos resultados revelan un contraste entre farmacéuticos y médicos. Mientras los primeros enfatizan en errores técnicos que afectan la seguridad del paciente, los segundos resaltan limitaciones operativas que impactan la eficiencia y continuidad del tratamiento. Ambos enfoques, sin embargo, confluyen en la necesidad de modernizar el sistema hacia plataformas electrónicas integradas a la historia clínica, similares a Mi Prescripción (MIPRES), que reduzcan errores humanos y faciliten auditoría y control, tal como recomiendan la OMS y la *Joint Commission* para medicamentos de alto riesgo (33,34).

El estudio también evidenció experiencias institucionales con modelos híbridos o totalmente electrónicos, autorizados por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, que integran el RO en sistemas como SAP, logrando automatización de dosis, validación de concentraciones y reducción de errores. Estas innovaciones son coherentes con las recomendaciones internacionales sobre prescripción electrónica de opioides, las cuales priorizan sistemas digitales con alertas automáticas, firmas electrónicas y trazabilidad en tiempo real (29). Sin embargo, su aplicación aún es heterogénea en el país, lo que configura inequidad entre instituciones con mayor capacidad tecnológica y aquellas que dependen exclusivamente del formato físico.

Los hallazgos confirman que el RO sigue siendo percibido como una herramienta necesaria para garantizar control y cumplimiento normativo, pero cuya rigidez y diseño poco amigable generan resistencia entre prescriptores y riesgos de errores en su uso manual. La relación entre los errores técnicos identificados por el servicio farmacéutico y las limitaciones operativas señaladas por los médicos sugiere que una transición hacia un modelo electrónico estandarizado, interoperable con la historia clínica, fortalecería tanto la seguridad del paciente como la eficiencia del sistema. Este cambio requiere ajustes normativos que actualicen la Resolución 1478 de 2006, incorporando lineamientos sobre prescripción electrónica de medicamentos controlados, alineados con experiencias internacionales y con los objetivos nacionales de mejorar acceso, calidad y trazabilidad en el manejo de opioides.

La Tabla 2 evidencia la relación directa entre los errores técnicos reportados por el servicio farmacéutico y las limitaciones operativas identificadas por los médicos. Ambos factores convergen en riesgos para la seguridad del paciente, lo que justifica avanzar hacia un modelo electrónico interoperable del Recetario Oficial, con soporte normativo actualizado a la Resolución 1478 de 2006 y alineado con recomendaciones de la OMS y la *Joint Commission*.

Tabla 2. Errores técnicos y limitaciones operativas reportadas.

Aspecto identificado	Errores frecuentes (Servicios farmacéuticos)	Limitaciones percibidas (Personal médico)	Implicaciones en seguridad del paciente y calidad
Diligenciamiento del RO	Dosificación incorrecta, errores en concentración y forma farmacéutica (49,46%)	Complejidad del formato y carga administrativa (18,24%)	Riesgo de errores de medicación, duplicidad de tratamientos y retrasos en la dispensación
Compleitud del formulario	Formularios incompletos (21,04%)	Percepción de trámites repetitivos y poco prácticos	Posible anulación de recetas y retraso en inicio del tratamiento, afectando control del dolor
Caligrafía / legibilidad	Letra ilegible (9,54 %) y enmendaduras (19,69%)	Reconocen que la escritura manual genera demoras y necesidad de correcciones	Incremento de riesgo de interpretación errónea, con potencial de eventos adversos graves
Disponibilidad de talonarios	N/A	Escasez de recetarios en algunas regiones (14,57%)	Barrera de acceso para pacientes, especialmente en áreas rurales, que afecta continuidad terapéutica
Periodicidad de prescripción	N/A	Renovación mensual obligatoria (7,79%) genera carga administrativa	Interrupciones en tratamientos crónicos, impacto en adherencia y control del dolor oncológico/paliativo
Digitalización / soporte electrónico	Identificación de instituciones con sistemas híbridos o electrónicos más seguros	Limitaciones por ausencia de integración con historia clínica (20,77%)	Persistencia de inequidad tecnológica entre instituciones; oportunidad para estandarización nacional

Fuente: Construcción propia.

Errores prescripción

Las respuestas evidencian que casi la mitad de los profesionales de los servicios farmacéuticos (44,59%) ha identificado errores en la prescripción de opioides dentro de sus instituciones, frente a un 52,61% que no los ha observado. Este hallazgo es relevante, pues confirma la alta vulnerabilidad de los procesos de prescripción de estos medicamentos, clasificados internacionalmente como de alto riesgo por su estrecho margen terapéutico y el potencial de provocar daño significativo en caso de error.

Los errores más frecuentes identificados se concentran en aspectos críticos de la prescripción. El 59,71% corresponde a errores en la dosis, concentración o frecuencia de administración, lo cual coincide con la literatura que describe este tipo de equivocaciones como la principal causa de eventos adversos asociados a opioides (28,34). En segundo lugar, se reportan fallos en el diligenciamiento del recetario oficial (27,50%) y en la conciliación y duración del tratamiento (26,05%), seguidos por errores en la vía de administración, nombre o presentación del medicamento (25,14%). Estos datos muestran una relación directa con los problemas ya identificados en apartados anteriores: la complejidad del recetario oficial y su manejo manual incrementan la probabilidad de fallos formales y administrativos, que terminan afectando la continuidad y seguridad de la terapia.

Un hallazgo adicional de interés fue la confusión en la identificación de medicamentos opioides. En un 3,23% de las respuestas, los profesionales señalaron que algunos prescriptores clasificaban como opioides a fármacos como propofol, fenobarbital o midazolam. Este error conceptual refleja una brecha en la formación clínica y farmacológica, con implicaciones directas en el control de estupefacientes y en la correcta aplicación de la Resolución 1478 de 2006, que regula de manera diferenciada los grupos de medicamentos sometidos a fiscalización en Colombia. La confusión en la clasificación no solo afecta la precisión en la

prescripción, sino que también puede comprometer la trazabilidad y los sistemas de control del Fondo Nacional de Estupefacientes.

En cuanto a las situaciones que más favorecen la ocurrencia de errores, los farmacéuticos señalaron la prescripción manual como el principal factor de riesgo (29,82%), seguida por la inexperiencia de prescriptores nuevos (23,93%). En menor medida se mencionaron las caídas de los sistemas electrónicos (9,38%) y su complejidad (7,58%). Estos resultados evidencian que la ausencia de procesos sistematizados y la alta dependencia de registros manuales continúan siendo los principales determinantes de error en la práctica institucional, lo que concuerda con recomendaciones internacionales que promueven la digitalización como estrategia para disminuir riesgos en la prescripción de opioides (29).

De manera transversal, los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la validación farmacéutica como barrera de seguridad, estandarizar protocolos de conciliación terapéutica y avanzar hacia la implementación obligatoria de sistemas electrónicos de prescripción interoperables con la historia clínica. Desde la perspectiva de política pública, esto implica la actualización de la Resolución 1478 de 2006 para incluir lineamientos específicos sobre prescripción digital de opioides, acompañados de programas de capacitación dirigidos a médicos y farmacéuticos para disminuir errores de clasificación y mejorar el uso seguro de estos medicamentos.

Perdidas y disposición final

El análisis sobre pérdidas y disposición final de medicamentos opioides integró los hallazgos del estudio con la normativa colombiana. Los datos mostraron que la mayoría de los servicios farmacéuticos informó no haber detectado pérdidas (85,09%), aunque un 8,35% reconoció pérdidas de opioides y un 2,03% las atribuyó a vencimientos; además, las narrativas cualitativas relacionaron las pérdidas con inconsistencias entre registros y existencias físicas y con la gestión en carros de medicación y turnos de servicio.

Comparando esos hallazgos con la regulación nacional, se constató una desalineación operativa: la Resolución 1478 de 2006 exigió custodia, registro, conciliación y reporte inmediato de novedades al Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), y las guías ministeriales posteriores reforzaron la cadena de custodia y los procedimientos de gestión integral de sustancias sometidas a fiscalización. Sin embargo, en la práctica muchas instituciones mantenían procesos manuales, conciliaciones infrecuentes y protocolos incompletos, lo que explicaba la persistencia de discrepancias no aclaradas (35).

Revisiones y guías de seguridad consignaron que la manipulación manual aumentó la probabilidad de errores humanos (caligrafía, transposición, enmendaduras), que los *stocks* de piso y los carros de emergencia fueron puntos críticos de extracción no documentada y que los cambios de turno sin conciliación doble facilitaron la acumulación de faltantes no detectados. Adicionalmente, se documentó que la confusión conceptual sobre categorías farmacológicas (p. ej. clasificar propofol o midazolam como “opioides”) complicó la correcta aplicación de controles diferenciados exigidos por la normativa. Estas vulnerabilidades se han asociado en la bibliografía a eventos de desvío clínico y a brotes infecciosos por manipulación indebida (36).

Las mejores prácticas internacionales (*American Society of Hospital Pharmacist* - ASHP, *Institute for Safe Medication Practices* - ISMP) y la experiencia reportada en estudios controlados indicaron que la combinación de controles técnicos y organizativos redujeron significativamente las pérdidas detectadas. Entre las intervenciones con mejor evidencia se encontraron: 1) conciliaciones frecuentes (por turno o diarias) entre farmacia, administración y registros de enfermería, 2) destrucción de residuos con testigo (firma de dos personas y registro), 3) reducción del *stock* descentralizado mediante dispensación por dosis unitaria o mediante gabinetes automatizados de medicamentos (ADCs) con *logs* de transacción, 4) prescripción electrónica controlada (EPCS) integrada a la historia clínica y 5) análisis automatizado de patrones para

priorizar auditorías. Varios trabajos mostraron que estas medidas permitieron detectar discrepancias menores antes de que se transformaran en pérdidas acumuladas y facilitaron investigaciones con trazabilidad (36).

Al confrontar las recomendaciones internacionales con la normativa colombiana, se identificaron oportunidades concretas de armonización. La Resolución 1478/2006 y las guías del Ministerio ya contenían obligaciones de registro, custodia y reporte, pero no siempre especificaron requisitos tecnológicos mínimos (p.ej. EPCS, interoperabilidad con FNE, uso obligatorio de ADCs en áreas críticas). Por tanto, la actualización normativa y la emisión de lineamientos técnicos mínimos podrían facilitar la adopción homogénea de controles probados. La exigencia de conciliación por turno en UCI/quirófano/urgencias, el registro de destrucciones con doble firma y evidencia, requerir reportes electrónicos estandarizados al FNE y promover la incorporación gradual de ADCs y EPCS en hospitales con criterios de priorización por volumen de opioides. Estas medidas, alineadas con la regulación vigente permitirán reducir la dependencia de procesos manuales que el estudio identificó como principal factor problema (35,36).

En síntesis, el estudio identificó problemas operativos congruentes con la literatura internacional. La normativa colombiana provee un marco obligatorio, pero requiere superar barreras tecnológicas y de implementación.

Sección 4: Seguridad del paciente en el manejo de opioides



La seguridad del paciente se entiende como la ausencia de daño prevenible y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención en salud hasta un nivel aceptable. Este concepto implica un marco de actividades organizadas —que incluyen cultura, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos— orientadas a disminuir riesgos, reducir la ocurrencia de daños evitables, hacer menos probable la aparición de errores y mitigar su impacto cuando ocurren (37). En este sentido, la seguridad del paciente constituye un eje transversal en los procesos de atención, que debe incorporarse tanto en la práctica clínica como en los sistemas de gestión de la calidad.

En este contexto, la Guía de Práctica Clínica del CDC representa un referente global en materia de seguridad para el uso de opioides en el tratamiento del dolor. Entre sus recomendaciones estratégicas se destacan: la necesidad de una evaluación individualizada del riesgo antes de iniciar la terapia; el seguimiento sistemático de la respuesta clínica y la detección temprana de eventos adversos; el ofrecimiento de naloxona a pacientes identificados con alto riesgo; la incorporación de procesos de educación dirigidos tanto a los pacientes como a sus cuidadores y la discusión de riesgos y beneficios con el paciente como eje de la toma de decisiones (38). En esta sección se analizan las prácticas de seguridad del paciente implementadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, a la luz de la evidencia científica disponible y en concordancia con estas directrices internacionales.

Identificación y evaluación de riesgos

En el desarrollo del presente estudio se indagó entre los profesionales de las áreas de calidad sobre la disponibilidad institucional de matrices de riesgo, encontrando una clara tendencia a la ausencia de este tipo de herramientas aplicadas específicamente a los medicamentos opioides. La mayoría de las instituciones (75,26%) reportó no contar con una matriz, mientras que solo el 17,47% indicó disponer de ella. A su vez, un 7,27%

manifestó desconocimiento o ausencia de aplicación, lo que confirma la limitada implementación de este recurso en el ámbito institucional.

Los participantes describieron la existencia de diferentes tipos de matrices, entre las que se incluyeron herramientas generales de riesgo para medicamentos, matrices enfocadas en medicamentos controlados y matrices orientadas a la administración. También se mencionaron aplicaciones puntuales de metodologías como el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y el uso de mapas de color. Estos hallazgos permiten observar que, en el contexto institucional, los mecanismos empleados no corresponden a un diseño específico para opioides, sino a aproximaciones más amplias de gestión del riesgo.

En contraste, la literatura clasifica a los opioides como medicamentos de alto riesgo y promueve que las instituciones examinen de manera sistemática sus procesos de prescripción, dispensación y administración mediante autoevaluaciones estructuradas y herramientas de análisis del sistema de medicación. Entre estas se destaca el *ISMP Medication Safety Self-Assessment for High-Alert Medications*, utilizado como referente para que los prestadores de servicios de salud valoren sus prácticas con relación a medicamentos de alto riesgo, incluidos los opioides (39). De manera complementaria, guías internacionales como las de la ASHP recomiendan aplicar técnicas proactivas de evaluación, tales como AMFE y los análisis de brechas, con el propósito de identificar fallos potenciales en procesos críticos de manejo de medicamentos de alto riesgo, lo que ubica a estas metodologías como herramientas pertinentes para el análisis prospectivo en instituciones que buscan avanzar desde una matriz general hacia un examen más detallado del medicamento (40).

Adicionalmente, se dispone de instrumentos clínicos diseñados para estratificar el riesgo individual de desarrollar un uso problemático de opioides. Entre ellos se encuentran el *Opioid Risk Tool* (ORT)(41), concebido como un instrumento breve y validado para pacientes con dolor crónico, y el *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain – Revised*(SOAPP-R)(42), que ha mostrado buena confiabilidad en la

predicción de conductas relacionadas con uso indebido. Al respecto, la guía de la CDC reconoce la existencia de herramientas de evaluación del riesgo, pero advierte que su precisión es limitada y no deben emplearse de forma aislada (29). Recomienda utilizarlas únicamente como complemento a otras fuentes de información, incluyendo la entrevista clínica, la revisión de historias médicas, la consulta a Programas de Monitoreo de Prescripción (PDMP) y, cuando corresponda, pruebas de toxicología, con el fin de obtener una valoración más completa y segura del paciente.

En conjunto, los resultados muestran que, mientras las instituciones en Colombia reportan la utilización de matrices de carácter general con aplicaciones limitadas en torno a los opioides, la literatura especializada plantea un abordaje integral en el que la evaluación del riesgo debe articular herramientas institucionales de análisis (matrices, AMFE, autoevaluaciones estructuradas), instrumentos de tamizaje clínico (ORT, SOAPP-R) y una valoración clínica exhaustiva del paciente, como lo recomienda la guía de la CDC, de manera que se logre una gestión más robusta y segura del uso de opioides.

Consentimiento informado en el manejo de opioides

Se evidenció que la mayoría de los profesionales de la salud en Colombia no utiliza un consentimiento informado específico para el manejo de opioides (79,63%), lo cual refleja la ausencia de estandarización en esta práctica. Algunos participantes reportaron el uso de formatos asociados a medicamentos de control especial, pero su implementación fue marginal (2,22%). Esta situación contrasta con la experiencia internacional, donde se han promovido los *Opioid Treatment Agreements* como herramienta para regular el uso de estos fármacos en contextos de dolor crónico no oncológico, aunque revisiones sistemáticas han concluido que la evidencia sobre su eficacia es limitada para reducir conductas de mal uso o abuso (43,44%). Así, la baja implementación observada puede relacionarse tanto con la falta de directrices nacionales como con la ausencia de consenso científico respecto a su utilidad clínica.

En ausencia de formatos específicos, los opioides suelen incluirse en consentimientos generales relacionados con procedimientos quirúrgicos, anestesia o atenciones hospitalarias, reportados por 47,69% y 26,99% de los participantes, respectivamente. Esto indica que el consentimiento informado se entiende como parte de un marco amplio de autorización clínica y no como un mecanismo individualizado para la prescripción de opioides. Esta práctica coincide con lo descrito en la literatura internacional, donde los contratos opioides carecen de un estándar uniforme y se aplican de manera heterogénea según la institución o el contexto asistencial (45). La inclusión en consentimientos generales puede brindar respaldo ético y legal, aunque sin cumplir con los propósitos de seguimiento y control atribuidos a los acuerdos terapéuticos.

Una proporción considerable de profesionales consideró necesaria la implementación de un consentimiento informado específico (38,37%) o, al menos, pertinente en determinados contextos clínicos (32,23%). Los argumentos más frecuentes fueron la importancia de que los pacientes reciban información clara sobre los medicamentos prescritos y la necesidad de fortalecer los procesos de educación y respaldo ético en el uso de fármacos con potencial de dependencia. Estas percepciones se relacionan con recomendaciones de guías internacionales, como la emitida por el *Centers for Disease Control and Prevention*, que enfatiza la comunicación explícita sobre riesgos y beneficios, aun reconociendo la falta de evidencia concluyente sobre la eficacia de los acuerdos escritos en la reducción de eventos adversos o mal uso (29). En este sentido, los hallazgos reflejan que, más allá de su eficacia cuantitativa, el consentimiento informado se valora como un recurso orientado a la transparencia, la seguridad clínica y la protección de los derechos del paciente.

Respecto a las condiciones para su implementación, los participantes destacaron la necesidad de contar con documentación adecuada, ajustada a los servicios de atención, y acompañada de procesos de educación al paciente. Señalaron también que su pertinencia estaría principalmente en

el uso de opioides fuertes, en el tratamiento del dolor crónico o en casos con antecedentes clínicos relevantes. Estas propuestas sugieren que más allá de un formato único, se requiere un enfoque contextualizado que integre el consentimiento en un proceso de seguimiento clínico. Este planteamiento coincide con lo descrito en revisiones internacionales, que resaltan que los acuerdos terapéuticos adquieren valor en la medida en que forman parte de estrategias continuas de evaluación y control, y no únicamente como documentos de carácter administrativo (46).

Entre quienes no consideraron necesario un consentimiento informado específico para opioides, la mayoría argumentó que los formatos generales ya cumplen esta función, mientras que otros señalaron que la historia clínica y los procesos educativos constituyen mecanismos suficientes de respaldo. También se plantearon preocupaciones sobre el riesgo de estigmatización, al asociar los opioides con un peligro desproporcionado frente a otros medicamentos de control especial. Esta percepción coincide con la literatura, donde se advierte que los contratos pueden ser interpretados como coercitivos o estigmatizantes, lo que limita su aceptación y efectividad (47).

En síntesis, los hallazgos muestran una baja adopción de consentimientos informados específicos en Colombia, pero también una disposición importante a considerarlos como herramienta preventiva. Esta postura refleja la preocupación por la seguridad en el uso de medicamentos con potencial de dependencia y plantea la necesidad de evaluar mecanismos regulatorios apropiados. La literatura coincide en señalar que, aunque los *Opioid Treatment Agreements* se han promovido como estrategia de mitigación de riesgos, la evidencia sobre su efectividad es limitada y su implementación heterogénea (45,48,49). Al mismo tiempo, las preocupaciones expresadas por los participantes coinciden con críticas recientes que advierten sobre los efectos negativos de estos acuerdos, como estigmatización y deterioro de la relación médico-paciente (50). De este modo, los resultados evidencian la necesidad de considerar tanto los aspectos clínicos y regulatorios como las implicaciones éticas y



comunicativas en la discusión sobre la pertinencia de implementar este mecanismo en el contexto colombiano.

Programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides

Las principales guías internacionales coinciden en señalar que el seguimiento constituye un componente esencial en el manejo de pacientes con terapias opioides. Los CDC enfatizan que un monitoreo estructurado permite ajustar dosis, prevenir riesgos de uso crónico y garantizar la seguridad clínica a largo plazo. De manera complementaria, la Organización Mundial de la Salud, en su marco para el acceso balanceado a medicamentos controlados, plantea que los programas de seguimiento no solo son un mecanismo de control clínico, sino también un requisito para asegurar la adherencia terapéutica y reducir el riesgo de mal uso, constituyéndose en un eje central del acceso racional a los opioides (50).

Los resultados muestran que un tercio de las instituciones reportó contar con programas de seguimiento a pacientes tratados con opioides, más de la mitad indicó no disponer de ellos y el resto no respondió o manifestó no saber. Esta ausencia de protocolos institucionales es consistente con lo expresado en las entrevistas cualitativas, en las cuales se observa que, aunque se realizan actividades de vigilancia clínica y de seguridad del paciente (como rondas clínicas, control de dolor o revisión farmacéutica *in situ*), estas no constituyen esquemas estandarizados ni contemplan seguimiento pos-egreso ni monitoreo longitudinal.

En los casos donde sí existen programas de seguimiento, estos se desarrollan principalmente desde servicios especializados como medicina del dolor y cuidados paliativos, mediante estrategias como seguimiento farmacoterapéutico, llamadas de control, intervenciones intrainstitucionales y actividades de enfermería. La diversidad de modalidades y actores responsables refleja fragmentación en la

implementación, sin criterios homogéneos sobre a qué pacientes hacer seguimiento, con qué frecuencia ni con qué indicadores clínicos.

Entre quienes declararon no contar con programas, casi la mitad consideró necesaria su existencia, señalando razones como evaluar la eficacia terapéutica, identificar reacciones adversas, detectar signos de tolerancia o dependencia y dar continuidad a pacientes con patologías crónicas o bajo opioides potentes. Estas percepciones coinciden con la literatura sobre los beneficios del seguimiento estructurado, tanto para el control clínico como para la reducción de riesgos asociados.

Al mismo tiempo, se identificaron posturas contrarias que lo consideran innecesario, especialmente en contextos de uso agudo, limitado al periodo perioperatorio o de corta duración. Para estos casos, se argumenta que implementar programas de seguimiento representaría una carga adicional sin un beneficio tangible. Esta tensión refleja la necesidad de diferenciar entre escenarios agudos y crónicos, como lo sugieren los CDC, que recomiendan adaptar la intensidad del monitoreo al perfil de riesgo del paciente y a la duración prevista de la terapia.

En la práctica asistencial, predomina un modelo centrado en el episodio perioperatorio o intrahospitalario, con seguimiento inmediato, pero sin trayectorias posteriores que integren funcionalidad, eventos adversos y riesgos de uso problemático tras el alta. Desde las áreas de calidad, el seguimiento de opioides tiende a subsumirse dentro de marcos generales de seguridad del paciente y gestión del riesgo, sin trazadores clínicos ni protocolos diferenciales. En conjunto, el fenómeno refleja déficit de estandarización, de asignación de roles y de alcance: los casos más estructurados recaen en servicios especializados o en programas liderados por farmacia, pero no constituyen una política institucional común ni aseguran continuidad asistencial. Esta situación contrasta con las recomendaciones internacionales: los CDC plantean un seguimiento estratificado por riesgo, periódico y documentado, con criterios claros para ajuste o retirada (51). La OMS insiste en trayectorias integrales que armonicen alivio del dolor y prevención de uso indebido y la ASHP

posiciona al farmacéutico como corresponsable de monitoreo, conciliación y educación (22,52). Así, las diferencias observadas no reflejan tanto desacuerdos entre actores, como sí una brecha sistémica: ausencia de protocolos específicos, falta de responsabilidades claramente asignadas (médico, enfermería, farmacia), escaso seguimiento pos-egreso y carencia de indicadores de proceso y resultado para evaluar efectividad, seguridad y continuidad del cuidado.

En síntesis, los hallazgos evidencian una brecha entre las prácticas actuales en las instituciones y las recomendaciones internacionales sobre el seguimiento a pacientes tratados con opioides. La falta de protocolos formales, la variabilidad en los actores responsables y la limitada cobertura de estas estrategias reducen la capacidad del sistema para garantizar un uso seguro y racional de estos medicamentos, con enfoque en el paciente. Este panorama subraya la necesidad de fortalecer las políticas institucionales en esta materia, incorporando programas de seguimiento basados en la evidencia y diferenciados según el tipo de paciente, la indicación terapéutica y el riesgo asociado.

Intervenciones Farmacéuticas

Los resultados indican una cobertura parcial y heterogénea del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con opioides en las IPS colombianas (48,48% lo realiza; 44,28% no; 7,24% Ns/Nr), y muestran que, donde existe seguimiento, sus criterios son variables (aplicación general a crónicos/polimedicados, focalización sólo en fármacos “de alto riesgo”, o integración indistinta dentro de programas de farmacovigilancia). En contraste, la literatura destaca el rol del farmacéutico como agente articulador en estos programas, con responsabilidades que incluyen la evaluación sistemática de riesgo, la titulación y reevaluación de dosis y eficacia, la mitigación de interacciones de alto riesgo (p.ej. opioide + depresores del SNC), así como la implementación de métricas y auditorías periódicas en el marco de comités formales. Experiencias documentadas sugieren que este tipo de

intervenciones favorecen la reducción de dosis innecesarias y la prevención de eventos adversos (53–55).

Desde la perspectiva de las transiciones de cuidado, los hallazgos muestran una heterogeneidad importante en la existencia y alcance de los programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o estrategias de salida segura en las instituciones participantes. Si bien cerca de un tercio del personal farmacéutico reportó contar con conciliación de medicamentos (30,84%), y otro 23,79% indicó la existencia de programas sin especificar su naturaleza, más de una quinta parte de las instituciones (21,61%) declaró no disponer de ellos, lo que revela un avance desigual en la implementación de estas prácticas. Los testimonios cualitativos refuerzan este panorama, dado que en algunos hospitales se identificaron procedimientos estructurados y con participación activa del servicio farmacéutico, mientras que en otros contextos los programas estaban en construcción o se entendían de forma limitada, reduciéndolos a la mera recepción de medicamentos aportados por los pacientes o incluso confundiéndolos con custodia de fármacos.

En el marco de las transiciones de cuidado, se recomienda que las intervenciones farmacéuticas contemplen tanto el ingreso como el egreso hospitalario. En el ingreso, resulta pertinente realizar conciliación farmacoterapéutica con verificación de la medicación previa y del consumo de opioides, así como identificar pacientes en uso crónico o con factores de riesgo (tolerancia, antecedentes de trastorno por uso de sustancias, comorbilidades respiratorias). También se sugiere documentar de manera estandarizada en la historia clínica y comunicar oportunamente la información al equipo asistencial para facilitar ajustes terapéuticos tempranos. En el egreso, puede considerarse la verificación del consumo en las 12–24 horas previas, con el fin de apoyar la prescripción de salida, privilegiando planes de alta basados en analgesia multimodal con énfasis en alternativas no opioides. Se recomienda que los opioides, cuando sean necesarios, cuenten con restricciones claras en dosis y duración, además de protocolos de reducción gradual en los casos

que lo requieran. Asimismo, resulta de utilidad proveer al paciente un plan de manejo del dolor al alta con instrucciones comprensibles, advertencias sobre efectos adversos, pautas de disposición segura de sobrantes y, cuando corresponda, acceso a naloxona y seguimiento ambulatorio temprano. Finalmente, se sugiere que estas medidas estén acompañadas de responsabilidades institucionales definidas, herramientas estandarizadas (como listas de verificación o formularios electrónicos) e indicadores de desempeño que permitan monitoreo y retroalimentación continua (56).

En cuanto a la farmacovigilancia, los hallazgos muestran que la ausencia de reportes constituye la respuesta predominante (68,60%), con apenas una quinta parte de las instituciones notificando y con casos serios circunscritos sobre todo al uso de morfina, asociados a errores de concentración, presentación o dosificación en poblaciones vulnerables. Adicionalmente, muestran que el reporte de eventos adversos por parte de las IPS en Colombia se encuentra condicionado a la percepción de gravedad del caso. La mayoría de los entrevistados asocia la notificación exclusivamente con la ocurrencia de reacciones adversas serias —como depresión respiratoria o necesidad de hospitalización—, mientras que las reacciones de menor impacto clínico tienden a no ser documentadas ni reportadas de manera sistemática. Este patrón sugiere que el sistema de farmacovigilancia funciona de manera reactiva, priorizando la gestión de eventos críticos, más que como un mecanismo preventivo o integral de seguridad del paciente.

Las revisiones recientes destacan que la farmacovigilancia en el uso de opioides enfrenta retos como el subregistro de reacciones adversas y la identificación de eventos asociados a abuso, uso indebido y errores de medicación. Entre los eventos adversos más reportados se encuentran somnolencia, estreñimiento, náusea, vómito, depresión respiratoria y caídas, especialmente relevantes en población adulta mayor, además de intoxicaciones y sobredosis derivadas de errores de dosificación o administración. García-Abeijón (2023) señala que la falta de reporte suele

relacionarse con la percepción de que solo los eventos graves ameritan notificación, así como con limitaciones de tiempo, desconocimiento de los procedimientos y la escasa retroalimentación de los sistemas de vigilancia. Por su parte, Gustafsson (2024) muestra que los opioides concentran un alto número de reportes asociados no solo a efectos adversos clínicos, sino también a problemas derivados de conductas de uso problemático y fallas en la prescripción o administración. A partir de estos hallazgos, las recomendaciones más relevantes se orientan a reforzar la capacitación continua en detección y reporte de eventos, promover la notificación también de reacciones no graves pero relevantes en términos de seguridad, y fortalecer los canales de retroalimentación para aumentar la participación del personal sanitario. Finalmente, se enfatiza que los programas de farmacovigilancia deben evolucionar hacia un modelo activo y no exclusivamente reactivo, incorporando estrategias de seguimiento prospectivo, monitoreo estructurado y análisis de riesgo, con el fin de anticipar problemas de seguridad y reducir la carga asociada a los opioides (57,58).

Roles y responsabilidades dentro de los programas de seguimiento

Al indagar entre el personal médico y de enfermería sobre la responsabilidad de las actividades de seguimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud, los resultados muestran que, aunque la mayor parte de las instituciones atribuyen el seguimiento a profesionales de la salud en general o especializados (41,35%), personal de enfermería (17,14%) y farmacia (9,88%), mientras que apenas el 1,04% de las respuestas mencionó la existencia de equipos interdisciplinarios como responsables del proceso. Esta baja proporción revela que el seguimiento a pacientes tratados con opioides continúa siendo concebido principalmente como una función individual de cada profesión, más que como un esfuerzo articulado entre distintos actores del cuidado.

La literatura ha documentado que esta fragmentación representa una limitación sustantiva para la seguridad del paciente y para la sostenibilidad de los programas de seguimiento, dado que la complejidad del manejo de opioides demanda la integración de equipos multidisciplinarios. Según este enfoque, los especialistas médicos (anestesiología, oncología, medicina del dolor y cuidados paliativos) son responsables de la indicación, ajuste y seguimiento clínico de la terapia, asegurando que la prescripción responda a criterios de necesidad y beneficio. El personal de enfermería cumple un papel fundamental en la monitorización continua del paciente, la detección temprana de eventos adversos y la educación en el uso seguro de opioides. Por su parte, el servicio farmacéutico contribuye con la validación de prescripciones (programas de monitoreo de prescripciones), la identificación de interacciones y duplicidades, la gestión de análisis de laboratorio, la educación sobre medicamentos, la promoción del uso de naloxona y la reducción gradual de opioides, así como con el diseño de estrategias de optimización del tratamiento y de reducción del riesgo. Finalmente, los equipos de salud mental y trabajo social aportan en la valoración del riesgo de abuso, la adherencia terapéutica y el acompañamiento psicosocial. En suma, la articulación de estos roles resulta indispensable para garantizar un seguimiento integral, reducir daños y mejorar la seguridad del paciente en el uso de opioides (59,60).

Indicadores de gestión

El análisis conjunto de las percepciones del personal de calidad y de farmacia evidencia una tendencia común, en la mayoría de las instituciones los indicadores de gestión específicos para opioides son escasos o inexistentes, predominando medidas generales sobre medicamentos controlados, consumo global o eventos de seguridad. Si bien un sector reconoce el potencial de utilizar insumos administrativos

como el informe mensual al Fondo Nacional de Estupefacientes o los reportes de farmacovigilancia como aproximaciones indirectas, estas herramientas resultan insuficientes para caracterizar con precisión los riesgos clínicos y el impacto real de los opioides. En ambos grupos emergen posturas divergentes: algunos consideran innecesaria la implementación de indicadores exclusivos, aludiendo al bajo volumen de consumo o a la ausencia de exigencia normativa; mientras que otros destacan la necesidad de contar con líneas de base y métricas diferenciadas para fortalecer la seguridad del paciente, anticipar desvíos en el consumo y orientar la planeación institucional. Estos hallazgos se distancian de los lineamientos internacionales, que recomiendan indicadores sensibles y específicos para opioides como parte de programas de seguimiento, con el fin de monitorear adecuación en la prescripción, evaluar desenlaces clínicos y prevenir daños relacionados. La disparidad observada sugiere una brecha estructural en la gestión local, donde la falta de estandarización y obligatoriedad limita la consolidación de estrategias comparables con las mejores prácticas internacionales.

La literatura especializada identifica varios indicadores de gestión que han demostrado ser efectivos para mejorar la seguridad en el uso de opioides. En entornos hospitalarios y de urgencia, un comité de expertos desarrolló 19 indicadores válidos y factibles, priorizando cinco con alto impacto: 1) Proporción de pacientes que recibieron naloxona, 2) Uso de opioides “a demanda” con indicaciones duplicadas, 3) Prescripción de formulaciones de liberación prolongada en pacientes no expuestos previamente a opioides, 4) Dosis diarias promedio en equivalentes de morfina (MME) y 5) Proporción de recetas de opioides al alta que superan los siete días (61). En línea con un enfoque estructural y funcional, una revisión sistemática basada en el modelo de Donabedian clasificó 49 indicadores de *Opioid Stewardship* en tres dominios: 1) Estructura (presencia de protocolos institucionales), 2) Proceso (monitoreo del dolor, evaluación del riesgo, manejo posoperatorio) y 3) Resultado (indicadores clínicos o de seguridad) (62). Además, en el estándar clínico australiano

para analgesia aguda, se destacan como indicadores relevantes la monitorización y gestión de efectos adversos, la especificación del plan terapéutico en la documentación (incluidos duración y criterios de revisión) y la planificación del tránsito de cuidados al alta —todos factores que favorecen una mejor continuidad asistencial (63). Estos indicadores no solo ofrecen métricas cuantitativas claras y orientadas al riesgo, sino que también tienen el potencial demostrado de optimizar el manejo clínico y reducir eventos adversos o prolongaciones innecesarias del tratamiento.

Educación al paciente

Los hallazgos de este estudio muestran que poco más de la mitad del personal médico y de enfermería reporta realizar actividades de educación al paciente y sus cuidadores sobre el uso de opioides (52,14%), mientras que cerca del 38,24% señaló no llevar a cabo procesos de este tipo, y una fracción adicional manifestó desconocimiento (9,62%). Estas cifras evidencian que la educación no se encuentra institucionalizada, sino que depende de la iniciativa individual del profesional, lo que coincide con los testimonios en los que se alude a la ausencia de programas formales y a la falta de protocolos estandarizados. En el caso del personal de farmacia, los resultados muestran una tendencia aún más marcada hacia la ausencia de programas formales de educación a pacientes y cuidadores: prácticamente la mitad de las respuestas indicó que no se realizan estas actividades en la institución, y apenas un tercio reportó experiencias positivas. Entre quienes señalaron la existencia de acciones educativas, predominan iniciativas centradas en el uso seguro de los opioides, la prevención de la automedicación y actividades derivadas de la atención farmacéutica. Estos hallazgos ponen de relieve que la función educativa del servicio farmacéutico, clave en la garantía de seguridad del paciente, sigue siendo limitada y fragmentada.

El hecho de que las principales actividades de educación identificadas en este estudio se concentren en la administración de medicamentos y en los efectos adversos inmediatos, mientras que temas como farmacovigilancia, adicción, dependencia o cuidados paliativos aparecen

en proporciones marginales, sugiere una brecha entre las prácticas actuales y las recomendaciones de la evidencia. Las guías internacionales, en particular la del CDC, recomiendan incluir mensajes sistemáticos sobre riesgos de dependencia y sobredosis, signos de alarma, almacenamiento seguro, disposición adecuada de sobrantes y necesidad de seguimiento clínico (29). La revisión sistemática de Kadakia (2020) muestra que las intervenciones educativas, tanto verbales como mediante folletos o recursos multimedia, mejoran de forma consistente el nivel de conocimiento de los pacientes, aunque su impacto en el consumo real de opioides y en la reducción de eventos adversos es más variable (64). Ensayos recientes en escenarios quirúrgicos y de urgencias confirman que intervenciones breves, como folletos al alta o plataformas digitales, facilitan la comprensión de pautas de uso y favorecen prácticas seguras (65,66).

De manera complementaria, el *Manual de Uso de Opioides en el Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamérica* recomienda instruir a los pacientes y su red de apoyo en el adecuado manejo del dolor, incluyendo el uso correcto de las dosis de rescate y la elaboración de un diario de dolor que permita documentar la respuesta analgésica y los efectos adversos (67). Una vez ofrecida la información, se debe verificar la comprensión y abrir espacio para la resolución de dudas, reforzando el acompañamiento clínico. Para los cuidadores, se aconseja realizar reuniones familiares previas al inicio del tratamiento, con el fin de identificar al responsable principal, establecer objetivos realistas, detectar riesgos de abuso de sustancias o problemas psiquiátricos en el entorno familiar y definir quién será el encargado de la adquisición de los medicamentos. En la comunicación clínica se recomienda asegurar la privacidad, emplear un lenguaje simple y local, evitar sobrecarga informativa y repetir los puntos clave, reconociendo los miedos del paciente y generando un plan conjunto de opciones disponibles. Asimismo, el manual enfatiza la necesidad de educar sobre signos de analgesia inadecuada, manifestaciones de sobredosificación, riesgos de suspensión abrupta y síntomas de síndrome de retiro.



Sección 5: Identificación y manejo del trastorno por consumo de opioides (TCO) y evaluación del síndrome de abstinencia

En esta sección se presentan los hallazgos relacionados con la identificación y el manejo tanto del trastorno por consumo de opioides como del síndrome de abstinencia. El análisis se enfoca en las herramientas utilizadas por el personal de salud en distintos escenarios clínicos, así como en las percepciones y prácticas que orientan la atención de los pacientes. Es fundamental señalar que, aunque ambos fenómenos suelen abordarse de manera conjunta, no deben considerarse equivalentes. El síndrome de abstinencia puede manifestarse en una

amplia variedad de pacientes expuestos a opioides, incluyendo aquellos en tratamiento para dolor crónico, en cuidados paliativos o tras un uso agudo, y no exclusivamente en personas con un trastorno por consumo de opioides (TCO). Esta diferenciación resulta esencial para la adecuada interpretación de los hallazgos, pues implica que las herramientas diagnósticas y terapéuticas deben seleccionarse y aplicarse de acuerdo con el contexto clínico y las necesidades específicas de cada paciente.

Identificación del trastorno por consumo de opioides (TCO) y evaluación del síndrome de abstinencia

Los hallazgos muestran que la identificación del trastorno por consumo de opioides y la detección del síndrome de abstinencia en las instituciones colombianas, según los profesionales de la salud del territorio, está basada en la observación clínica, la experiencia del profesional y la demanda reiterada de medicamentos por parte de los pacientes, estos criterios se presentaron indistintamente cuando se preguntó acerca de la identificación del TCO o del síndrome de abstinencia. Esto evidencia la falta de protocolos estandarizados y la marcada dependencia de la observación clínica y el juicio subjetivo de los profesionales de la salud.

Un aspecto crítico evidenciado es que las herramientas mencionadas se utilizan de forma indistinta tanto para identificar el TCO como para el síndrome de abstinencia, sin diferenciar el contexto clínico o el objetivo de la evaluación. Este uso indistinto de herramientas puede traer diferentes implicaciones: por un lado, el riesgo de falsos positivos, en los que pacientes con dolor crónico y fenómenos de tolerancia fisiológica sean catalogados erróneamente como dependientes; y por otro, el riesgo de falsos negativos, donde la ausencia de criterios específicos retrasa la detección de un TCO (68,69). Ambos escenarios impactan negativamente en la calidad del cuidado y la atención, ya sea por limitar el acceso al manejo analgésico adecuado o por retrasar la identificación de conductas relacionadas con la adicción.

En cuanto al uso de escalas, se encontró que únicamente el 1,54% de los profesionales de tipo asistencial utiliza una escala para la determinación del TCO, y el 11,18% lo hace para la identificación del síndrome de abstinencia. En particular, en cuanto al uso de escalas para el síndrome de abstinencia por opioides, algunos profesionales se refirieron el uso de escalas específicas para dicho escenario, sin embargo, también se reportó la aplicación de instrumentos diseñados para otros contextos. En la Tabla 3 se presenta una revisión de la aplicación de las escalas reportadas en las respuestas.

Dentro de las respuestas reportadas se encontraron escalas o criterios que son específicos para la identificación del síndrome de abstinencia por opioides, como las escalas de COWS, Finnegan, WAT-1, o SOPHIA, las cuales están validadas para medir la severidad de la abstinencia. Sin embargo, también se presentaron una variedad de respuestas que reportan criterios diseñados para su uso en otros contextos. Esta heterogeneidad refleja una ausencia de protocolos institucionales claros y un bajo nivel de homogeneización en la práctica clínica.

Tabla 3. Revisión de escalas y criterios reportados para la identificación del síndrome de abstinencia a opioides. (68,70–74)

Escala	¿Validada para síndrome de abstinencia?	Caso de uso
COWS	Sí	Toda la población
Finnegan	Sí	Estándar para el síndrome de abstinencia neonatal
Criterios DSM-5	No	Diagnóstico de consumo problemático, no de síndrome de abstinencia de forma aislada

Escala	¿Validada para síndrome de abstinencia?	Caso de uso
WAT-1	Sí	Fiable y válida para abstinencia iatrogénica en niños
RASS	No	Evalúa sedación/agitación
Escala visual analógica (EVA)	No	Complementa la evaluación clínica pero no sustituye escalas específicas de abstinencia
SOPHIA	Sí	Usada en pediatría, menos evidencia que WAT-1
Guedel	No	Evalúa profundidad anestésica
CAM	No	Evalúa delirio
SUDS	No	Mide distrés subjetivo
CIWA-Ar	No	Evalúa síndrome de abstinencia a alcohol
Glasgow	No	Evalúa nivel de conciencia

Fuente: Construcción propia.

En este punto, se debe hacer énfasis en que el diagnóstico del TCO y el diagnóstico de abstinencia a opioides requieren aproximaciones diferenciadas debido a sus criterios, objetivos y manifestaciones clínicas. La abstinencia puede presentarse como un síntoma dentro del TCO, pero no todos los pacientes con abstinencia cumplen criterios para TCO, y viceversa (75). La intensidad de los síntomas de abstinencia puede, en algunos casos, predecir la gravedad del trastorno, pero su diagnóstico y manejo requieren escalas clínicas específicas y validadas, diseñadas para medir la severidad de la abstinencia y orientar el tratamiento (76). Adicionalmente, hay estudios previos que muestran que la confusión entre dependencia física y adicción clínica incrementa el riesgo de abordajes terapéuticos inadecuados y retrasos en el inicio de tratamientos integrales como el uso de buprenorfina o metadona (77).

Por otro lado, la identificación de un TCO exige el uso de instrumentos de tamizaje dirigidos a detectar patrones de uso en pacientes, como los criterios DSM-5 o las escalas de evaluación del riesgo ORT y SOAPP-R. Sin embargo, estas herramientas tienen una capacidad limitada cuando se trata de pacientes con dolor crónico que usan opioides, por lo que siempre deben acompañarse de una evaluación clínica integral. En particular la identificación de criterios diagnósticos asociados al uso de opioides puede dar lugar a interpretaciones ambiguas o imprecisas. En el ámbito hospitalario, la aplicación de los parámetros establecidos en el DSM-5 puede coincidir con manifestaciones propias del dolor crónico sin que ello implique necesariamente la existencia de un trastorno por uso de sustancias. Así, la prolongación del tratamiento o el incremento de dosis suelen responder a fenómenos de tolerancia farmacológica y a la persistencia del dolor, más que a un patrón de abuso o dependencia. Estas situaciones corresponden a necesidades terapéuticas legítimas y no deben interpretarse erróneamente como conductas adictivas. Por lo anterior, resulta esencial implementar una evaluación clínica integral y multidimensional que permita diferenciar entre la adaptación fisiológica esperada y los criterios de adicción, garantizando un adecuado equilibrio entre el control del dolor y la prevención de riesgos asociados al uso indebido de opioides en el entorno hospitalario; en este escenario se cumplirían los 2 criterios necesarios para el diagnóstico de TCO según el DSM-5, sin embargo, estas también son características de la aparición de tolerancia o síndrome de abstinencia generados por tratamientos prolongados o por un mal manejo del dolor (71).

Según las respuestas dadas por el personal asistencial y el personal de gestión de la calidad, las instituciones carecen de herramientas formales para la detección temprana de estas problemáticas, limitándose a interconsultas puntuales con especialistas en dolor, la observación del personal asistencial y algunos sistemas de alertas desde el servicio farmacéutico. Esta brecha institucional refuerza la dependencia de la intuición clínica y la variabilidad entre profesionales, lo que aumenta el

riesgo de prácticas desiguales y de decisiones basadas en juicios subjetivos.

Manejo del TCO

Los hallazgos relacionados con el manejo clínico de los pacientes con TCO en Colombia muestran una heterogeneidad notable, tanto en el abordaje institucional como en la disponibilidad de medicamentos de sustitución. En particular, se encontró que los abordajes reportados para pacientes con TCO, las estrategias más frecuentes fueron la valoración por psiquiatría, psicología y toxicología, así como el manejo sintomático agudo, incluyendo contención mecánica y farmacológica. No obstante, también se identificaron respuestas no protocolizadas, la administración de placebos o las limitaciones no justificadas en el acceso a opioides refleja la ausencia de protocolos institucionales claros y la falta de alineación con guías nacionales e internacionales, lo que plantea desafíos éticos y compromete la seguridad clínica en la atención hospitalaria. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la normativa vigente en Colombia para el control de medicamentos de uso restringido, se enfatiza la necesidad de garantizar un acceso regulado, seguro y oportuno a los opioides en pacientes que lo requieran (2,4). En este marco, la naloxona se reportó principalmente en el manejo de intoxicaciones agudas, mientras que la metadona apareció en un número reducido de casos, tanto en programas de sustitución para el tratamiento de la dependencia como en esquemas de rotación analgésica dirigidos a pacientes con dolor crónico.

En este punto, se resalta que las prácticas mencionadas, como la administración de placebos o el uso de naloxona exclusivamente para revertir síntomas agudos del consumo de opioides, reflejan la persistencia de enfoques asistenciales fragmentados y la ausencia de lineamientos clínicos estandarizados que orienten un manejo integral y seguro de estos medicamentos en el ámbito hospitalario.

El uso de placebos en pacientes con dolor o con TCO puede limitar la autonomía y debilitar la confianza en la relación médico-paciente, lo que a su vez podría comprometer la adherencia terapéutica y poner en riesgo la seguridad del tratamiento. La literatura ha señalado que el uso ético de placebos requiere que los pacientes sean plenamente informados sobre la posibilidad de recibirlos y otorguen su consentimiento. Además, el placebo nunca debe reemplazar ni retrasar el acceso a tratamientos con eficacia probada para el TCO en un entorno hospitalario (78). Su uso podría considerarse ético solo como complemento a la atención estándar y no como sustituto (78). Ahora bien, en cuanto a la administración de naloxona para revertir el efecto agudo de un consumo de opioides, hay un consenso en que su administración no ofrece un beneficio clínico y por el contrario puede precipitar un síndrome de abstinencia agudo severo muy desagradable para el paciente (79). Estudios recientes muestran que casi la mitad de los pacientes que reciben naloxona en entornos prehospitalarios por sospecha de sobredosis experimentan una abstinencia precipitada, especialmente con dosis más altas o repetidas (80). Los síntomas generados por la utilización de naloxona, cuando un paciente no está experimentando una sobredosis, son agitación, náuseas, vómitos, taquicardia, hipertensión y malestar intenso.

Un aspecto crítico evidenciado es la limitada capacidad institucional para dar continuidad a terapias de mantenimiento con metadona, ya sea para el manejo del consumo problemático o en la rotación de opioides en manejo de dolor crónico: apenas un 36,18% de los profesionales asistenciales manifestó que sus instituciones están en condiciones de continuar dicho tratamiento, mientras que más del 40% refirió desconocimiento o ausencia de protocolos al respecto. Esto se traduce en una fragmentación de la atención y en un riesgo elevado de suspensión abrupta de las terapias, con consecuencias clínicas relevantes como recaídas, inadecuado control del dolor, aparición de síndrome de abstinencia y aumento en la morbilidad y mortalidad.

Este panorama coincide con lo descrito en la Guía de Práctica Clínica colombiana sobre dolor crónico no oncológico (versión de socialización pública), que señala la baja disponibilidad y capacitación en el uso de metadona, así como la necesidad de programas estructurados de deshabitación y tratamiento de la dependencia (Ministerio de Salud, 2022)(81). A nivel internacional, las terapias de sustitución con agonistas opioides (metadona, buprenorfina) constituyen el estándar en el tratamiento del trastorno por uso de opioides, mostrando eficacia en la reducción de la mortalidad, el consumo ilícito y las recaídas (82). Sin embargo, su implementación en Colombia enfrenta barreras asociadas al acceso desigual, la limitada cobertura de servicios especializados y la insuficiente articulación entre los diferentes niveles de atención. Estos aspectos se desarrollarán con mayor detalle en la Sección 6, dedicada específicamente al tema de acceso.

Adicionalmente, se identificaron barreras relacionadas con el acceso a terapias no farmacológicas, en particular la terapia cognitivo-conductual, ampliamente recomendada en el manejo de adicciones, pero cuya aplicación enfrenta obstáculos relacionados con la cobertura del sistema de aseguramiento y con la falta de mecanismos adecuados de seguimiento. Esta situación resalta la necesidad de fortalecer modelos integrales de tratamiento, en los cuales la farmacoterapia se complementa con intervenciones psicológicas y sociales. La evidencia científica respalda de manera consistente que el estándar de atención para los trastornos por uso de opioides debe ser de carácter mixto, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas con el fin de optimizar los resultados clínicos y psicosociales. Las intervenciones que integran abordajes farmacológicos con estrategias psicoterapéuticas individualizadas no solo ofrecen mejores resultados clínicos, sino que también favorecen la adherencia, reducen el riesgo de recaída y permiten adaptarse a las condiciones y necesidades particulares de los pacientes (82,83).



Las guías internacionales coinciden en que el inicio del tratamiento farmacológico para el síndrome de abstinencia de opioides no debe retrasarse en ninguna circunstancia, incluso si aún no se ha completado la evaluación diagnóstica de un TCO. La *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) enfatiza que la prioridad clínica inicial es estabilizar al paciente y atender urgencias médicas o psiquiátricas, como intoxicaciones o riesgo de sobredosis, pero sin postergar la administración de medicamentos efectivos. El proceso de valoración integral, que incluye historia clínica completa, examen físico, pruebas de laboratorio y tamizaje de comorbilidades médicas e infecciosas, debe llevarse a cabo lo antes posible, pero nunca a expensas de demorar el inicio de la farmacoterapia (77).

Por otro lado, también se advierte que el manejo aislado de los síntomas de abstinencia, sin un plan terapéutico de continuidad para el TCO, no constituye un tratamiento efectivo. La desintoxicación sin mantenimiento farmacológico se asocia a elevadas tasas de recaída, mayor riesgo de sobredosis y, en consecuencia, un aumento de la mortalidad. La recomendación central es integrar el control de la abstinencia dentro de un abordaje multidimensional, que incluya farmacoterapia de mantenimiento, apoyo psicosocial y seguimiento estructurado, asegurando que el paciente no quede expuesto a períodos de vulnerabilidad tras la estabilización (77,82).

Metadona solución oral

La introducción en 2024 de la metadona en solución oral (10 mg/mL, frasco de 120 mL), distribuida por el Fondo Nacional de Estupefacientes, ha generado opiniones divergentes entre el personal de salud y de farmacia. En general, la forma farmacéutica líquida fue percibida como útil por su potencial para fraccionar dosis y reducir riesgos de desvío asociados a las tabletas, aunque también se señalaron desafíos relacionados con la necesidad de dilución, que incrementa la posibilidad de errores en la administración y la carga operativa en contextos hospitalarios. Asimismo, la concentración y el volumen del frasco

suscitaron reservas, particularmente para poblaciones pediátricas o instituciones con poca experiencia en este tipo de manejo, advirtiéndose el riesgo de sobredosificación y la falta de estandarización en la práctica cotidiana.

Cabe destacar que algunos profesionales señalaron la pertinencia de ampliar el uso de la metadona más allá de la desintoxicación, incluyendo el manejo del dolor refractario y la rotación de opioides de mayor impacto. No obstante, otros entrevistados advirtieron sobre el riesgo de ampliar indicaciones sin un marco regulatorio sólido y sin garantizar mecanismos de control para prevenir el desvío. Al pensar en la implementación de esta forma farmacéutica, se debe tener en cuenta la necesidad de consumo supervisado diario, la cual es una barrera al considerar tratamientos ambulatorios para el manejo de otras patologías. Se resalta que la presentación líquida no constituye una modalidad apropiada para pacientes que enfrentan barreras geográficas, laborales o económicas que limitan su capacidad de asistir diariamente a los servicios de salud. Esta situación refleja desigualdades en el acceso, que resultan especialmente críticas en regiones rurales o en zonas con infraestructura insuficiente, donde las condiciones sociales y territoriales agravan el riesgo de deserción y discontinuidad terapéutica. Esta barrera estructural ha sido previamente documentada en otros estudios, donde se ha demostrado que la rigidez del régimen de administración diaria puede comprometer la retención en el tratamiento y aumentar la deserción, particularmente en poblaciones socialmente vulnerables (84).

Consideraciones para opioides débiles

En cuanto a opioides más débiles como el tramadol, se consideró que ocupan un lugar particular dentro de la discusión sobre el uso clínico de opioides, pues en Colombia se consideran medicamentos que no son de control especial, lo que genera un amplio acceso, alta prescripción y potencial de generar dependencia, y lo convierten en un medicamento de interés para el control sanitario y la práctica clínica.



Los resultados mostraron percepciones divergentes entre los profesionales de la salud, por ejemplo, el personal farmacéutico manifestó de manera mayoritaria (91,26%) que deberían existir controles adicionales en su dispensación. Dentro de este grupo, un 62,68% se refirió a la necesidad de establecer algún tipo de regulación general, mientras que un 28,58% enfatizó en controles específicos durante el proceso de dispensación. Además, se destacó que los controles deberían comenzar desde la etapa de prescripción, garantizando diagnósticos claros, dosis definidas y tiempos de tratamiento limitados. Solo una proporción minoritaria (5,61%) consideró que no es necesario establecer controles, argumentando que el tramadol no genera riesgos significativos de dependencia y que una regulación más estricta podría traducirse en mayores barreras burocráticas y dificultades de acceso para los pacientes.

En cuanto al personal médico y de enfermería, una proporción significativa (77,98%) consideró que el tramadol es un medicamento de fácil adquisición, lo que refleja una percepción generalizada de disponibilidad amplia. Con respecto a la necesidad de que el tramadol sea un medicamento de control especial, el 71,77% del personal médico y de enfermería estuvo de acuerdo, principalmente debido a su potencial de generar dependencia, eventos adversos y a la preocupación por su fácil acceso y uso indiscriminado. Entre quienes se oponen (25,84%), las razones más frecuentes fueron que este opioide débil presenta menor riesgo que otros analgésicos fuertes, que imponer controles más estrictos podría convertirse en una barrera de acceso y que sería más efectivo implementar medidas alternativas como una mejor prescripción y mayor educación para profesionales y pacientes.

Respecto al uso indiscriminado de tramadol en las instituciones, la mayoría del personal farmacéutico (79,39%) indicó no haberlo observado, mientras que un 9,89% reportó que sí lo ha identificado. Este uso indiscriminado se relacionó principalmente con la prescripción generalizada de tramadol en diversos tipos de dolor, sin un análisis detallado de las interacciones o los riesgos particulares de cada paciente,

así como con su administración prolongada en entornos hospitalarios sin justificación clínica aparente. Esto refleja un consenso amplio en el personal farmacéutico sobre la necesidad de establecer mayores controles, aunque persisten tensiones entre garantizar el acceso oportuno y prevenir un uso inadecuado.

En particular, se observa una disonancia entre las percepciones del riesgo y la práctica clínica, en particular el personal farmacéutico reporta una preocupación amplia sobre el uso indiscriminado y la necesidad de mayores controles (incluyendo la dispensación), una parte considerable de los médicos no ha identificado casos de consumo problemático en su práctica, aunque simultáneamente reconocen la facilidad de acceso y la conveniencia de establecer controles más estrictos.

La experiencia internacional refleja que la regulación del tramadol ha tenido efectos variables en su uso y en la magnitud de los problemas asociados. En algunos contextos, como el reportado en Dinamarca tras la implementación de medidas regulatorias seguidas de la disminución de la atención mediática, se observó una disminución sostenida en el uso no médico sin que se evidenciaron efectos sobre el consumo de otros opioides (85). Sin embargo, otros escenarios como el de Irán muestran un panorama contrastante, donde el tramadol se ha convertido en una sustancia de uso tan prevalente como los opioides ilícitos a pesar del intento de su regulación, con múltiples reportes de abuso, dependencia, intoxicaciones, convulsiones e incluso muertes asociadas (86). Estos hallazgos resaltan la heterogeneidad de los riesgos según el contexto regulatorio, sociocultural y de acceso. Aun así, diversos estudios y evaluaciones de agencias internacionales coinciden en que, comparado con otros opioides, el tramadol presenta una menor tasa de uso no médico, menor probabilidad de desvío y menor tránsito al uso por vías de administración de mayor riesgo (87). Los datos disponibles sugieren que su potencial de abuso es más elevado cuando se administra por vía oral en individuos no dependientes, mientras que tiende a disminuir cuando se emplea en pacientes con dependencia física a opioides o cuando se

administra por vías diferentes a la oral (88). En este sentido, la evidencia indica que, aunque el tramadol presenta riesgos, su perfil de abuso difiere del de los opioides mayores, lo que plantea la necesidad de buscar estrategias regulatorias proporcionales al contexto colombiano, priorizando un equilibrio entre la prevención del uso indebido y la garantía del acceso para el manejo adecuado del dolor.

Finalmente, se encontró que el personal médico y de enfermería reconoce la necesidad de implementar múltiples estrategias para disminuir el riesgo de dependencia a opioides más débiles, incluyendo el tramadol. La propuesta más frecuente fue mayor control en la prescripción (47,36%), mediante el uso obligatorio del recetario oficial, la restricción del acceso ambulatorio y la limitación a ciertas especialidades médicas. En segundo lugar (37,37%), se resaltó la importancia de la educación continua a los profesionales de la salud, con el fin de evitar el uso indiscriminado. En menor medida, se propuso la educación a pacientes (18,85%), el uso de esquemas escalonados y analgesia multimodal (13,99% y 4,84%, respectivamente), así como la implementación de programas de seguimiento clínico (8,57%). Estos hallazgos evidencian que los profesionales de la salud perciben la reducción del riesgo de dependencia no como una acción aislada, sino como un proceso integral que articula control normativo, educación continua, programas institucionales y la diversificación de estrategias terapéuticas. En línea con las recomendaciones internacionales, se refuerza la importancia de que los sistemas de salud prioricen la prevención del uso indebido sin limitar injustificadamente el acceso a medicamentos esenciales para el control del dolor.

Trastorno por consumo de opioides (TCO) en profesionales de la salud

El TCO en profesionales de la salud ha sido ampliamente descrito en la literatura como un fenómeno asociado a múltiples factores de riesgo,

entre los que se destacan la alta disponibilidad de los medicamentos, la exposición frecuente a situaciones clínicas donde estos fármacos son administrados y el elevado nivel de estrés laboral que caracteriza muchas áreas asistenciales. En los hallazgos de este estudio se evidenció que la magnitud del problema es reconocida de manera diferenciada según el perfil profesional. Entre el personal asistencial, el 45,7% reportó conocer al menos un caso de TCO en colegas, señalando con mayor frecuencia a anestesiólogos, enfermeras jefes e instrumentadores quirúrgicos, y mencionando principalmente opioides de alta potencia como el fentanilo y la morfina. En contraste, en el grupo de profesionales del servicio farmacéutico, el porcentaje de quienes reportaron conocer casos fue ligeramente menor (35,43%), aunque coincidieron en identificar los mismos grupos de riesgo y los mismos medicamentos. Estas diferencias sugieren que la identificación del fenómeno depende en gran medida de la cercanía al acto clínico y del rol que cada grupo profesional desempeña en la cadena de uso de los medicamentos.

Aunque la dependencia a opioides puede afectar a cualquier profesión, los anestesiólogos y el personal de enfermería son particularmente vulnerables debido a factores de riesgo específicos, como el acceso privilegiado a medicamentos de alta potencia, el conocimiento detallado de su farmacología y la posibilidad de desvío de estos fármacos (89). De hecho, los anestesiólogos presentan más del doble de riesgo de mortalidad relacionada con el consumo de sustancias y suicidio en comparación con otros profesionales de la salud (90). En el caso de la enfermería, aunque la prevalencia del trastorno por uso de sustancias se ha descrito como similar a la de la población general, su exposición cotidiana a opioides los convierte en un grupo que requiere intervenciones preventivas específicas (91).

En línea con esta evidencia, los hallazgos cualitativos de este estudio revelan que, aunque tanto el personal asistencial como el farmacéutico reconocen la existencia de casos de TCO en colegas, la respuesta institucional carece de lineamientos claros y estandarizados en el manejo

del TCO en el personal que labora en la institución. Más de la mitad de los entrevistados (54,38%) señaló desconocer protocolos en sus instituciones, lo que no solo refleja la invisibilización del problema, sino también la falta de estructuras formales para su abordaje. Entre las estrategias reportadas, el apoyo psicosocial y la valoración por psiquiatría fueron mencionados como los mecanismos más frecuentes, mientras que en menor medida se describieron programas de rehabilitación, adecuación de funciones y rutas específicas impulsadas por sociedades científicas, en particular para anestesiólogos.

En particular, se encontró que mientras algunas instituciones han avanzado hacia enfoques más integrales y humanizados, evitando medidas punitivas inmediatas, en otros escenarios persiste una cultura de ocultamiento o incluso de desvinculación laboral, lo que incrementa la estigmatización y puede limitar la posibilidad de recuperación de los profesionales afectados. Esta fragmentación en las respuestas institucionales evidencia la necesidad urgente de contar con protocolos unificados que prioricen la detección temprana, el acompañamiento especializado y la rehabilitación, sin desconocer la importancia de proteger la seguridad del paciente. En este sentido, la experiencia, señala que los programas estructurados de apoyo y tratamiento para profesionales de la salud con TCO como la integración de modelos de atención psicosocial y la continuidad del apoyo tras el tratamiento, no solo contribuyen al bienestar y reintegración de estas personas, sino que también son factores clave para mantener la calidad y seguridad en la atención sanitaria (92).

Sección 6: Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides

La disponibilidad y el acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor y los cuidados paliativos en Colombia han estado marcados por avances normativos y persistentes desafíos en la práctica clínica. Desde finales de la década de 2000 se han implementado planes de acción regionales dirigidos a mejorar la disponibilidad, aunque persisten barreras relacionadas con la distribución farmacéutica, los requisitos regulatorios y la formación de los profesionales de la salud (93). Relacionado a la oferta de opioides, existen diferencias regionales en el acceso, limitaciones en la dispensación y problemas de disponibilidad continua en los servicios de salud (94,95). En el plano internacional, Colombia se ubica entre los países con bajo consumo de opioides en equivalentes de morfina, en comparación con otras regiones, reflejando el desequilibrio entre control de estupefacientes y acceso efectivo a medicamentos esenciales (96,97). Esta evidencia plantea la necesidad de examinar de manera integral los determinantes del acceso en Colombia, considerando factores normativos, institucionales y clínicos, como base para orientar políticas públicas.

Marco normativo para el acceso al tratamiento con medicamentos opioides en Colombia

El acceso a medicamentos opioides en Colombia se encuentra regulado a través de un marco normativo que busca equilibrar la disponibilidad para fines médicos y científicos con los controles necesarios para prevenir desvíos o usos indebidos. Este marco está alineado con los compromisos internacionales derivados de los Convenios de 1961 y 1971 de Naciones Unidas, y se ha materializado en disposiciones legales, decretos y resoluciones de carácter nacional.

Un hito clave lo constituye la Ley 1733 de 2014 que reconoce el derecho de los pacientes a acceder a cuidados paliativos integrales, lo cual incluye la disponibilidad oportuna de medicamentos opioides para el manejo del dolor y otros síntomas asociados a enfermedades crónicas o terminales. Esta ley se reglamenta principalmente a través del Decreto 780 de 2016, el cual actúa como Decreto Único Reglamentario del sector, con función



compilatoria y organizativa sobre estructuras, rutas de atención y derechos en salud.

El marco también se articula con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), adoptadas mediante la Resolución 3202 de 2016, que ubican el uso de opioides en distintos tramos de atención. En cuidados paliativos, se reconocen como medicamentos esenciales para el control del dolor y otros síntomas refractarios, mientras que en el componente quirúrgico y anestésico su uso está protocolizado dentro de la atención integral perioperatoria. Las RIAS refuerzan la necesidad de que la prescripción y administración de estos medicamentos se dé en condiciones de calidad, seguridad y oportunidad, articuladas con los niveles de complejidad del sistema de salud.

Más recientemente, la Ley 2241 de 2022 incorporó un enfoque de fortalecimiento en la educación en cuidados paliativos, lo cual incluye la formación de profesionales en el uso adecuado de medicamentos opioides, asegurando que el marco regulatorio se acompañe de capacidades técnicas y humanas que faciliten su implementación efectiva.

En términos operativos, la Resolución 1478 de 2006 estableció el régimen aplicable a la prescripción, dispensación y control de medicamentos sometidos a fiscalización. Entre sus disposiciones más relevantes se encuentra la definición de los plazos máximos para la prescripción de opioides: hasta 30 días de tratamiento para pacientes ambulatorios. Estas disposiciones buscan garantizar continuidad en el tratamiento y reducir las barreras administrativas que puedan limitar el acceso oportuno.

De manera complementaria, la Circular 22 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social enfatizó la responsabilidad de los prestadores y de las autoridades territoriales en garantizar la disponibilidad de farmacias y droguerías autorizadas para la dispensación de opioides las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta directriz responde a la necesidad de asegurar que pacientes con dolor agudo o crónico no enfrenten

interrupciones en el acceso a su tratamiento por limitaciones horarias de los establecimientos farmacéuticos.

Estas disposiciones normativas configuran el marco de acceso y uso clínico de los medicamentos opioides en Colombia, estableciendo parámetros para la prescripción, la continuidad del tratamiento y la disponibilidad de servicios farmacéuticos. A la luz de estas regulaciones, la siguiente sección presenta el análisis de los resultados obtenidos, con el fin de contrastar la implementación práctica frente a lo definido en la normativa vigente.

Adquisición de medicamentos opioides

En Colombia, el acceso a medicamentos opioides por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se organiza a través de rutas diferenciadas, según su categoría de fiscalización.

Por un lado, los opioides bajo monopolio del Estado (morfina, hidromorfona, meperidina, metadona) solo pueden adquirirse a través del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) o de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE), de acuerdo con las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006 y el Documento GTMP06 del Ministerio de Salud. Estos lineamientos disponen que las IPS deben presentar solicitudes formales mediante los formatos oficiales y que la distribución puede ser centralizada (FNE) o descentralizada (FRE). El artículo 74 de la Resolución 1478 de 2006 refuerza que la venta y distribución corresponde exclusivamente al FNE y a los fondos rotatorios, salvo autorización expresa a terceros.

En contraste, los opioides que no hacen parte del monopolio estatal, pero se clasifican como medicamentos de control especial (oxicodona, buprenorfina, tapentadol, fentanilo), se adquieren mediante los canales regulares de contratación con proveedores autorizados. Para ello, las IPS aplican sus procesos institucionales de compras —licitación o contratación directa—, siempre que los distribuidores cuenten con la inscripción vigente ante el FNE o FRE y con los conceptos favorables requeridos.

Finalmente, la adquisición de opioides no controlados (tramadol, codeína, hidrocodona) se realiza a través de los procedimientos habituales de compra, sin intervención del FNE ni de los FRE. En estos casos, el proceso se ajusta a la normatividad general de contratación y evaluación de proveedores, lo que simplifica la gestión y agiliza la disponibilidad en los servicios de salud.

La evidencia cualitativa recogida muestra que, en la práctica, este esquema dual genera contrastes significativos. Mientras la relación directa con el FNE se percibe como ágil, los trámites con los FRE departamentales suelen ser más rígidos, sujetos a cronogramas fijos que reducen la flexibilidad de abastecimiento. En departamentos como Meta, las instituciones deben proyectar con meses de antelación el consumo anual y ajustarse a fechas predeterminadas, lo que incrementa la carga administrativa y limita la capacidad de respuesta ante variaciones en la demanda. En comparación, la adquisición a través de proveedores autorizados para medicamentos de control especial resulta más flexible, aunque exige verificación constante de requisitos regulatorios.

La importancia del rol territorial en la implementación de estas disposiciones se refleja en directrices recientes. La Circular Informativa 044 de 2025 de la Secretaría de Salud del Valle del Cauca reitera que la adquisición de medicamentos de monopolio estatal corresponde exclusivamente a las IPS ante el FNE o los FRE, restringiendo a los operadores farmacéuticos a funciones de apoyo logístico y dispensación. Con ello se operacionaliza lo previsto en el artículo 74 de la Resolución 1478 de 2006, que reserva la distribución y venta a dichos fondos, salvo autorización expresa a terceros.

Si bien la circular refuerza las medidas de fiscalización y control, omite desarrollar el procedimiento previsto en la norma para autorizar a terceros en contextos territoriales que lo requieran. Al limitarse a reiterar restricciones, se deja de lado la posibilidad de ofrecer alternativas que faciliten la gestión de las IPS frente a los desafíos logísticos del acceso. En lugar de constituir un apoyo operativo, estas disposiciones pueden



acentuar las tensiones ya existentes en el abastecimiento y dificultar la respuesta oportuna de los servicios de salud a las necesidades de la población.

Prescripción de medicamentos opioides

La normativa nacional dispone que la prescripción de medicamentos de control se realice mediante el Recetario Oficial de Estupefacientes (ROE), expedido por los FRE o las secretarías de salud, con el fin de garantizar trazabilidad. No obstante, persisten diferencias territoriales; en Bogotá y Cundinamarca se permiten formatos institucionales internos, mientras que en otros departamentos los talonarios oficiales son emitidos por las secretarías, con costos que representan un recaudo adicional para los entes territoriales. En contraste, opioides no controlados como tramadol, codeína e hidrocodona se prescriben en formularios ordinarios definidos institucionalmente.

Intrahospitalariamente, la ruta de prescripción incluye formulación, validación, entrega y administración. Aunque predominan los sistemas electrónicos de historia clínica, avalados por las secretarías de salud departamentales, que generan automáticamente el formato con validez de recetario, en varios lugares se mantienen esquemas manuales con talonarios en papel químico, expuestos a pérdidas o inconsistencias. Posterior a la prescripción, los servicios farmacéuticos realizan validaciones y entregan el medicamento a personal de enfermería o al médico tratante, según el área clínica, con registros en inventarios y libros de control. En el caso de los servicios de anestesiología, se identificó la disponibilidad de inventario institucional para uso inmediato, con entrega directa al personal del área para la preparación de los medicamentos.

En el ámbito ambulatorio coexisten el ROE físico y los sistemas digitales, a menudo con la exigencia de diligenciar ambos formatos. Esto incrementa la carga administrativa y sumado a trámites como autorizaciones de EPS o desplazamientos a secretarías departamentales, ocasiona demoras y afecta la oportunidad del tratamiento.



Los hallazgos reflejan una implementación heterogénea donde la coexistencia de sistemas electrónicos avalados y recetas físicas evidencia un avance desigual en la digitalización, mientras que la falta de estandarización entre departamentos genera prácticas dispares que pueden convertirse en barreras de acceso.

Una dificultad adicional se presenta en la prescripción y dispensación interdepartamental. Farmacias y servicios farmacéuticos suelen rechazar fórmulas emitidas en otro territorio, a pesar de que la Circular 007 de 2017 del FNE aclara que no se requiere autorización previa y que las prescripciones deben ser válidas a nivel nacional. La misma circular reitera que en Bogotá y Cundinamarca no aplica el recetario oficial, sino formatos institucionales con los requisitos del artículo 89 de la Resolución 1478 de 2006.

En conjunto, estas diferencias muestran una brecha entre la normativa nacional y las prácticas locales. Aunque existen lineamientos que buscan evitar que el recetario se convierta en una barrera, persisten interpretaciones restrictivas que limitan la continuidad de tratamientos crónicos. Ello evidencia la necesidad de armonizar criterios y fortalecer la difusión de la normativa, para garantizar al mismo tiempo seguridad y oportunidad en el acceso a opioides.

Gestión de acceso

Se encontró que casi la mitad de las instituciones (47,75%) reporta disponer de algún protocolo o lineamiento para gestionar dificultades logísticas en el acceso a opioides; el resto depende de acuerdos informales o no ha necesitado aún procedimientos formales. Los mecanismos declarados incluyen: inclusión de acciones de respaldo en los procesos de adquisición (p. ej. confirmación de desabastecimientos con el FRE y definición de alternativas terapéuticas con el equipo clínico), divulgación interna a especialistas y préstamos interinstitucionales puntuales.

Estos hallazgos se enmarcan en lo descrito por la literatura internacional sobre la gestión de desabastecimientos, que identifica un conjunto de medidas complementarias orientadas a mitigar el impacto en la atención clínica. Entre ellas se encuentran la creación de comités institucionales de gestión de desabastecimientos con representación clínica y administrativa, el establecimiento de sistemas de alerta temprana que permitan anticipar interrupciones en el suministro, la definición de inventarios de reserva sujetos a estrictos controles de custodia, y la implementación de protocolos de priorización clínica para asignar los medicamentos disponibles a los pacientes con mayor necesidad. De manera paralela, se resaltan estrategias de sustitución terapéutica previamente consensuadas entre farmacéuticos y médicos, la diversificación de proveedores autorizados para reducir la dependencia de un único canal de abastecimiento, y la comunicación oportuna y estructurada con los profesionales de salud y los pacientes para garantizar continuidad y seguridad en los tratamientos (98,99).

Presentaciones comerciales de opioides

La evidencia recopilada revela que una mayoría de profesionales considera adecuadas las presentaciones de opioides disponibles en el país. Sin embargo, persisten las necesidades de concentraciones pediátricas, formatos unidos y formulaciones más seguras para la práctica clínica. Se destacó la necesidad de contar con ampollas de menor volumen para morfina y fentanilo, con el propósito de reducir desperdicios y riesgos asociados a la manipulación. Esta medida se alinea con las recomendaciones internacionales que promueven el uso de presentaciones unidos y jeringas prellenadas en medicamentos de alto riesgo, a fin de disminuir los errores de dosificación y fortalecer la seguridad del paciente.

En cuanto a metadona, desde inicios de 2024 el Fondo Nacional de Estupefacientes introdujo en Colombia la formulación en solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, indicada para desintoxicación en adicción a opioides. Los resultados muestran percepciones divididas. Por un lado,

se reconoce su utilidad clínica frente a tabletas (al disminuir posibilidades de desvío y facilitar la administración en pacientes con dificultades de deglución), pero también se advierten riesgos de error en la dilución y sobredosificación debido a la elevada concentración, así como preocupaciones por el volumen del frasco en escenarios ambulatorios. La literatura internacional documenta incidentes por confusión en la conversión mg/mL y recomienda medidas de seguridad como estandarizar la prescripción en miligramos, incluir dispositivos dosificadores en los envases y elaborar guías claras de dilución y administración (100,101).

En Colombia, la metadona solución oral 10 mg/mL tiene como única indicación aprobada por el INVIMA el tratamiento de la desintoxicación en la adicción a opioides (102). No obstante, los hallazgos de este estudio reflejan que parte de los profesionales entrevistados plantean su posible utilidad en otros contextos, especialmente en el manejo del dolor crónico y el desescalonamiento de opioides de mayor potencia. La evidencia disponible respalda su eficacia en la rotación y/o desescalonamiento de opioides y en el manejo del dolor oncológico refractario, donde ha demostrado resultados comparables a otros fármacos y utilidad en pacientes que no responden a las opciones convencionales (103). En el ámbito perioperatorio, ensayos y metaanálisis recientes muestran que una dosis intraoperatoria puede disminuir el dolor posquirúrgico y reducir el consumo posterior de analgésicos. Por el contrario, en el dolor crónico no oncológico la evidencia es limitada y no permite recomendar su uso rutinario (103).

Respecto a naloxona, la única presentación disponible en el país es la inyectable (0,4 mg/mL). Los entrevistados señalaron la pertinencia de contar con la formulación intranasal, que ha demostrado efectividad en el ámbito prehospitalario y comunitario, con impacto comprobado en la reducción de muertes por sobredosis sin evidencia de incremento en el consumo problemático (104). La incorporación de esta presentación sería un paso clave en políticas de reducción de daños y ampliaría las

posibilidades de respuesta oportuna en contextos de urgencia fuera de instituciones sanitarias.

Por otra parte, se identificó que en Colombia la buprenorfina únicamente se encuentra disponible en parches transdérmicos, limitando su uso tanto en el manejo del dolor como en programas de tratamiento de dependencia a opioides. En contraste, la literatura señala que, para dolor crónico conviene disponer de presentaciones transdérmicas y formulaciones mucoadhesivas bucales; mientras que para TCO la evidencia respalda el acceso a formulaciones transmucosas sublinguales y bucales (buprenorfina y buprenorfina+naloxona), así como formas de liberación prolongada para mejorar adherencia y reducir desvío. Estas opciones requieren reglas y dispositivos de seguridad según su uso (105,106). La ausencia de esta alternativa terapéutica en el mercado nacional restringe las opciones clínicas y limita la capacidad de implementar estrategias integrales de atención basadas en la evidencia.

En el ámbito pediátrico, los participantes señalaron la ausencia de presentaciones y concentraciones adaptadas para neonatos y niños, lo cual obliga en la práctica a recurrir a preparaciones magistrales con limitaciones de estabilidad y riesgo de errores de dosificación. Esta percepción encuentra respaldo en la literatura internacional. Las guías pediátricas insisten en la necesidad de contar con formulaciones estandarizadas o, en su defecto, protocolos de preparación bajo control de calidad que garanticen estabilidad, exactitud y seguridad del preparado (107). A su vez, revisiones científicas advierten que la preparación frecuente de soluciones magistrales sin normas técnicas claras se asocia con variabilidad en la concentración, mayor riesgo de contaminación y eventos adversos en niños (108). En consecuencia, la demanda de formulaciones pediátricas específicas no solo responde a necesidades prácticas expresadas por los profesionales, sino que constituye una recomendación técnica válida para la planificación de la política farmacéutica nacional.

Adecuaciones farmacéuticas y aprovechamiento de opioides

Los resultados del presente estudio evidencian que la mayoría de las instituciones no dispone de una central de mezclas certificada en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE), condición esencial para la preparación estéril de medicamentos en dosis unitaria. En efecto, un 76,46% del personal de las áreas de farmacia manifestó que su institución no cuenta con central de mezclas, mientras que un 21,72% respondió afirmativamente y un 1,82% no supo o no contestó. Entre las instituciones que sí reportaron estos espacios, se identificó que cerca de la mitad tercerizan el servicio mediante contratos con centrales externas, mientras que otras recurren a espacios internos no certificados, como “cuartos de preparación de medicamentos”, donde el personal de enfermería realiza las adecuaciones.

En los escenarios donde existen centrales de mezclas, los entrevistados reportaron principalmente reenvase de soluciones inyectables —morfina (45,35%), hidromorfona (35,01%) y fentanilo (24,64%)— para la elaboración de jeringas prellenadas y reempaque de sólidos orales como metadona (14,31%) y tramadol (12,89%). No obstante, cuando no hay infraestructura habilitada, las adecuaciones se realizan directamente en salas de hospitalización o quirófano, a cargo del servicio de enfermería o especialistas como anestesiólogos, lo que evidencia un grado de variabilidad en las condiciones de preparación y control.

El aprovechamiento de opioides constituye otro hallazgo relevante. Mientras que un 57,74% de las respuestas indicó que no se realizan estas prácticas, un 30,98% reconoció llevarlas a cabo. La forma más frecuente descrita fue el uso de una misma ampolla o vial para varios pacientes, particularmente en cirugía y UCI, con medicamentos como tramadol, morfina e hidromorfona. Un grupo menor (4,35%) asoció el aprovechamiento al retorno de unidades no utilizadas a farmacia para reintegro en inventario. Estas prácticas fueron justificadas en ocasiones por limitaciones de disponibilidad de opioides o situaciones de desabastecimiento, como ocurrió durante la pandemia de COVID-19.

La literatura científica y las guías internacionales de seguridad en la preparación de medicamentos advierten que la reutilización de viales monodosis o el fraccionamiento fuera de áreas controladas está asociada a riesgos significativos de contaminación, brotes de infecciones nosocomiales y errores de dosificación, por lo que recomiendan su prohibición fuera de entornos certificados y su limitación estricta bajo estándares de preparación estéril (99,109). El aprovechamiento o devolución de sobrantes, aunque puede contribuir al control de inventarios, requiere protocolos estandarizados que garanticen trazabilidad, condiciones de almacenamiento y eliminación adecuada cuando corresponda (110).

La necesidad clínica de contar con dosis individualizadas, en ausencia de formulaciones unidosis o concentraciones pediátricas adecuadas, impulsa la adopción de prácticas de adecuación y aprovechamiento que no siempre se realizan bajo condiciones técnicas seguras. Esta brecha entre la necesidad clínica y la oferta farmacéutica genera un escenario de riesgo para los pacientes, que exige respuestas desde la política pública. Entre las medidas prioritarias se destacan: 1) promover la disponibilidad de presentaciones unidosis y formulaciones pediátricas que reduzcan la necesidad de fraccionamiento, 2) garantizar que toda adecuación y fraccionamiento se realice únicamente en centrales de mezcla certificadas o a través de servicios tercerizados con aval en BPE, 3) establecer protocolos nacionales claros sobre devolución y aprovechamiento y 4) fortalecer los planes de gestión de desabastecimiento que eviten presionar prácticas inseguras.

Suficiencia y barreras de acceso

Los resultados muestran que, aunque la mayoría de los profesionales médicos y de enfermería considera que la disponibilidad de opioides en

sus instituciones es suficiente (72,41%), persiste una proporción relevante (23,81%) que identifica carencias. Estas se relacionan principalmente con la ausencia de presentaciones diferenciadas, la falta de principios activos utilizados en contextos internacionales y episodios de desabastecimiento. El hecho de que entre los entrevistados se afirme “nos ajustamos al inventario” refleja una normalización de la escasez, lo que puede invisibilizar su gravedad y reducir la presión para generar soluciones estructurales (111).

En el ámbito de la gestión institucional, más de la mitad de los participantes del servicio farmacéutico (56,38%) reportó haber enfrentado limitaciones en el acceso o compra de opioides, siendo el desabastecimiento la principal causa. Al respecto, los reportes oficiales del Invima respaldan estas experiencias. El Sistema de Información de Desabastecimiento de Medicamentos, que desde 2013 consolida alertas notificadas por laboratorios, distribuidores e IPS, clasifica los productos según su estado (disponible, en riesgo o monitorización, desabastecido, discontinuado o con cierre de alerta). El seguimiento mensual permite reconocer la persistencia o resolución de los problemas de suministro.

Con corte a junio de 2025, varios opioides de uso clínico mantienen alertas activas. La morfina, registrada como medicamento esencial en todos los niveles de atención, figura con alertas desde 2017 y 2025, aunque todas ellas cerradas en estado “no desabastecido”. El fentanilo y remifentanilo inyectables, insumos críticos para anestesia y cuidado intensivo, se encuentran en estado de monitorización desde el 2024, mientras que una de las presentaciones de fentanilo en parche transdérmico fue retirada del mercado en enero de 2025. La hidromorfona, señalada en las entrevistas como un medicamento ausente en muchas instituciones, registró alertas en el 2020, con cierres parciales en 2023, y con una de sus presentaciones discontinuadas (tableta 5mg). La oxycodona, tanto en forma inyectable como en tabletas de liberación prolongada, se mantiene bajo monitorización por escasez de materia prima desde 2024. A su vez, la metadona y la meperidina muestran cierres recientes de alerta (febrero

de 2025), tras un periodo de seguimiento por disponibilidad limitada (112).

Este panorama evidencia que las limitaciones percibidas en los servicios de salud no son hechos aislados, sino un problema estructural documentado por los entes de control. La persistencia de alertas abiertas durante varios años y el hecho de que algunas se cierran posteriormente con estado "*no desabastecido*" sugiere que, aunque formalmente no se confirme un desabastecimiento, en la práctica los medicamentos pueden no estar accesibles para los profesionales de la salud. Este fenómeno refleja brechas entre la disponibilidad registrada oficialmente y la accesibilidad real de los opioides en las instituciones, lo que evidencia la fragilidad del suministro y la necesidad de estrategias que aseguren la disponibilidad efectiva de estos medicamentos esenciales.

En cuanto a las barreras para la prescripción, cerca de un tercio de los profesionales (31,48%) manifestó haber identificado obstáculos en la ruta de acceso. Las más frecuentes fueron el desabastecimiento (43,79%) y las restricciones derivadas del recetario oficial (20,44%). El primero obliga a los equipos clínicos a ajustar tratamientos de manera improvisada, priorizando ciertos medicamentos según el perfil clínico del paciente, lo que puede comprometer la calidad de la analgesia. El segundo, asociado al uso de formatos físicos manuales, refleja una carga administrativa que genera riesgos de anulación por errores de diligenciamiento, costos adicionales y demoras en la entrega. En este punto, la crítica recurrente de los entrevistados a la ausencia de un sistema digitalizado resalta una brecha con respecto a los avances tecnológicos ya aplicados en otras áreas del sistema, como MIPRES.

El análisis también muestra que las barreras no se limitan al desabastecimiento o a los trámites formales, sino que se extienden al escenario ambulatorio y a la interacción interinstitucional. Los pacientes deben enfrentarse a procesos fragmentados que incluyen traslados entre EPS y farmacias habilitadas, demoras en autorizaciones, exigencias de trámites repetitivos y dificultades derivadas de las jurisdicciones



territoriales de los recetarios. Estas situaciones, descritas en los testimonios, implican retrasos en el inicio del tratamiento y reingresos hospitalarios evitables, confirmando que la suficiencia percibida dentro del hospital no garantiza la continuidad del acceso en comunidad.

Finalmente, se identificaron barreras de carácter cultural y de percepción, en particular el estigma hacia la morfina. Esta resistencia, tanto en profesionales de la salud como en pacientes, coincide con lo señalado por la literatura sobre barreras culturales y temores relacionados con la adicción, que se traducen en una preferencia por opioides menos estigmatizados (113).

En conjunto, los hallazgos sugieren que la suficiencia de opioides en Colombia no puede evaluarse únicamente en términos de disponibilidad institucional. Aunque en la mayoría de los hospitales se perciba cobertura adecuada, las limitaciones de acceso, las brechas en presentaciones disponibles, la rigidez administrativa y los estigmas asociados constituyen barreras estructurales que restringen la garantía plena del derecho a la analgesia.

Sección 7: Educación y capacitación al talento humano en salud



La educación y capacitación de los profesionales de la salud respecto al uso clínico de los opioides constituye un eje crítico para garantizar la prescripción segura, el manejo adecuado de los pacientes y la prevención del consumo problemático. Esta sección abordará la educación y capacitación del talento humano en salud desde tres enfoques: en primer lugar, la percepción sobre la suficiencia de la formación académica recibida por el personal de salud; en segundo lugar, la capacitación específica en la prescripción y manejo de medicamentos de control especial dentro de las instituciones de salud; y finalmente, la valoración de la capacidad formativa e informativa de los entes de control frente al uso de opioides.

Formación académica de los profesionales de la salud

Los resultados obtenidos en torno a la formación universitaria en el uso de medicamentos opioides muestran una percepción de insuficiencia ampliamente compartida entre los distintos perfiles profesionales. En el personal de farmacia, el 75,82% consideró que la formación de pregrado no es suficiente, mientras que en médicos y enfermeras la proporción fue prácticamente la misma (76,17%). Esta coincidencia evidencia que la problemática no se restringe a un grupo específico, sino que atraviesa a las profesiones del área de la salud en general. Al analizar las razones dadas por los diferentes perfiles se encuentran diferencias en las percepciones frente a los vacíos en la formación universitaria; en el caso de profesionales de las áreas de medicina y enfermería, la crítica principal se centra en la escasa profundidad del abordaje académico (47,45%), sumada a la percepción de que los contenidos son demasiado generales o carecen de cátedras específicas en manejo del dolor y cuidados paliativos. Por su parte, en el personal de farmacia las críticas resaltan la falta de énfasis en contenidos relacionados con normatividad, manejo clínico integral, riesgos de dependencia y estrategias de uso racional, limitando la capacidad de los profesionales para enfrentar los desafíos actuales de la práctica clínica.

Estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura, donde se ha documentado que la formación en analgesia y uso de opioides en pregrado es fragmentaria, heterogénea y, en muchos casos, insuficiente para garantizar un desempeño clínico seguro y efectivo. Diversos estudios han evidenciado que los estudiantes y profesionales de la salud reciben una capacitación limitada tanto en farmacología clínica como en el manejo práctico del dolor, lo que genera brechas de conocimiento en la prescripción y en la aplicación de medidas de seguridad (114). Además, se ha documentado que la exposición educativa a los opioides depende en gran medida de la escuela de formación, lo que se traduce en una práctica clínica variable y, en ocasiones, poco alineada con guías internacionales basadas en la evidencia (115). Esta falta de estandarización repercute en la seguridad de los pacientes, pues se asocia con un menor uso de estrategias de mitigación de riesgos, baja familiaridad con formulaciones diseñadas para reducir el potencial de abuso y mayor probabilidad de errores en la titulación o en el seguimiento (116). En consecuencia, persisten escenarios de subtratamiento del dolor por temor a la adicción y, al mismo tiempo, de prescripción inadecuada que contribuye al desarrollo de dependencia iatrogénica.

Ante este panorama, distintas guías y manuales han planteado la necesidad urgente de fortalecer los contenidos curriculares de pregrado y articularlos con la educación continua. En particular, *El Manual de Uso de Opioides en el Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamérica* señala que la capacitación continua de los profesionales de la salud es indispensable para garantizar un uso seguro y racional de opioides en el primer nivel de atención (67). Recomendamos que los programas educativos incluyan formación en la evaluación integral del dolor, la selección del fármaco y la titulación de dosis de acuerdo con la respuesta individual, así como la identificación temprana de efectos adversos y su manejo. También plantea la necesidad de entrenar en el uso adecuado de dosis de rescate, la rotación de opioides cuando sea necesario y la prevención de complicaciones asociadas, como el estreñimiento o la depresión respiratoria. La educación debe además abordar el reconocimiento de los

signos de analgesia insuficiente, sobredosificación y síndrome de abstinencia, de modo que los clínicos cuenten con criterios objetivos para ajustar el tratamiento y prevenir riesgos. Otro aspecto central es la formación en comunicación con pacientes y cuidadores, que debe permitir resolver miedos y mitos en torno a la adicción, disminuir el estigma y fomentar el uso racional.

Adicionalmente, el *Manual de Uso de Opioides en el Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamérica* subraya la importancia de capacitar a médicos generales, farmacéuticos y personal de enfermería en aspectos regulatorios y de prescripción, incluyendo el cumplimiento de requisitos legales, la adecuada documentación de registros y el conocimiento de los canales disponibles para garantizar la continuidad del suministro. Finalmente, recomienda el desarrollo de programas estructurados de sensibilización que integren a equipos de salud pública y farmacia, orientados a reconocer el alivio del dolor como un derecho del paciente y un indicador de calidad en la atención, reforzando así la responsabilidad ética y clínica de los profesionales en el cuidado de personas con dolor crónico o avanzado (67).

En este sentido, aunque reforzar los programas de pregrado es indispensable para disminuir las brechas de conocimiento identificadas, ello no garantiza que los profesionales cuenten con las herramientas necesarias para enfrentar los retos dinámicos de la práctica clínica. La evidencia señala que la capacitación continua y la actualización periódica en el uso de opioides son esenciales para integrar los avances en farmacología, nuevas normativas y estrategias de mitigación de riesgos. Así, el escenario institucional adquiere un papel protagónico, ya que las capacitaciones ofrecidas en hospitales y clínicas pueden complementar o corregir las limitaciones de la formación universitaria, asegurando una prescripción más segura y racional, en concordancia con lo recomendado. No obstante, aunque existe abundante literatura que explora la relación entre el nivel educativo y las prácticas de prescripción de opioides, aún

no se han encontrado datos de este tipo para Colombia, lo que refleja un campo importante para futuras investigaciones.

Capacitación en la prescripción de medicamentos de control especial

Los resultados relacionados con la capacitación sobre medicamentos opioides y de control especial muestran diferencias notables entre instituciones y perfiles profesionales. Desde el servicio farmacéutico, se encontró que cerca de siete de cada diez empleados de un servicio farmacéutico (69,87%) reconocen que en su institución se realizan capacitaciones relacionadas con la prescripción de medicamentos controlados, mientras que un tercio (32,19%) reconoce que no recibe formación específica sobre opioides, lo que sugiere una brecha en la formación continua. La mayoría de las capacitaciones reportadas se dirigen a todo el personal de salud (45,37%) o al personal médico (28,86%), aunque con menor frecuencia incluyen a enfermería o farmacia de manera exclusiva. En cuanto a su regularidad, predominan las capacitaciones anuales o semestrales, aunque algunas instituciones mencionan procesos mensuales o puntuales, generalmente en respuesta a errores o incidentes relacionados con la prescripción.

Cuando se examinan las percepciones de personal de las áreas de medicina o enfermería, la situación es más limitada: menos de un tercio (30,46%) declaró haber recibido algún tipo de capacitación formal sobre la prescripción de medicamentos de control especial y cuando existe, se concentra en etapas formativas iniciales (residencia o año rural), en sesiones puntuales lideradas por especialistas o capacitaciones internas ofrecidas por los servicios farmacéuticos de la IPS. Sin embargo, varios participantes advirtieron que muchas de estas iniciativas no se traducen en mejoras prácticas, ya que persisten dificultades administrativas y regulatorias en la prescripción y dispensación de opioides.

Un aspecto crítico es que, aunque las capacitaciones suelen estar dirigidas al personal prescriptor, se subestima la necesidad de incluir al personal

de enfermería, que, si bien no prescribe, cumple un papel central en la validación y administración de opioides. Ignorar este grupo refuerza las brechas de conocimiento y aumenta el riesgo de errores en la práctica asistencial. De manera similar, la baja inclusión de profesionales de farmacia en capacitaciones específicas sobre opioides contrasta con su rol estratégico en la supervisión de la cadena de custodia y en la implementación de programas de uso racional. Como se mencionó anteriormente, la evidencia resalta que las capacitaciones efectivas deben integrar aspectos regulatorios, clínicos y de seguridad del paciente, reforzando tanto la práctica médica como el rol de vigilancia farmacéutica y de enfermería (67).

En cuanto a la normativa colombiana, se tiene un marco regulatorio disperso y poco unificado frente a la capacitación del talento humano. La Resolución 1403 de 2007, en el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, se establece que todo servicio farmacéutico debe contar con un cronograma estructurado de capacitaciones periódicas; la Resolución 780 de 2016 (art. 2.5.3.10.7) señala que el servicio farmacéutico tiene la función de obtener y difundir información sobre medicamentos, educando tanto a profesionales como a pacientes y comunidad; y la Resolución 3100 de 2019 incluye dentro de las condiciones de habilitación la obligación de promover formación continua para el talento humano en salud. A ello se suma la Resolución 1478 de 2006, que asigna al director técnico la responsabilidad de ofrecer información clara y oportuna sobre el manejo de medicamentos de control especial.

En conjunto, los hallazgos reflejan un escenario en el que las capacitaciones sobre medicamentos de control especial y opioides son frecuentes pero heterogéneas, con limitaciones en su cobertura, periodicidad y aplicabilidad práctica. Esto refuerza la necesidad de programas de formación estructurados, continuos e integrales, capaces de abarcar no solo los aspectos técnicos de la prescripción, sino también los componentes regulatorios, éticos y clínicos del uso de opioides, en

línea con las recomendaciones internacionales. Finalmente, resulta preocupante la percepción compartida por algunos participantes de que las capacitaciones no se traducen en cambios concretos en la práctica clínica, lo que refleja un vacío entre la teoría y la implementación. Esto resalta la necesidad de transformar los espacios educativos en procesos más prácticos, sostenidos y articulados con la realidad del sistema de salud. La capacitación en opioides no puede limitarse a la transmisión de normativas: debe incorporar escenarios de simulación, análisis de casos y actualización continua sobre el manejo integral del dolor, la detección temprana de abuso y el cumplimiento de estándares de prescripción segura ceñidos a la normatividad.

Percepción del personal de la salud frente a los entes de control

Los resultados muestran un consenso amplio entre los profesionales de la salud, tanto del servicio farmacéutico como del personal asistencial, en torno a que la información divulgada por los entes de control sobre medicamentos opioides no es suficiente ni responde a las necesidades de la práctica diaria. En ambos grupos, más del 80% señaló deficiencias en la calidad, cantidad y pertinencia de la información recibida.

Entre las principales limitaciones identificadas se encuentran la ausencia de lineamientos específicos sobre aspectos prácticos del manejo de opioides, como la preparación de mezclas, la administración segura, la disposición final de remanentes y la notificación oportuna de cambios en las presentaciones farmacéuticas. Estos vacíos generan incertidumbre en los equipos clínicos y farmacéuticos, que a menudo deben recurrir a la experiencia empírica o a protocolos internos para resolver situaciones críticas. Por otro lado, un grupo reducido de profesionales reconoció positivamente algunos esfuerzos de capacitación y divulgación liderados por los entes de control, destacando su claridad y aplicabilidad. Sin embargo, incluso en estos casos se señaló que la información suele ser general y no siempre aborda de manera diferenciada el manejo de opioides frente a otros medicamentos de control especial.

En cuanto a las razones específicas que explican la percepción de insuficiencia, los resultados muestran que cerca del 14% de las menciones aluden a la falta de información en general, mientras que un 12% resalta la escasa divulgación sobre opioides en particular. Otros aspectos mencionados incluyen la necesidad de más espacios de capacitación continuada, la baja cobertura hacia el personal de enfermería y farmacia, y la ausencia de programas estructurados para el manejo de riesgos clínicos y regulatorios asociados a los opioides.

Finalmente, algunos testimonios resaltan la consecuencia de esta falta de información en la práctica clínica y en la relación con los pacientes. Se mencionó, por ejemplo, que la escasa divulgación contribuye a la “opiofobia”, es decir, al miedo de los pacientes a recibir tratamientos con opioides por temor a la adicción, lo que limita el acceso a un manejo adecuado del dolor. También se subrayó la necesidad de mayor acompañamiento en procesos como la disposición final de sobrantes, un tema sensible que actualmente recae en la interpretación individual de las instituciones.

Estos hallazgos sugieren que, si bien existen esfuerzos de los entes de control por transmitir información normativa y técnica, esta no siempre responde a las necesidades cotidianas de los equipos clínicos y farmacéuticos. En particular, se evidencia la ausencia de lineamientos claros para fortalecer el control institucional, la farmacovigilancia y la prevención de riesgos asociados al manejo de medicamentos opioides.

La literatura muestra que la falta de comunicación efectiva entre autoridades regulatorias y profesionales de la salud puede contribuir a una percepción de desconfianza, subutilización de herramientas disponibles y prácticas heterogéneas en la atención de pacientes con dolor o con trastornos por uso de opioides. La falta de comunicación puede generar confusión sobre las guías clínicas, desconfianza hacia las recomendaciones regulatorias y variabilidad en la práctica clínica, lo que afecta negativamente la calidad del tratamiento y la seguridad del paciente (29).



Este escenario abre una oportunidad para que los entes de control en Colombia avancen hacia un modelo de acompañamiento más pedagógico y menos centrado exclusivamente en la fiscalización. En particular, se hace evidente la necesidad de fortalecer la presencia del Fondo Nacional de Estupefacientes en los territorios apartados y zonas rurales, donde se identificaron con mayor frecuencia prácticas irregulares en el manejo de opioides. En estos contextos, la capacitación, el acompañamiento cercano y el seguimiento permanente resultan esenciales para reducir riesgos y homogeneizar las prácticas de los equipos de salud.

Asimismo, la creación de protocolos estandarizados, guías de práctica clínica accesibles y capacitaciones periódicas lideradas por el Fondo Nacional de Estupefacientes podría contribuir no solo al uso seguro y racional de opioides, sino también a disminuir el estigma asociado a su prescripción. Además, la integración de médicos, farmacéuticos y personal de enfermería en espacios de diálogo y retroalimentación permitiría reconocer las necesidades reales en la práctica clínica y los contextos de cada territorio para ajustar las políticas de control a la diversidad de realidades regionales.

Por lo tanto, los resultados de este estudio reflejan una brecha importante entre las expectativas de los profesionales de la salud y la información actualmente divulgada por los entes de control en Colombia. Superar esta brecha implica no solo mejorar la cantidad y calidad de la información técnica, sino también transformarla en procesos educativos continuos y contextualizados, con énfasis en las zonas más apartadas del país. Un fortalecimiento de este tipo es clave para garantizar un equilibrio entre la seguridad en el control de medicamentos opioides y el acceso oportuno a terapias basadas en la evidencia, en beneficio tanto de los pacientes como de los propios profesionales de la salud.

7. Conclusiones

El estudio muestra que el uso clínico de medicamentos opioides en Colombia requiere ser entendido como un asunto clínico, institucional y de salud pública. Su manejo involucra decisiones sobre alivio del dolor, continuidad terapéutica, seguridad del paciente, disponibilidad de medicamentos, control sanitario y formación del talento humano. La forma en que estas dimensiones se articulan en las instituciones determina la calidad, oportunidad y seguridad con la que los pacientes acceden a estos tratamientos. En esa medida, los hallazgos permiten identificar avances relevantes en la gestión institucional de estos medicamentos, así como oportunidades de mejora para consolidar prácticas más homogéneas, seguras y centradas en el paciente.

Una primera conclusión del estudio es que las instituciones han desarrollado mecanismos propios para responder a las exigencias clínicas y regulatorias asociadas al manejo de opioides. Estos mecanismos incluyen procedimientos de prescripción, dispensación, custodia, administración, seguimiento y control. Sin embargo, su alcance y nivel de apropiación varían entre instituciones y servicios. Esta variabilidad muestra la importancia de fortalecer referentes comunes que orienten la práctica, reduzcan diferencias innecesarias y faciliten la coordinación entre las áreas clínicas, farmacéuticas, administrativas y de calidad.

En el ámbito asistencial, el estudio muestra un reconocimiento amplio del valor terapéutico de los opioides en escenarios como el dolor oncológico, el dolor agudo severo, la anestesia, la cirugía, el cuidado intensivo y los cuidados paliativos. En contraste, persisten mayores incertidumbres en situaciones que demandan decisiones clínicas más especializadas, como el dolor crónico no oncológico, la identificación del trastorno por consumo de opioides, el manejo del síndrome de abstinencia y la continuidad de tratamientos con medicamentos como la metadona. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la disponibilidad de referentes técnicos comunes que reduzcan la variabilidad clínica sin limitar la autonomía profesional.

La seguridad del paciente aparece como un eje que requiere mayor consolidación institucional ya que persisten diferencias importantes en la evaluación del riesgo, la farmacovigilancia, el seguimiento de pacientes, la educación a usuarios y cuidadores y el uso de indicadores específicos para monitorear el desempeño institucional. Los eventos asociados a errores de prescripción, dispensación, dosificación, administración o seguimiento muestran que el manejo de opioides debe apoyarse en procesos claros, equipos entrenados y sistemas de información confiables. En este punto, la modernización del recetario oficial y su articulación con la historia clínica y los sistemas institucionales representa una oportunidad para mejorar la trazabilidad, reducir errores y facilitar el trabajo de los equipos de salud.

En materia de acceso, los hallazgos muestran que la disponibilidad institucional de opioides no siempre garantiza el acceso efectivo de los pacientes al tratamiento. Las dificultades relacionadas con el desabastecimiento, la limitada oferta de algunas presentaciones farmacéuticas, la ausencia de presentaciones pediátricas o unidosis, los procesos administrativos y la fragmentación de las rutas de atención pueden afectar la continuidad terapéutica, particularmente en pacientes que requieren tratamientos prolongados. A ello se suman barreras culturales y de percepción que todavía generan resistencia frente al uso de estos medicamentos, tanto en algunos profesionales como en pacientes y cuidadores.

De manera transversal, la investigación identifica la formación del talento humano como uno de los principales determinantes de la calidad del manejo clínico de los opioides. Las necesidades expresadas por los participantes trascienden la actualización normativa y se orientan hacia herramientas que apoyen la toma de decisiones clínicas, la prevención de riesgos, la atención de situaciones complejas y la articulación entre los diferentes actores involucrados en el tratamiento del dolor y del trastorno por consumo de opioides. En este contexto, la capacitación continua, el acompañamiento técnico y la disponibilidad de lineamientos claros



constituyen elementos fundamentales para reducir la variabilidad observada entre instituciones.

En conjunto, los resultados muestran que el fortalecimiento del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia requiere una visión integrada del sistema. La consolidación de lineamientos nacionales, el fortalecimiento de las capacidades institucionales, la modernización de los procesos de trazabilidad, la mejora en la disponibilidad de medicamentos y la formación continua del talento humano representan acciones complementarias que permitirían avanzar hacia un modelo de atención que favorezca simultáneamente el acceso oportuno al tratamiento del dolor, la seguridad del paciente y el uso racional de estos medicamentos.

8. Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1478 de 2006 [Internet]. 2006 [cited 2025 Sep 12]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20670>
2. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. Pain [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Sep 12];160(1):28–37. Available from: https://journals.lww.com/pain/fulltext/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain [Internet]. 2015 [cited 2025 Sep 12];156(6):1003. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4450869/>
4. Organization WH. Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. 2011 [cited 2025 Sep 12];78. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44519>
5. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. MMWR Recommendations and Reports. 2025 Nov 4;71(3):1–95.
6. NICE guideline. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. 2021 Apr 7;NG193.
7. Organización Mundial de la Salud. Medication Without Harm [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
8. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain

- [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Jul 2];161(9):1976–82.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
9. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. 2017 [cited 2025 Jul 2]; Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
 10. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona) [Internet]. 2005 [cited 2025 Jul 2];28(3):33–7. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 11. Barrett KE, Barman SM. Ganong Fisiología médica, 26a [Internet]. [cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2954>
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 22 de 2016. 2016.
 13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0641 de 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/anafirm/procesosfirmHo>
 14. Gobierno de Colombia. Ley 1733 de 2014 [Internet]. 2014. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>
 15. Gobierno de Colombia. Decreto 2200 de 2005 [Internet]. 2005. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16944>
 16. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1478 de 2006 [Internet]. 2006. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20670>

17. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1479 de 2006 [Internet]. 2006. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20694>
18. Mintzberg Henry. La estructuración de las organizaciones. 1988;561.
19. Rivas Tovar LA. Nuevas Formas de Organización . Estudios Gerenciales [Internet]. 2002 [cited 2025 Jul 2];82:13–45. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21208201>
20. México B, Andrés Gutiérrez Rojas H. Estadística Estrategias de Muestreo. [cited 2025 Jul 10]; Available from: www.edicionesdelau.com
21. WHO Model List of Essential Medicines - 23rd list, 2023 [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02>
22. OMS. Directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico y radioterapéutico del dolor oncológico en adultos y adolescentes. 2018;138.
23. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. MMWR Recommendations and Reports. 2025 Nov 4;71(3):1–95.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. GUÍA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. 2014;
25. Delgado-Noguera MF, Merchán-Galvis ÁM, Mera-Mamián AY, Muñoz-Manquillo DM, Calvache JA. Evaluación de la calidad metodológica de las Guías Colombianas de Práctica Clínica en Pediatría. Pediatría (Bucur) [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2025 Sep 7];48(4):87–93. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatría-213>

articulo-evaluacion-calidad-metodologica-guias-colombianas-S0120491215000634

26. Machado-Duque ME, Echeverry-Gutiérrez MF, Gaviria-Mendoza A, Valladales-Restrepo LF, Machado-Alba JE. Potentially Inappropriate Use of Opioids in the Management of Migraine in Colombia. *Biomedicines* 2023, Vol 11, Page 2385 [Internet]. 2023 Aug 25 [cited 2025 Sep 7];11(9):2385. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9059/11/9/2385/htm>
27. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2008 [cited 2025 Sep 7];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789150/>
28. OMS. Directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico y radioterapéutico del dolor oncológico en adultos y adolescentes. 2018;138.
29. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*. 2025 Nov 4;71(3):1–95.
30. Zambelli Z, Halstead EJ, Iles R, Fidalgo AR, Dimitriou D. The 2021 NICE guidelines for assessment and management of chronic pain: A cross-sectional study mapping against a sample of 1,000* in the community. *Br J Pain* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Sep 7];16(4):439. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9411759/>
31. Hahn PD, Graham DA, Ozonoff A, Milliren CE. Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome Treatment Guidelines and Birth Hospital Utilization. *Pediatrics* [Internet]. 2024 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];154(1). Available from: </pediatrics/article/154/1/e2023063635/197513/Neonatal-Opioid-Withdrawal-Syndrome-Treatment>

32. Cheng X, Huang Y, Zhao Q, Gu E. Comparison of the effects of dexmedetomidine-ketamine and sevoflurane-sufentanil anesthesia in children with obstructive sleep apnea after uvulopalatopharyngoplasty: An observational study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2025 Sep 7];30(1):31. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3927289/>
33. World Health Organization. Ensuring balance in national policies on controlled substances : guidance for availability and accessibility of controlled medicines. 2011;78.
34. The Joint Commission Sentinel Event Alert #49 Motivates Monitoring Strategies - Anesthesia Patient Safety Foundation [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.apsf.org/article/the-joint-commission-sentinel-event-alert-49-motivates-monitoring-strategies/>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. GUÍA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE SUSTANCIAS SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN Y PRODUCTOS QUE LAS. 2013;
36. Clark J, Fera T, Fortier C, Gullickson K, Hays A, Murdaugh L, et al. ASHP Guidelines on Preventing Diversion of Controlled Substances. *American Journal of Health-System Pharmacy* [Internet]. 2022 Dec 15 [cited 2025 Sep 7];79(24):2279–306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36208462/>
37. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
38. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*. 2025 Nov 4;71(3):1–95.
39. ISMP Medication Safety Self Assessment ® for High-Alert Medications General High-Alert Medications Neuromuscular

Blocking Agents Concentrated Electrolytes Injection Magnesium Sulfate Injection Moderate Sedation in Adults and Children, Minimal Sedation in Children Insulin, Subcutaneous and Intravenous Lipid-Based Medications and Conventional Counterparts Methotrexate for Non-Oncologic Use Chemotherapy, Oral and Parenteral Anticoagulants Neuraxial Opioids and/or Local Anesthetics Opioids. 2017;

40. Ashp. Medication Safety-Guidelines ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals Purpose. [cited 2025 Sep 7]; Available from: www.ashp.org/Pharmacy-Practice/Policy-
41. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. Pain Medicine [Internet]. 2005 Nov [cited 2025 Sep 7];6(6):432-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16336480/>
42. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-validation of a screener to predict opioid misuse in chronic pain patients (SOAPP-R). J Addict Med [Internet]. 2009 Jun [cited 2025 Sep 7];3(2):66-73. Available from: https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/fulltext/2009/06000/cross_validation_of_a_screener_to_predict_opioid.3.aspx
43. Starrels JL, Becker WC, Alford DP, Kapoor A, Williams AR, Turner BJ. Systematic review: Treatment agreements and urine drug testing to reduce opioid misuse in patients with chronic pain. Ann Intern Med [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2025 Sep 7];152(11):712-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20513829/>
44. McAuliffe Staehler TM, Palombi LC. Beneficial opioid management strategies: A review of the evidence for the use of opioid treatment agreements. Subst Abus [Internet]. 2020 Apr 2 [cited 2025 Sep 7];41(2):208-15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31900073/>

45. Fishman SM, Kreis PG, Jamison RN. The opioid contract. *Clinical Journal of Pain* [Internet]. 2002 [cited 2025 Sep 7];18(4 SUPPL.). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12479256/>
46. Starrels JL, Becker WC, Alford DP, Kapoor A, Williams AR, Turner BJ. Systematic review: Treatment agreements and urine drug testing to reduce opioid misuse in patients with chronic pain. *Ann Intern Med* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2025 Sep 7];152(11):712–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20513829/>
47. Svirsky L, Howard D, Fried M, Richards N, Thomas N, Zettler PJ. The Legal Landscape for Opioid Treatment Agreements. *Milbank Quarterly* [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Sep 7];102(3):632–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38725402/>
48. Starrels JL, Becker WC, Alford DP, Kapoor A, Williams AR, Turner BJ. Systematic review: Treatment agreements and urine drug testing to reduce opioid misuse in patients with chronic pain. *Ann Intern Med* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2025 Jun 28];152(11):712–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20513829/>
49. McAuliffe Staehler TM, Palombi LC. Beneficial opioid management strategies: A review of the evidence for the use of opioid treatment agreements. *Subst Abus* [Internet]. 2020 Apr 2 [cited 2025 Sep 2];41(2):208–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31900073/>
50. Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on balanced national controlled medicines policies to ensure medical access and safety Rapid communication. 2025 [cited 2025 Sep 7]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/330145>
51. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2022 Nov 4 [cited 2025 Sep 2];71(3):1–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36327391/>

52. Institute for Safe Medication Practices. ISMP Medication Safety Self Assessment ® for High-Alert Medications General High-Alert Medications Neuromuscular Blocking Agents Concentrated Electrolytes Injection Magnesium Sulfate Injection Moderate Sedation in Adults and Children, Minimal Sedation in Children Insulin, Subcutaneous and Intravenous Lipid-Based Medications and Conventional Counterparts Methotrexate for Non-Oncologic Use Chemotherapy, Oral and Parenteral Anticoagulants Neuraxial Opioids and/or Local Anesthetics Opioids. 2017;
53. Tilli T, Hunchuck J, Dewhurst N, Kiran T. Opioid stewardship: Implementing a proactive, pharmacist-led intervention for patients coprescribed opioids and benzodiazepines at an urban academic primary care centre. BMJ Open Qual [Internet]. 2020 Apr 7 [cited 2025 Sep 7];9(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269056/>
54. Waldfogel JM, Rosen M, Sharma R, Zhang A, Bass EB, Dy SM. Opioid Stewardship. Making Healthcare Safer IV: A Continuous Updating of Patient Safety Harms and Practices [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 7]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598858/>
55. Gondora N, Versteeg SG, Carter C, Bishop LD, Sproule B, Turcotte D, et al. The role of pharmacists in opioid stewardship: A scoping review. Research in Social and Administrative Pharmacy [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Sep 7];18(5):2714–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741121002357>
56. Hyland SJ, Brockhaus KK, Vincent WR, Spence NZ, Lucki MM, Howkins MJ, et al. Perioperative pain management and opioid stewardship: A practical guide. Healthcare (Switzerland) [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Sep 7];9(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33809571/>
57. Gustafsson M, Silva V, Valeiro C, Joaquim J, van Hunsel F, Matos C. Misuse, Abuse and Medication Errors' Adverse Events Associated

- with Opioids—A Systematic Review. *Pharmaceuticals* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2025 Sep 7];17(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39204114/>
58. García-Abeijon P, Costa C, Taracido M, Herdeiro MT, Torre C, Figueiras A. Factors Associated with Underreporting of Adverse Drug Reactions by Health Care Professionals: A Systematic Review Update. *Drug Saf* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];46(7):625–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37277678/>
59. Adams N, Ott CA, Mullen CJ, Wang Y. An Integrative Review of Opioid Stewardship: Optimizing Patient Care and Safety with a Multidisciplinary Approach. *Nursing: Research and Reviews* [Internet]. 2024 Aug 29 [cited 2025 Sep 7];14:173–200. Available from: <https://www.dovepress.com/an-integrative-review-of-opioid-stewardship-optimizing-patient-care-an-peer-reviewed-fulltext-article-NRR>
60. Giannitrapani KF, Glassman PA, Vang D, McKelvey JC, Thomas Day R, Dobscha SK, et al. Expanding the role of clinical pharmacists on interdisciplinary primary care teams for chronic pain and opioid management. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2018 Jul 3 [cited 2025 Sep 7];19(1):1–9. Available from: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0783-9>
61. Rizk E, Swan JT, Cheon O, Carmine Colavecchia A, Bui LN, Kash BA, et al. Quality indicators to measure the effect of opioid stewardship interventions in hospital and emergency department settings. *American Journal of Health-System Pharmacy* [Internet]. 2019 Feb 15 [cited 2025 Sep 7];76(4):225–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715186/>
62. Dutkiewicz C, Jauregui K, Liu S, Dabliz R, Patanwala AE, Penm J. Quality indicators for opioid stewardship interventions in hospital inpatient and emergency departments: a systematic review. *Pain Rep* [Internet]. 2025 Jun 18 [cited 2025 Sep 7];10(4):e1284.

Available from:

https://journals.lww.com/painrpts/fulltext/2025/08000/quality_indicators_for_opioid_stewardship.17.aspx

63. Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard | Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/opioid-analgesic-stewardship-acute-pain-clinical-care-standard>
64. Kadakia NN, Rogers RL, Reed JB, Dark ER, Plake KI. Patient education interventions for prescription opioids: A systematic review. Journal of the American Pharmacists Association [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];60(4):e31–42. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1544319120300923>
65. Chakravarthy B, Somasundaram S, Mogi J, Burns R, Hoonpongsimanont W, Wiechmann W, et al. Randomized pilot trial measuring knowledge acquisition of opioid education in emergency department patients using a novel media platform. Subst Abuse [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2025 Sep 7];39(1):27–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28873050/>
66. Doherty HR, Lam E, Garstka M, Chuang J, Wong DT, Urbach DR, et al. Educating surgical patients about safe use of opioids: a randomized controlled trial. Perioper Care Oper Room Manag [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 Sep 7];23:100164. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405603021000108>
67. IAHPC. Uso de Opioides en tratamiento del DOLOR Manual para Latinoamérica [Internet]. 2011 [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>

68. Hasin DS, Shmulewitz D, Stohl M, Greenstein E, Aharonovich E, Petronis KR, et al. Diagnosing Prescription Opioid Use Disorder in Patients Using Prescribed Opioids for Chronic Pain. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2025 Sep 2];179(10):715–25. Available from: [/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.21070721?download=true](https://doi/pdf/10.1176/appi.ajp.21070721?download=true)
69. Kufeld N, Weckbecker K, Michalak J, Häuser W, Petzke F, Scherbaum N, et al. Opioid Use Disorder: A Qualitative Exploratory Analysis of Potential Misunderstandings in Patients with Chronic Non-Cancer Pain. *J Pain Res* [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 7];17:873–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38476877/>
70. Andrew Tompkins D, Bigelow GE, Harrison JA, Johnson RE, Fudala PJ, Strain EC. Concurrent Validation of the Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) and Single-Item Indices against the Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA) Opioid Withdrawal Instrument. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2009 [cited 2025 Sep 2];105(2):154–9. Available from: www.clinicaltrials.gov,
71. Gorfinkel L, Voon P, Wood E, Klimas J. Diagnosing opioid addiction in people with chronic pain. *BMJ (Online)* [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 2];362. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30242012/>
72. Franck LS, Scoppettuolo LA, Wypij D, Curley MAQ. Validity and generalizability of the Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1) for monitoring iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric patients. *Pain*. 2012;153(1):142–8.
73. Byrom B, Elash CA, Eremenco S, Bodart S, Muehlhausen W, Platko J V, et al. Measurement Comparability of Electronic and Paper Administration of Visual Analogue Scales: A Review of Published Studies. 2022 [cited 2025 Sep 2];56:394–404. Available from: <https://doi.org/10.1007/s43441-022-00376-2>
74. Nielsen BN, Nygaard U, Hvidt L, Lundstrøm K. Using the Sophia Observational Withdrawal Scale improved the assessment of

- paediatric iatrogenic withdrawal symptoms. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2025 Sep 2];107(1):170–170. Available from: [/doi/pdf/10.1111/apa.14089](https://doi/pdf/10.1111/apa.14089)
75. Rodríguez-Espinosa S, Coloma-Carmona A, Pérez-Carbonell A, Román-Quiles JF, Carballo JL. Tolerance, interdose withdrawal symptoms, and craving predict prescription opioid-use disorder severity in chronic pain patients: A three-wave prospective study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Sep 7];342. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39476453/>
 76. Coloma-Carmona A, Carballo JL, Rodríguez-Marín J, Pérez-Carbonell A. Withdrawal symptoms predict prescription opioid dependence in chronic pain patients. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Sep 7];195:27–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30562677/>
 77. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/national-practice-guideline>
 78. Belcher AM, Cole TO, Greenblatt AD, Hoag SW, Epstein DH, Wagner M, et al. Open-label dose-extending placebos for opioid use disorder: a protocol for a randomised controlled clinical trial with methadone treatment. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2025 Sep 7];9(6):e026604. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e026604>
 79. Rzasa Lynn R, Galinkin JL. Naloxone dosage for opioid reversal: current evidence and clinical implications. *Ther Adv Drug Saf* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2025 Sep 7];9(1):63. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5753997/>
 80. Vandergrift LA, Rice AD, Primeau K, Gaither JB, Munn RD, Hannan PL, et al. Precipitated Withdrawal Induced by Prehospital Naloxone Administration. *Prehospital Emergency Care* [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 7];29(4):367–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39786726/>

81. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo Nacional de Estupefacientes. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico en población adulta y pediátrica en Colombia. 2022;
82. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009 [cited 2025 Sep 2];1–110. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143185/>
83. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. JAMA Psychiatry [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Sep 2];76(2):208–16. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2716982>
84. Lira MC, Jimes C, Coffey MJ. Retention in Telehealth Treatment for Opioid Use Disorder Among Rural Populations: A Retrospective Cohort Study. Telemedicine Journal and e-Health [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Sep 2];29(12):1890. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10714254/>
85. Sørensen AMS, Rasmussen L, Ernst MT, Mogensen SH, Laursen MV, Jimenez-Solem E, et al. Use of tramadol and other analgesics following media attention and risk minimization actions from regulators: a Danish nationwide drug utilization study. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Sep 7];77(4):617–24. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-020-03016-6>
86. Rostam-Abadi Y, Gholami J, Amin-Esmaeili M, Safarcherati A, Mojtabai R, Ghadirzadeh MR, et al. Tramadol use and public health consequences in Iran: a systematic review and meta-analysis. Addiction [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 Sep 7];115(12):2213–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196801/>
87. Green JL, Dailey-Govoni T, Butler SF. Real-World Data on Nonmedical Use of Tramadol from Patients Evaluated for Substance

- Abuse Treatment in the NAVIPPRO Addiction Severity Index—Multimedia Version (ASI-MV®) Network. Drug Saf [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Sep 7];44(2):235–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175336/>
88. Dunn KE, Bergeria CL, Huhn AS, Strain EC. A Systematic Review of Laboratory Evidence for the Abuse Potential of Tramadol in Humans. Front Psychiatry [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2025 Sep 7];10(SEP):704. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6775208/>
89. Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V. Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. Forensic Sci Int [Internet]. 2005 Oct 4 [cited 2025 Sep 7];153(1):81–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15967611/>
90. Rodrigues JVDS, Pereira JEG, Passarelli LA, Guatura GMGB, El Dib R. Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals: A systematic review and meta-Analysis of observational studies. Eur J Anaesthesiol [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];38(7):715–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33606417/>
91. Smiley R, Reneau K. Outcomes of Substance Use Disorder Monitoring Programs for Nurses. J Nurs Regul [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];11(2):28–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2155825620301071>
92. Braquehais MD, Bruguera E, Casas M. Addictions in Physicians: An Overview. Textbook of Addiction Treatment [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 7];1451–61. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-36391-8_102
93. Cleary JF, Maurer MA. Pain and Policy Studies Group: Two Decades of Working to Address Regulatory Barriers to Improve Opioid Availability and Accessibility Around the World. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2025 Sep 2];55(2):S121–34.

Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417303731>

94. León MX, Sánchez-Cárdenas MA, Rodríguez-Campos LF, Moyano J, Velasco López A, Garay OG, et al. Availability and accessibility of opioids for pain and palliative care in Colombia: a survey study. *Colombian Journal of Anesthesiology* [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 2];50(1). Available from: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/1011>
95. Valladales-Restrepo LF, Rubio-Londoño S, Poveda-Martinez LF, Machado-Alba JE. Prescribing Pattern of Analgesics in Colombia. Are there Differences between Capital Cities and Municipalities? A Cross-Sectional Study. *Drugs Real World Outcomes* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2025 Sep 2];9(3):487–501. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35819624/>
96. Garcia JBS, Lopez MPG, Barros GAM, Muñiz HGM, Olea MAOA, Bonilla P, et al. Latin American Pain Federation position paper on appropriate opioid use in pain management. *Pain Rep* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2025 Sep 2];4(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31583347/>
97. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Bhadelia A, Berterame S, Connor SR, et al. Distributed Opioids in Morphine Equivalent: A Global Measure of Availability for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Sep 2];69(2):204–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088539242401100X>
98. Shukar S, Zahoor F, Hayat K, Saeed A, Gillani AH, Omer S, et al. Drug Shortage: Causes, Impact, and Mitigation Strategies. *Front Pharmacol* [Internet]. 2021 Jul 9 [cited 2025 Sep 7];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34305603/>

99. Ashp. ASHP Guidelines on Managing Drug Product Shortages Purpose. [cited 2025 Sep 7]; Available from: www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/
100. Grissinger M. Keeping Patients Safe From Methadone Overdoses. Pharmacy and Therapeutics [Internet]. 2011 Aug [cited 2025 Sep 7];36(8):462. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3171821/>
101. Online. Institute for Safe Medication Practices Canada REPORT MEDICATION INCIDENTS Change in Methadone Concentration Results in an Overdose in a Post-Partum Patient. 2015 [cited 2025 Sep 7];15:1–866. Available from: www.ismp-canada.org/err_index.htm
102. Ministerio de Salud y Protección Social. Acta 19 de 2018 [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/2023-10/SEM/ACTAS/2018/Acta-No-19-de-2018-SEM.pdf>
103. Fine PG, Portenoy RK, Rotation the AHEP on ER and G for O. Establishing “Best Practices” for Opioid Rotation: Conclusions of an Expert Panel. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2009 Sep [cited 2025 Sep 7];38(3):418. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4065110/>
104. Sajwani HS, Williams A V. A systematic review of the distribution of take-home naloxone in low- and middle-income countries and barriers to the implementation of take-home naloxone programs. Harm Reduct J [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Sep 7];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36266701/>
105. Zoorob R, Kowalchuk A, Grubb MM de. Buprenorphine Therapy for Opioid Use Disorder. Am Fam Physician [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Sep 7];97(5):313–20. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0301/p313.html>

106. Buprenorphine/naloxone (oromucosal route, sublingual route) - Side effects & dosage - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/buprenorphine-naloxone-oromucosal-route-sublingual-route/description/drg-20074097>
107. Nursing guidelines : Management of the paediatric patient receiving opioids [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Management_of_the_paediatric_patient_receiving_opioids/?utm_source
108. Zernikow B, Michel E, Craig F, Anderson BJ. Pediatric palliative care: Use of opioids for the management of pain. *Pediatric Drugs* [Internet]. 2009 [cited 2025 Sep 7];11(2):129–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19301934/>
109. Multi-dose Vials - Managing Multi-dose Vials of Injectable Medication | Joint Commission [Internet]. [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/support-center/standards-interpretation/standards-faqs/000001529>
110. Centers for Disease Control and Prevention. SINGLE-DOSE OR MULTI-DOSE? Safe Injection Practices for Healthcare Professionals. . 2021 [cited 2025 Sep 7]; Available from: www.cdc.gov/injectionsafety/1anonly.html
111. Pereira Arana I, Ramírez Bolívar L. Los caminos del dolor: Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia - Dejusticia [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 7]. Available from: <https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/>
112. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Listado de abastecimiento y desabastecimiento de medicamentos – junio de 2025. 2025 Jun;

113. Tu NH, Oluwafemi AK. Opioid Analgesics Access in Low-Middle Income Countries. 2018 [cited 2025 Sep 7]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>
114. Price SM, O'Donoghue AC, Rizzo L, Sapru S, Aikin KJ. Opioid education and prescribing practices. Journal of the American Board of Family Medicine [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Sep 7];34(4):802–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312271/>
115. Schnell M, Currie J. ADDRESSING THE OPIOID EPIDEMIC: IS THERE A ROLE FOR PHYSICIAN EDUCATION? Am J Health Econ [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2025 Sep 7];4(3):383. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6258178/>
116. Williamson C, Martin BJ, Argoff C, Gharibo C, McCarberg B, Atkinson T, et al. Pain Management and Opioid Therapy: Persistent Knowledge Gaps Among Primary Care Providers</p><\/p><\/li><\/ol>

Anexo 1

Análisis entrevista personal del área de calidad

Tabla de contenido

Nota aclaratoria sobre selección de preguntas 6

Sección 1: Información general 6

Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?.....6

Pregunta 3. ¿Cuál es su sexo al nacer? 7

Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo? .8

Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides? 9

Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional posee en temas de calidad en salud? 11

Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional con la institución? 12

Sección 2: Conocimiento acerca de medicamentos opioides 13

Pregunta 17. ¿Qué servicios médicos manejan un alto volumen de medicamentos opioides? 13

Sección 3: Lineamientos o guías de medicamentos opioides 15

Pregunta 18. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides? 15

Pregunta 19. ¿Qué lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides? 19

Pregunta 21. ¿Dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?..... 23

Pregunta 24: ¿La institución cuenta con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?..... 29

Pregunta 24.1. Si realiza seguimiento, ¿Podría indicar cuál es el programa o tipo de seguimiento realizado?	30
Pregunta 24.2. Si no realiza seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides, ¿Considera que hace falta?	33
Pregunta 26. Herramientas de la institución para identificar el trastorno por consumo de medicamentos opioides	35
Pregunta 27. ¿La institución cuenta con una matriz de riesgo que permita evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides?	40

Tabla de Gráficas

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones	7
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal de gestión de calidad	8
Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del profesional del área administrativa y gestión de calidad	9
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides	10
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional	12
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución	13
Gráfica 7. Servicios médicos y volumen en el manejo de medicamentos opioides Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.....	14
Gráfica 8. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides	16
Gráfica 9. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría	18
Gráfica 10. Necesidad de inclusión en sistema de calidad	19

Gráfica 11. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	20
Gráfica 12. Fuente o referencia de Guías o lineamientos	22
Gráfica 13. Necesidad de referente de guía nacional o internacional	23
Gráfica 14. Discriminación de uso de indicadores de medicamentos opioides en las IPS	24
Gráfica 15. Indicadores reportados por las IPS	25
Gráfica 16. Necesidad de contar con indicadores específicos para opioides.	27
Gráfica 17. Argumentos para no usar indicadores Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.....	28
Gráfica 18. Porcentaje de entrevistados que indicaron contar, o no, con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides	30
Gráfica 19. Tipos de programas o seguimientos realizados a los pacientes tratados con medicamentos opioides	32
Gráfica 20. Opinión sobre la necesidad de un programa o seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides	33
Gráfica 21. Argumentos presentados como justificación para la necesidad, o no, de contar con programas o seguimiento de pacientes tratados con medicamentos opioides	35
Gráfica 22. Identificación de herramientas aplicadas en la institución para la detención del trastorno por consumo de medicamentos opioides en pacientes	36
Gráfica 23. Herramientas para la detección de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides	38
Gráfica 24. Falta de herramientas de identificación del trastorno por consumo de medicamentos opioides.....	39

Gráfica 25. IPS que cuentan con matriz de riesgo asociadas al uso de medicamentos	41
Gráfica 26. Tipos de matrices implementadas en las IPS	42
Gráfica 27. Tipos de instrumentos implementadas en las IPS que no corresponden a matrices de riesgo	43
Gráfica 28. Necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS	44

Resultados Cualitativos

Nota aclaratoria sobre la selección de preguntas

En el proceso de análisis cualitativo se aplicó un criterio de depuración metodológica que consistió en excluir algunas de las preguntas repetidas entre los tres formularios utilizados. Dichas preguntas fueron consolidadas en una única versión, seleccionada según el perfil del informante más pertinente para cada temática. Esta decisión responde a la necesidad de evitar redundancias, garantizar la coherencia del corpus y optimizar la comparabilidad de los hallazgos, manteniendo la relevancia analítica y la rigurosidad del estudio.

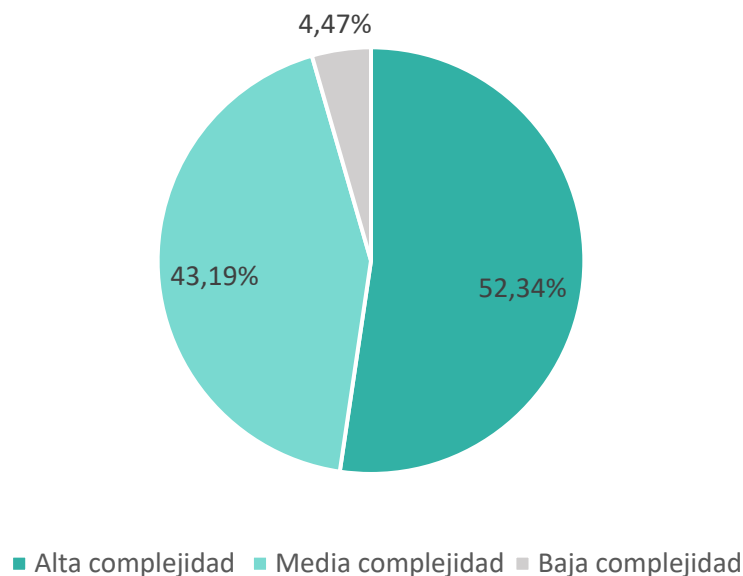
Por tal razón, se excluyeron de este informe las siguientes preguntas: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 25, 28, 29.

Sección 1: Información general

Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?

En relación con el nivel de complejidad de las instituciones de salud donde se desempeñan los profesionales de administración y gestión de la calidad, la Gráfica 1 evidencia que la mayoría se concentra en entidades de alta complejidad (52,34%). A estas le siguen las de mediana complejidad (43,19%), mientras que las de baja complejidad representan la proporción minoritaria (4,47%).

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones¹



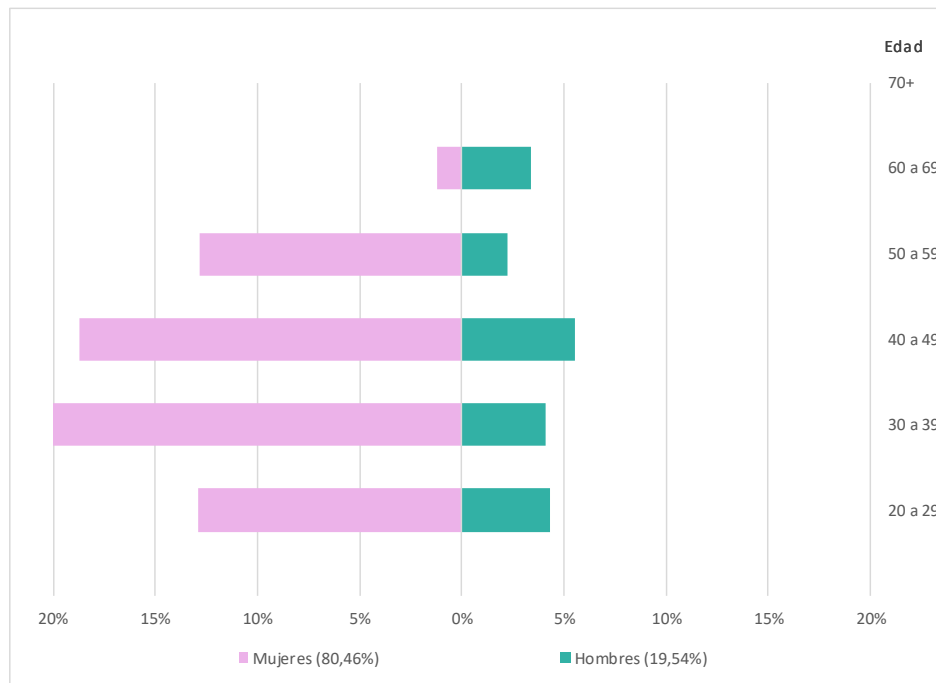
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 3. ¿Cuál es su sexo al nacer?

La pirámide poblacional de la Gráfica 2 corresponde a la distribución poblacional del personal perteneciente al área administrativa y de gestión de calidad. La distribución por sexo y rango de edad muestra un predominio de mujeres en todos los grupos etarios. El mayor porcentaje de participantes se concentró en el rango de 30 a 39 años (36,12% del total), integrado por 32,02% de mujeres y 4,09% de hombres. Le siguió el grupo de 40 a 49 años (24,23%), conformado por 18,72% de mujeres y 5,51% de hombres. En tercer lugar, se ubicó el rango de 20 a 29 años (17,25%), con 12,94% de mujeres y 4,31% de hombres, seguido del grupo de 50 a 59 años (15,12%), integrado por 12,88% de mujeres y 2,24% de hombres. El rango de 60 a 69 años representó el 4,61% de la

población, correspondiente a 3,39% de hombres y 1,23% de mujeres, mientras que en el grupo de 70 años o más no se registraron participantes. En suma, las mujeres representaron el 80,46% de la población estudiada y los hombres el 19,54%, evidenciando un predominio femenino en todos los rangos de edad.

Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal de gestión de calidad²



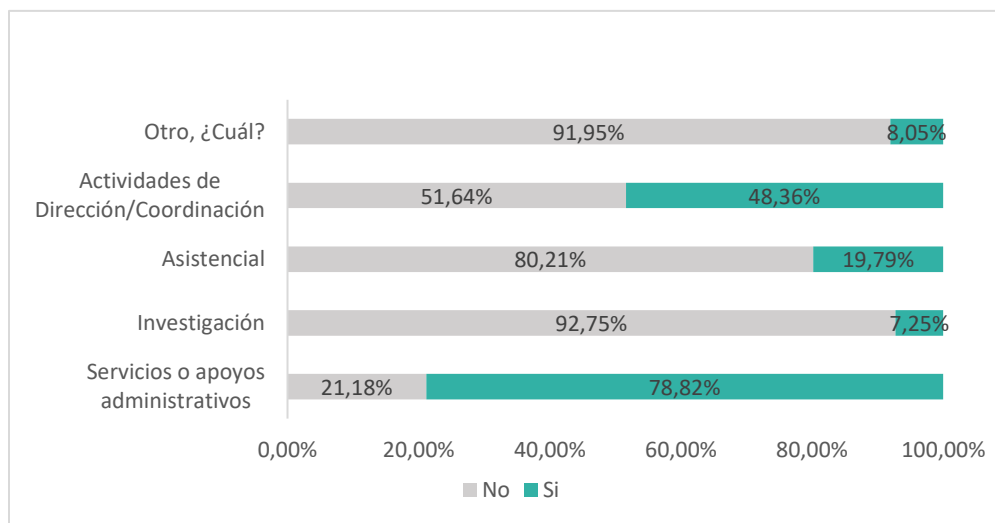
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo?

Como lo indica la Gráfica 3, las actividades desempeñadas por los profesionales del área administrativa y de gestión de calidad son principalmente en el servicio o apoyos administrativos (78,82%) y actividades de dirección/coordi- nación (48,36%). Sin embargo,

actividades asistenciales (19,79%) y de investigación (7,25%) no son frecuentes en esta población. En la categoría “otro” se agrupó el 8,05% de las respuestas.

Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del profesional del área administrativa y gestión de calidad³



Fuente: Construcción propia.

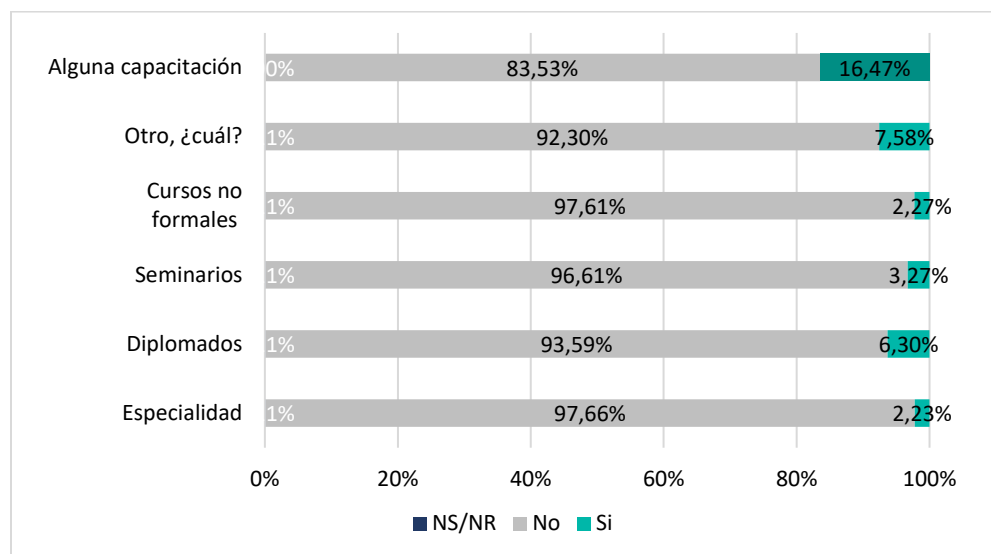
Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?

La Gráfica 4 muestra la formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides, evidenciando una baja participación de los entrevistados en procesos de formación específica sobre esta temática. En general, una porción minoritaria (16,47%) de la población cuenta con alguna capacitación, es decir, el 83,53% restante de la población reporta no haber recibido ninguna capacitación específica en opioides. En cuanto a la especificación de los tipos de capacitaciones recibidas, se encuentra en primer lugar de las más frecuentes la categoría otro tipo de formación (7,58%) que incluye variedad de capacitaciones específicas o informales

sin especificar. En segundo lugar, los diplomados (6,30%), y con menores frecuencias, los seminarios (3,27%), cursos no formales (2,27%) y especialidades (2,23%).

Los porcentajes en general bajos, sugieren limitaciones en capacitaciones específicas, ya sean formalizadas o complementarias en el manejo de medicamentos opioides, escasa cobertura general de las capacitaciones y una participación aún menor en procesos de formación más estructurados, lo que pone de manifiesto una importante oportunidad de mejora en el fortalecimiento de capacidades sobre esta temática.

Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides⁴

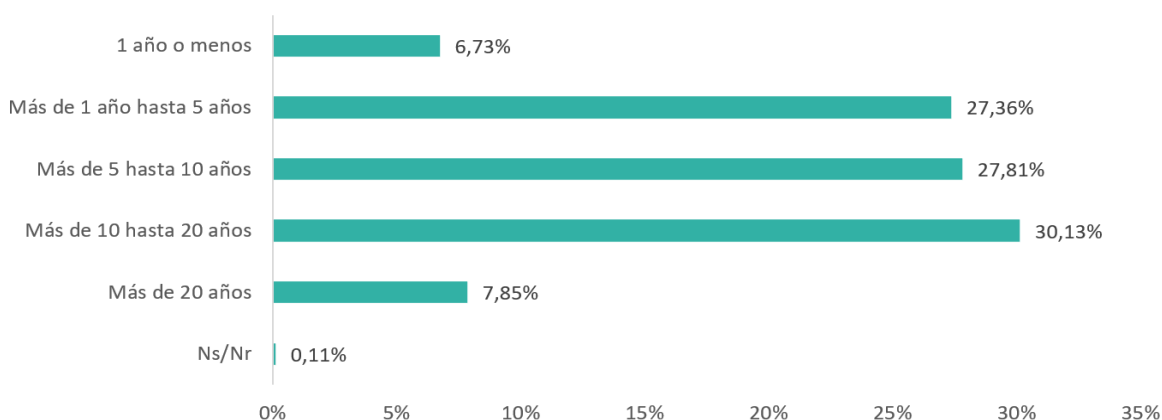


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional posee en temas de calidad en salud?

La Gráfica 5 presenta la distribución del tiempo de experiencia del personal en áreas administrativas y de gestión de calidad. Se observa un predominio de profesionales con amplias trayectorias laborales, concentrándose el 30,13% en el rango de 10 a 20 años de experiencia y el 27,81% entre 5 y 10 años. Adicionalmente, el 27,63% reportó entre 1 y 5 años de experiencia. Estos resultados evidencian que la mayoría de los participantes cuenta con una experiencia significativa en el desempeño de sus funciones. En los extremos de la distribución, el 7,85% manifestó tener más de 20 años de experiencia, mientras que el 6,73% indicó contar con un año o menos, lo que evidencia una baja proporción de personal con poca experiencia laboral. Finalmente, el 0,11% de los entrevistados no suministró información sobre este aspecto.

Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional⁵

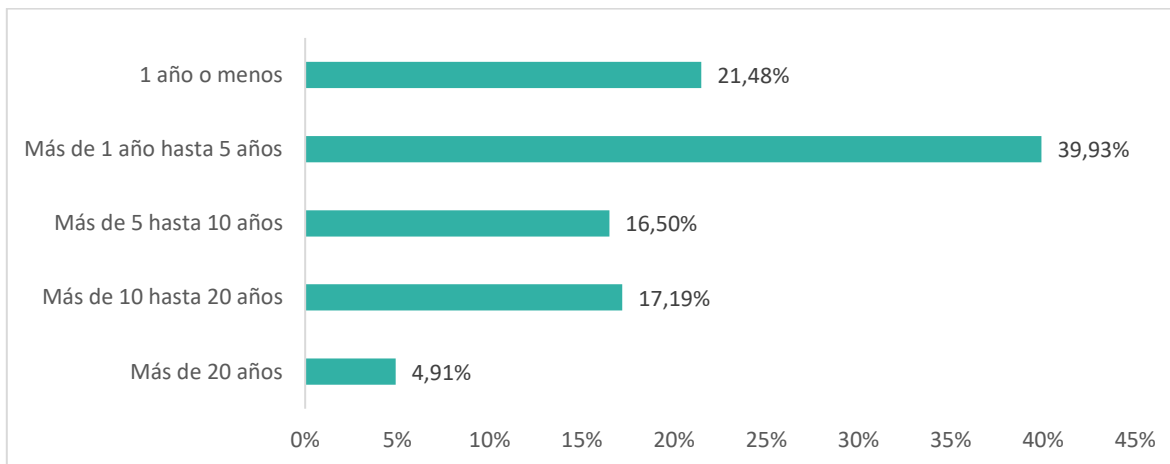


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional con la institución?

La Gráfica 6 presenta el tiempo de experiencia profesional de los participantes en su actual institución. El 39,93% registra una permanencia entre 1 y 5 años, constituyendo el grupo de mayor representación, seguido por el 21,48% con menos de un año de vinculación. Estos resultados evidencian un predominio de personal con una trayectoria institucional relativamente reciente. En contraste, el 17,19% cuenta con entre 10 y 20 años de experiencia en la institución, el 16,50% entre 5 y 10 años y el 4,91% supera los 20 años de permanencia, lo que refleja una menor proporción de profesionales con amplia trayectoria institucional.

Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución⁶



Fuente: Construcción propia.

Sección 2: Conocimiento acerca de medicamentos opioides

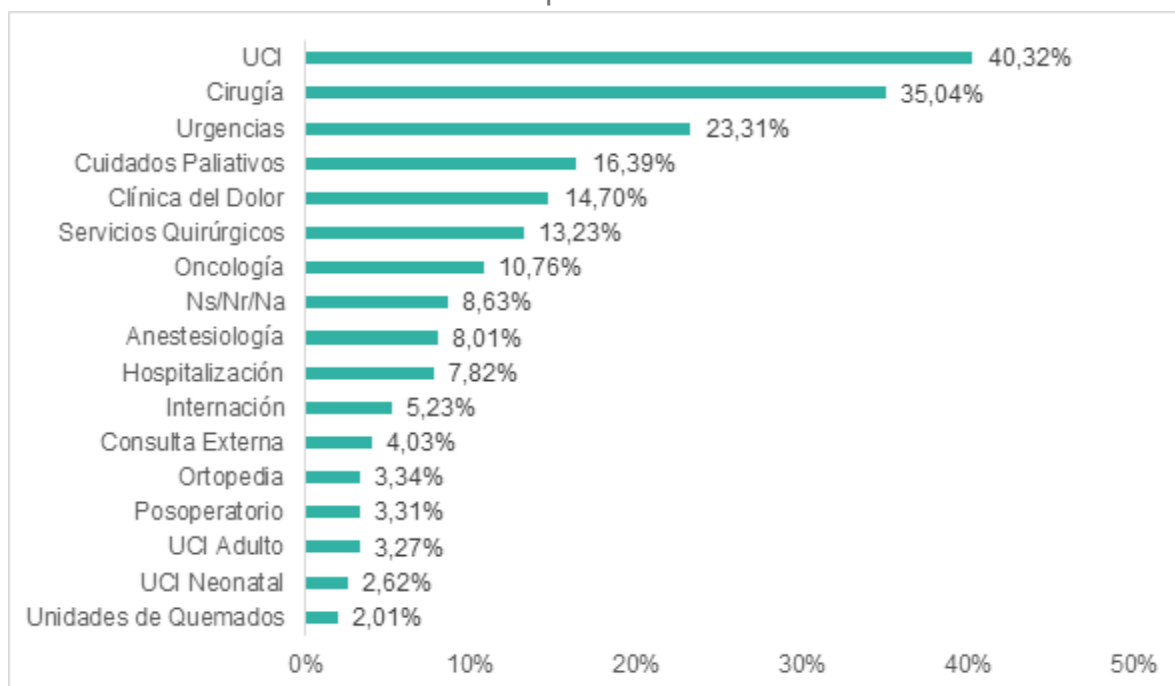
Pregunta 17. ¿Qué servicios médicos manejan un alto volumen de medicamentos opioides?

Las respuestas dadas por los entrevistados a esta pregunta indicaron los siguientes valores (Gráfica 7): Los servicios con mayor volumen de utilización de medicamentos opioides corresponden a UCI (40,32%), Cirugía (35,04%), y Urgencias (23,31%). Con porcentajes en un rango medio se reportaron los servicios de Cuidados paliativos (16,39%), Clínica del dolor (14,70%), Servicios quirúrgicos (13,23%), Oncología (10,76%), Anestesiología (8,01%), y hospitalización (7,82%). Finalmente, con valores más reducidos se mencionaron los servicios de Internación (5,23%), Consulta externa (4,03%), Ortopedia (3,34%), Postoperatorio (3,31%), UCI adulto (3,27%), UCI neonatal (2,62%), y Unidades de quemados (2,01%). El 8,63% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. Las siguientes respuestas de personas entrevistadas en Santa Marta y Medellín confirman los resultados descritos:

"Por lo que puedo percibir, por el tema de manejo de dolor, el servicio de urgencias, las unidades de cuidado intensivo y los postquirúrgicos sobre todo de neurocirugía, todos esos que tienen que ver y los pacientes crónicos que vienen con dolor". (Entrevista 76, Santa Marta - Magdalena).

"Pues nosotros tenemos consulta externa, la especialidad de dolor y cuidados paliativos, entonces a nivel ambulatorio como somos oncológicos atendemos mucha población donde paliamos el dolor y a nivel hospitalario pues también controlamos el dolor posoperatorio y entonces es el campo de acción como ese tipo de medicamentos". (Entrevista 5, Medellín - Antioquia).

Gráfica 7. Servicios médicos y volumen en el manejo de medicamentos opioides⁷



Fuente: Construcción propia.

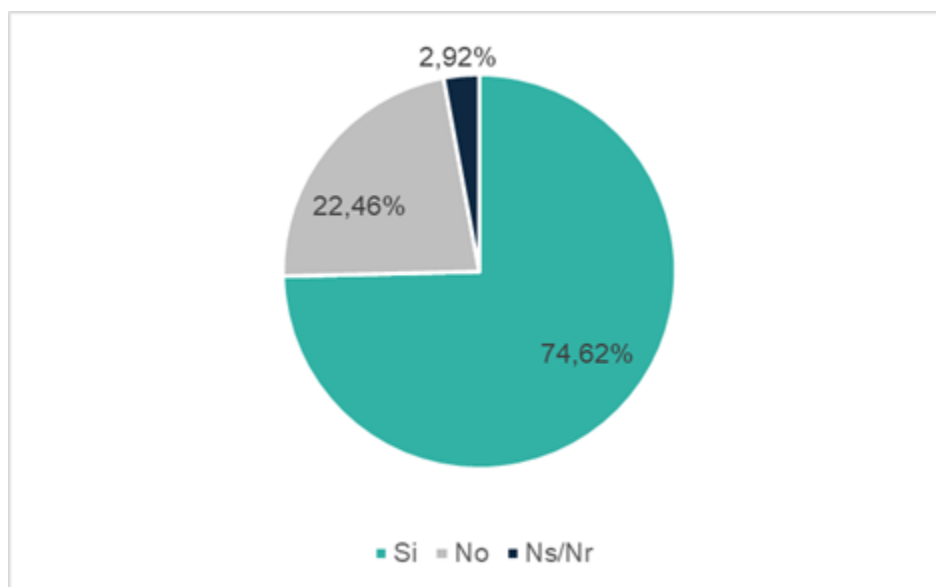
Sección 3: Lineamientos o guías de medicamentos opioides

Pregunta 18. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?

La sección busca información clave al personal del área de gestión de la calidad de la institución sobre la existencia de guías de práctica clínica, procedimientos, manuales relacionados con medicamentos opioides.

La Gráfica 8 muestra que el 74,62 % de los profesionales entrevistados manifestó contar con documentos formalmente establecidos dentro del sistema de gestión de calidad para el manejo de medicamentos opioides, incluyendo documentos tanto especializados como generales provenientes de diversas áreas institucionales. Un 22,46 % indicó no contar con dichas guías, un porcentaje considerable que podría reflejar una baja socialización, apropiación o visibilidad de la documentación existente, especialmente si se considera que la normativa vigente exige la existencia de estos documentos como parte de los criterios de habilitación. Finalmente, un 2,92 % de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 8. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides⁸



Fuente: Construcción propia.

A quienes respondieron afirmativamente, se les consultó sobre cuáles eran las guías o procedimientos incluidos en sus sistemas de gestión de la calidad relacionados con el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas obtenidas fueron, en su mayoría, generales o poco específicas, mencionando una o más guías sin detallar su título completo, alcance o aplicación. La Gráfica 9 presenta las referencias más frecuentes, reflejando aquellas guías, manuales o documentos normativos que los participantes identificaron como parte de sus sistemas de gestión de calidad relacionados con el manejo de medicamentos opioides.

En los resultados se destaca que el “*Manual del Servicio Farmacéutico*” es mencionado por más de la mitad de los entrevistados (55,35%). Las respuestas asociadas a esta categoría hacen referencia a los procesos propios del servicio farmacéutico, especialmente en relación con el manejo de medicamentos de control. Una de las personas entrevistadas lo expresó de la siguiente manera:

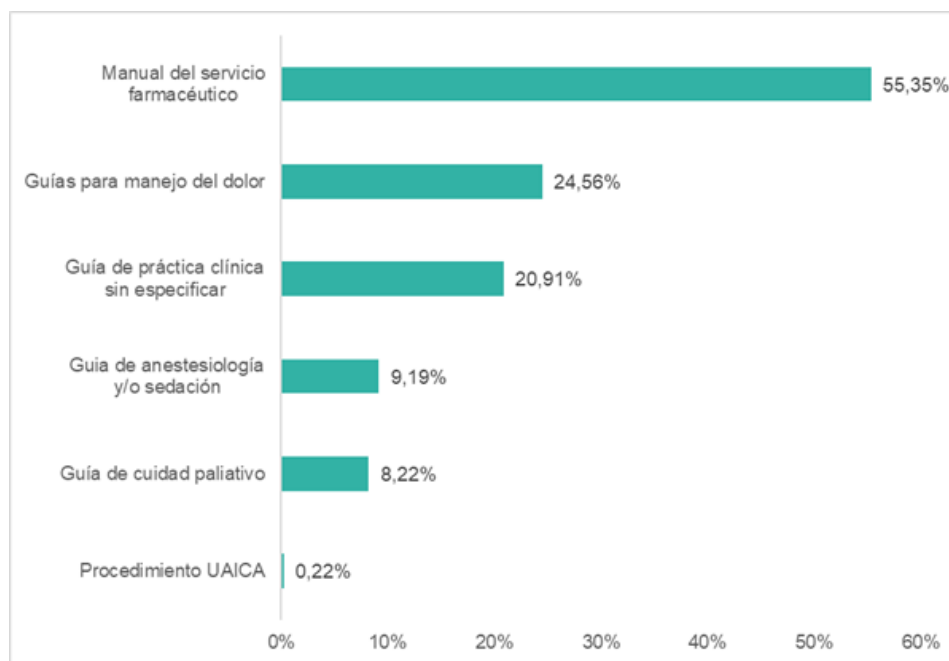
"Hay un manual del servicio farmacéutico, entonces en ese manual describen cómo es el manejo de estos medicamentos desde el servicio, la dispensación, quiénes los dispensan [...] digamos no es específico para opioides, pero van incluidos todos los medicamentos de control". (Entrevista 28, Bogotá).

También se reporta la existencia de guías de práctica clínica (GPC) de diversas patologías. Con el 24,56% de respuestas las guías para el manejo del dolor son las más mencionadas, y el 20,91% corresponde a guías de práctica clínica, pero sin especificar sus nombres. La siguiente cita es ilustrativa:

"Por patología sí, hay guías de práctica clínica donde pues dice cuál es el escalonamiento que se debe realizar de los medicamentos". (Entrevista 25, Bogotá).

Las guías de anestesiología/sedación (9,19%) y de cuidados paliativos (8,22%) presentan una menor frecuencia de implementación. No obstante, ambas corresponden a áreas en las que el uso de opioides es clínicamente relevante, aunque su adopción también está condicionada por la naturaleza y el nivel de complejidad de la institución.

Gráfica 9. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría⁹

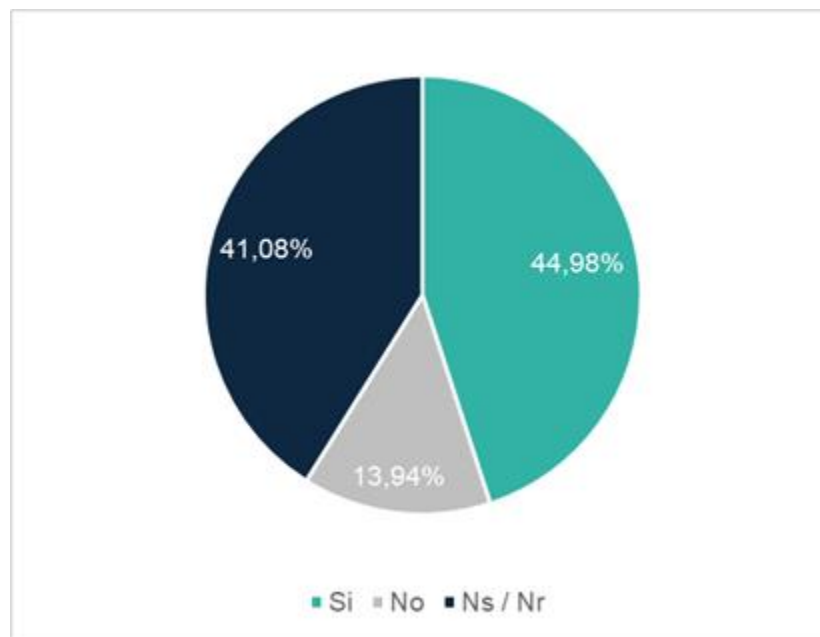


Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que indicaron no contar con guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides se les consultó si consideraban necesaria su incorporación al sistema de gestión de calidad. Como se observa en la Gráfica 10, el 44,98% manifestó que estas directrices deberían incluirse, reconociendo su importancia para promover el uso racional y el control adecuado de estos medicamentos. En contraste, el 13,94% consideró que su implementación no era necesaria, principalmente porque la institución no presta servicios clínicos relacionados con el uso de opioides, por considerar que dichas guías no son requeridas o por las características propias de la institución. Por su parte, el 41,08% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr, lo que evidencia un nivel importante de desconocimiento o ausencia de una posición definida frente a este aspecto. Este tipo de argumentos se ilustra en el siguiente testimonio:

"Fue algo que estuvo en proyección y pues no se le dio continuidad a todo lo referente al servicio de dolor y cuidados paliativos, el tema es que no se implementó lo que se tenía en su momento proyectado en la institución para la atención de pacientes de dolor y cuidados paliativos". (Entrevista 26, Bogotá).

Gráfica 10. Necesidad de inclusión en sistema de calidad¹⁰



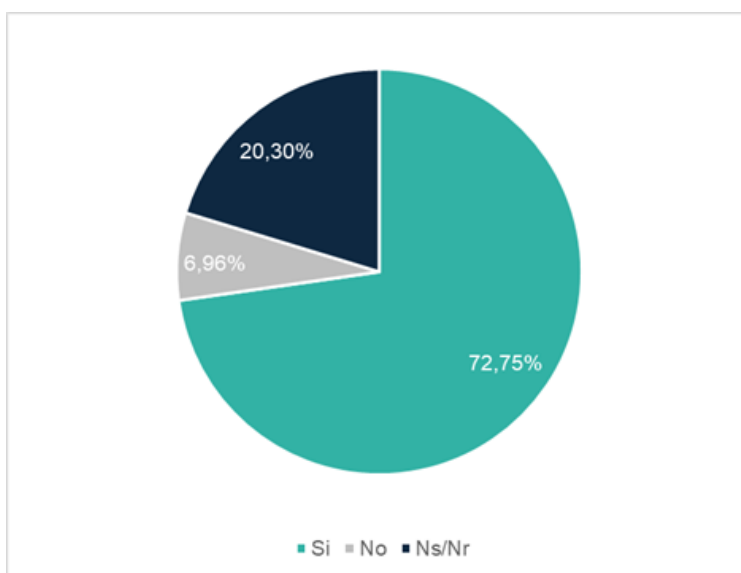
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 19. ¿Qué lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?

Se indagó por la fuente o referencia normativa de los documentos utilizados, con el objetivo de establecer si se fundamentan en guías nacionales o internacionales. Los resultados presentados en la Gráfica 11 muestran que el 72,75% de los participantes indicaron utilizar algún tipo

de lineamiento, ya sea nacional o internacional. Un 6,96% señaló no utilizar ninguna guía de referencia, y el 20,30% de los entrevistados no respondió la pregunta o declaró desconocer la respuesta.

Gráfica 11. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides¹¹



Fuente: Construcción propia.

A quienes afirmaron referenciarse en alguna guía o lineamiento, se les consultó por el origen específico de las fuentes. Las respuestas fueron clasificadas según las categorías presentadas en la Gráfica 12. El 64,21% referencia documentos del Ministerio de Salud, sin mencionar una guía o norma específica. La siguiente cita evidencia que la adopción puede ser parcial o total, priorizando siempre normativas y recomendaciones nacionales:

"La primera opción es la nacional, lo que tiene el ministerio publicado en adopción de guías. El segundo paso es validar con los especialistas si la guía definitivamente está totalmente

descontextualizada [...] entonces hacemos una búsqueda en asociaciones científicas básicamente con el apoyo de los mismos especialistas". (Entrevista 9, Medellín - Antioquia).

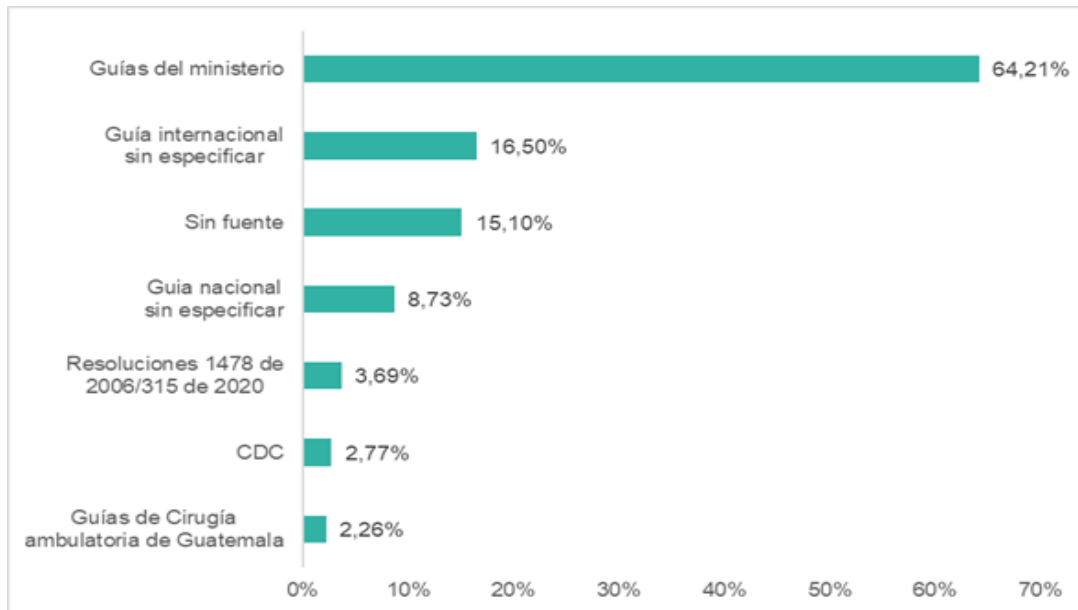
La mención de guías internacionales no específicas, ocupan el segundo lugar de frecuencias con un 16,50%. Aquí se encuentran menciones de guías como las distintas directrices de la OMS, guías de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) y directrices de la CDC sobre manejo de dolor en atención primaria. Un profesional expresa la preferencia a guías internacionales porque considera que las guías nacionales están desactualizadas:

"Adaptaciones de guías de prácticas clínicas internacionales, con apoyo de los médicos expertos y del centro de investigación, no recuerdo específicamente de cuales, pero tengo presente la CDC, las del ministerio, son muy viejas y por eso ya no las tenemos tan en cuenta". (Entrevista 15, Barranquilla - Atlántico).

En las menciones a guías nacionales (8,73%), aunque la mayoría se refiere de manera genérica a su origen, en algunos casos se identifican guías de asociaciones especializadas, como la Sociedad Colombiana de Anestesiología y la Sociedad Colombiana de Oftalmología, entre otras.

La normativa nacional, representada por las resoluciones 1478 de 2006 y 315 de 2020 sobre el control y manejo de medicamentos sometidos a fiscalización, así como por las resoluciones 1403 de 2007 y 3100 de 2019 en materia de habilitación de servicios de salud, fue mencionada con una frecuencia cercana al 3,69%. Asimismo, las guías del CDC (2,77%) y las guías de cirugía ambulatoria de Guatemala (2,26%) registraron una baja frecuencia de mención entre los entrevistados.

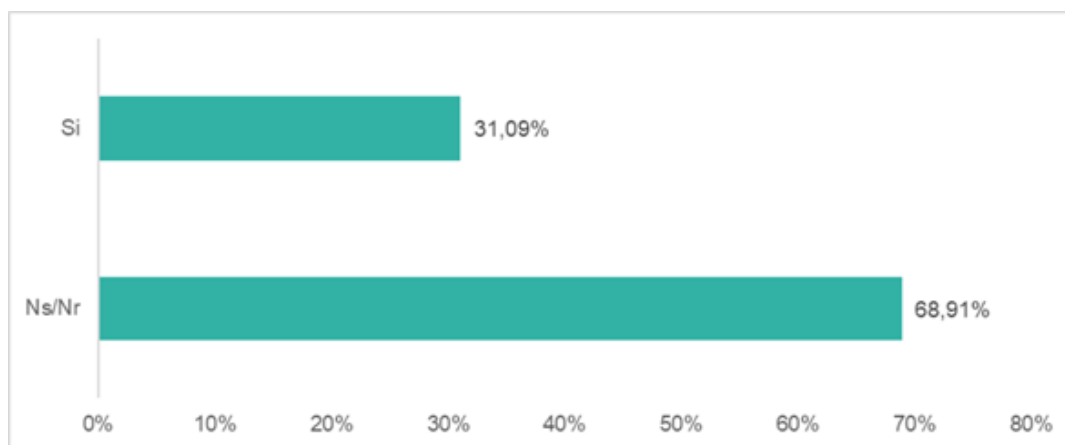
Gráfica 12. Fuente o referencia de Guías o lineamientos¹²



Fuente: Construcción propia.

A los participantes que manifestaron no contar con una fuente o referente de guías para el manejo de medicamentos opioides se les consultó si consideraban necesario disponer de algún documento de referencia. Como se observa en la Gráfica 13, el 31,09% respondió afirmativamente, mientras que ningún participante manifestó que dicho referente no fuera necesario. La categoría Ns/Nr concentró el 68,91% de las respuestas.

Gráfica 13. Necesidad de referente de guía nacional o internacional¹³



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 21. ¿Dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?

Como se puede observar en la Gráfica 14 en relación con la inclusión de indicadores de gestión específicos sobre el uso y manejo de medicamentos opioides, el 23,83% de los entrevistados indicó que sí se discriminan en su institución, mientras que el 72,12% manifestó que no, y un 4,05% de las respuestas correspondió a Ns/Nr/Na.

El análisis de las entrevistas evidenció que, en diversos casos, los indicadores de gestión implementados no están orientados específicamente al seguimiento de los medicamentos opioides, sino que corresponden a indicadores institucionales de carácter general para todos los medicamentos. En este sentido, un participante manifestó:

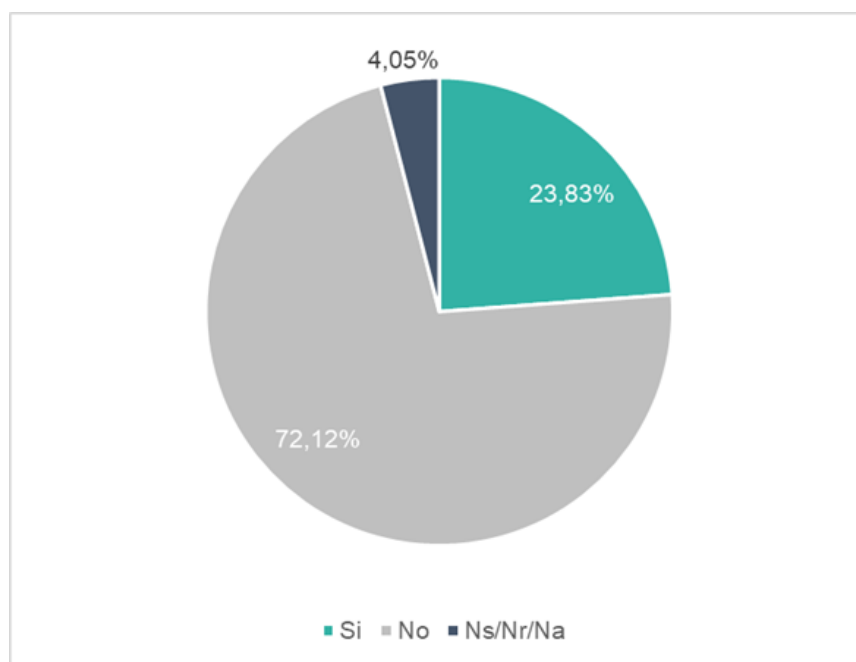
"No, es general para todos los medicamentos. Nosotros normalmente, desde farmacia, exigimos la evolución médica. Para solicitar el medicamento se exige la evolución médica del paciente, médico solicitante, y luego a fin de mes se hace un cálculo de la

utilización de tipo de medicamento". (Entrevista 100, Barrancabermeja - Santander).

De manera similar, otro entrevistado señaló:

"No, específico de opioides que se monitoricen desde gestión de calidad, no. Sí hay unos específicos del servicio que ya lo saca por consumo y que se tienen que llevar para reporte de la UES, de manejo de medicamentos de control especial. Pero desde el sistema de gestión de calidad se tienen los indicadores, por ejemplo, administración segura de medicamentos, si ocurre algún evento adverso asociado a la administración, pero es de manera general". (Entrevista 121, Cali - Valle del Cauca).

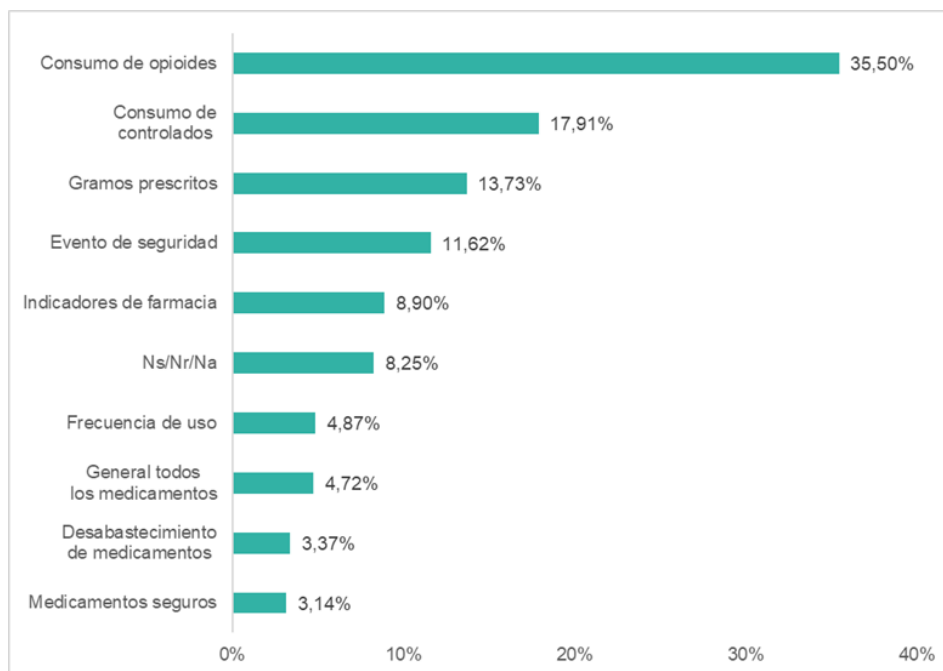
Gráfica 14. Discriminación de uso de indicadores de medicamentos opioides en las IPS¹⁴



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 15, entre las instituciones que sí reportan indicadores los principales corresponden a: consumo de opioides (35,50%), seguido por consumo de medicamentos controlados en general (17,91%), gramos prescritos (13,73%), eventos de seguridad (11,62%) e indicadores de farmacia (8,90%). En menor proporción se incluyeron: frecuencia de uso (4,87%), en general todos los medicamentos (4,72%), desabastecimiento de medicamentos (3,37%) y medicamentos seguros (3,14%). Un 8,25% de las respuestas se clasificó en la categoría Ns/Nr/NA.

Gráfica 15. Indicadores reportados por las IPS¹⁵



Fuente: Construcción propia.

Como se puede evidenciar en la Gráfica 16, al indagar por la necesidad de contar con indicadores exclusivos para medicamentos opioides, el 53,81% consideró que sí es necesario incluir indicadores específicos sobre opioides, mientras que el 19,67% respondió negativamente. En la categoría Ns/Nr/Na se situó el 26,52% de las respuestas.

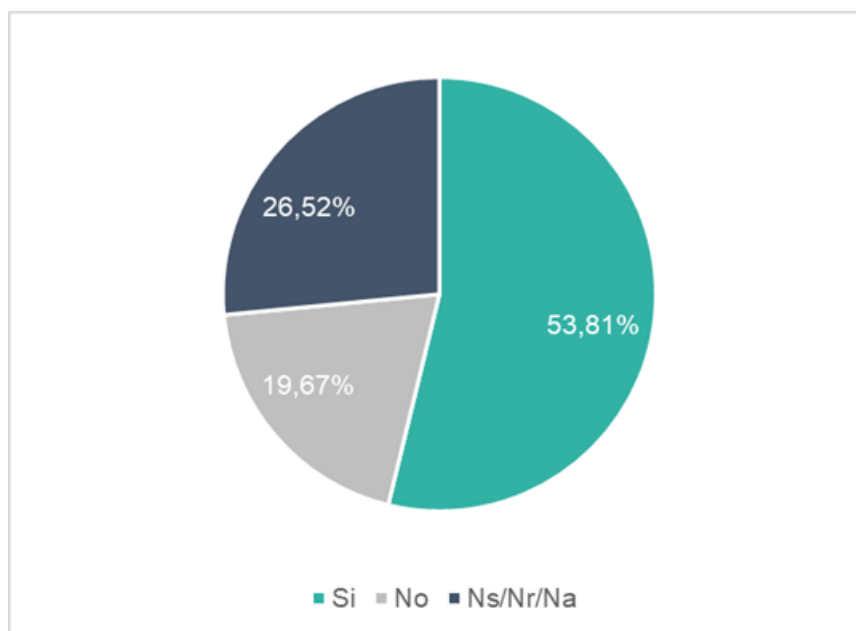
Entre quienes apoyaron su inclusión, se argumentó la importancia de contar con líneas de base y procesos de seguimiento:

"Sí, creería que con el contexto nacional y con lo que nos comentabas ahorita y con lo que hemos visto, pues, del aumento del consumo y demás, sería importante nosotros empezar a generar una línea de base, ¿cierto? Porque nosotros controlamos, hacemos seguimiento y controlamos los medicamentos, los consumos, de lo que es como trazador y por la morbilidad que tenemos". (Entrevista 6, Medellín - Antioquia).

Otro participante comentó:

"Sí, yo consideraría que, dentro del programa de dolor, nosotros somos un programa muy bonito de dolor y cuidado paliativo, tenemos obviamente nuestra enfermera al programa, están los pacientes con código lila, está toda la asistencia. Yo sí consideraría que aparte de los indicadores normativos que se puedan llegar a tener, sí se debe considerar esa parte de cuántos medicamentos, las adherencias de los pacientes a estos tratamientos, cuántos me han fallado, a cuántos pacientes se les ha tenido que cambiar la formulación y eso me generaría a mí como una caracterización poblacional". (Entrevista 128, Cartago - Valle del Cauca).

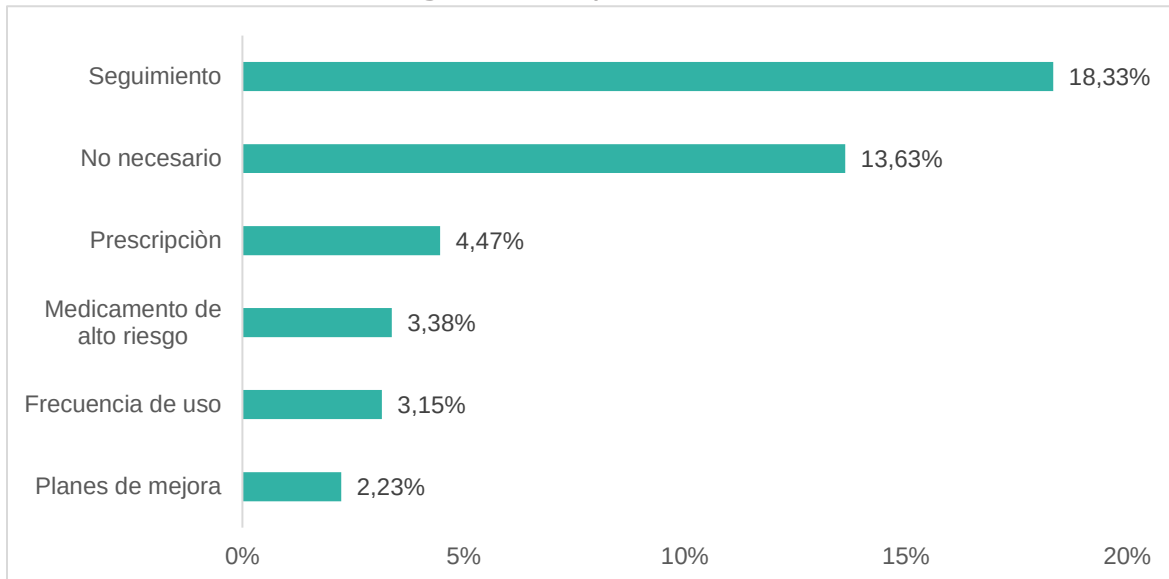
Gráfica 16. Necesidad de contar con indicadores específicos para opioides¹⁶



Fuente: Construcción propia.

Según la Gráfica 17, entre los entrevistados que consideraron innecesario establecer indicadores específicos para medicamentos opioides, el 18,33% manifestó que el seguimiento se realiza mediante indicadores generales; el 13,63% indicó que no considera pertinente diferenciarlos; y el porcentaje restante señaló que los indicadores vigentes ya contemplan aspectos como la prescripción (4,47%), el seguimiento de medicamentos de alto riesgo (3,38%), la frecuencia de uso (3,15%) y los planes de mejora (2,23%).

Gráfica 17. Argumentos para no usar indicadores¹⁷



Fuente: Construcción propia.

En los testimonios, se refirió que hasta el momento no se ha identificado la necesidad de indicadores específicos en este ámbito:

"No, pues hasta el momento no sé a qué requerir. Digamos que precisamente en el proceso del sistema de gestión de calidad, pues indica que cualquier proceso de calidad surge a partir de las necesidades de cada servicio y hasta el momento, pues, no surge una necesidad o no se ha identificado una necesidad específica en ese tipo de mediciones". (Entrevista 24, Bogotá).

Otros participantes reconocieron que, si bien no lo habían considerado previamente, al reflexionar sobre la importancia del tema, sí podría ser pertinente:

"Sí, pues créame que hasta este momento no lo había considerado, pero al pensar en todo el efecto, la relevancia de estos medicamentos pensaría que sí. Y más también por el uso que le

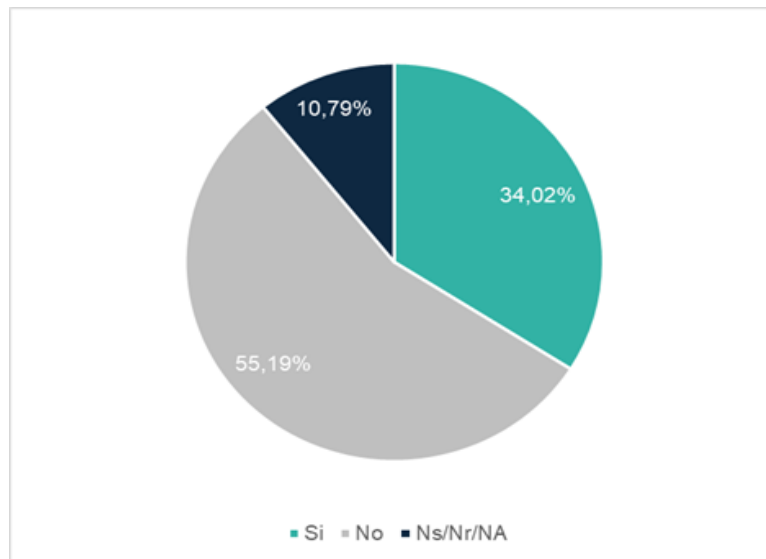
damos nosotros en el servicio quirúrgico, que es un uso muy frecuente”. (Entrevista 105, Sincelejo - Sucre).

Pregunta 24: ¿La institución cuenta con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?

El objetivo de esta pregunta fue establecer si la institución contaba con programas de seguimiento (o realiza algún seguimiento) a los pacientes tratados con medicamentos opioides. Como se evidencia en la Gráfica 18, 55,19% de los entrevistados manifestó no contar con programas de seguimiento y el 34,02% indicó que si realiza este tipo de seguimientos a los pacientes. La categoría Ns/Nr/NA representó el 10,79% de las respuestas.

Sin embargo, a pesar de que algunas de las personas entrevistadas manifestaron no realizar el seguimiento a los tratamientos específicamente, reconocieron que si son realizados seguimientos a la evolución de las patologías o motivo de internación del paciente por parte del médico tratante. En tal sentido, los casos de pacientes oncológicos, de cuidados paliativos o con manifestaciones de dolor crónico, entre otros, eran evaluados en los comités médicos programados en las instituciones, sin dejar de lado los tratamientos aplicados, incluyendo el uso de medicamentos opioides.

Gráfica 18. Porcentaje de entrevistados que indicaron contar, o no, con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides¹⁸



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 24.1. Si realiza seguimiento, ¿Podría indicar cuál es el programa o tipo de seguimiento realizado?

Para las respuestas afirmativas de la pregunta 24, se indagó cual era el programa utilizado para realizar el seguimiento. El objetivo de la pregunta 24.1 fue identificar el tipo de seguimiento realizado o si la institución tenía implementado algún programa para realizar el seguimiento del paciente tratado con medicamentos opioides.

Como se evidencia en la Gráfica 19, el seguimiento farmacoterapéutico (52,17%) ocupó el primer lugar dentro del seguimiento realizado a los pacientes tratados con medicamentos opioides. De modo general, las personas entrevistadas reconocen que el seguimiento farmacoterapéutico es la mejor forma de realizar monitoreo de los pacientes tratados y que no es necesario tener seguimientos adicionales por el tipo de medicamento administrado. Adicionalmente, manifestaron que el

profesional responsable de este seguimiento es el químico farmacéutico, quien algunas veces está acompañado de un profesional de epidemiología:

"A través del programa de seguimiento farmacoterapéutico, se hace seguimiento a pacientes que tienen el uso de medicamentos de interés como por ejemplo estos [...] lo lidera uno de los químicos farmacéuticos, ellos revisan las formulaciones y hacen seguimiento desde la fase de prescripción para avalar que las dosis estén correctas. Cuando se identifican pacientes que van a continuar este manejo a nivel ambulatorio, ellos también se encargan de brindar la educación respectiva para que el usuario identifique qué puede sentir, cuándo debería acudir, algún signo de alarma o hecho". (Entrevista 41, Duitama- Boyacá).

Los Programas de dolor y cuidado paliativo (31,07%) ocuparon el segundo lugar como programas de seguimiento, siendo bastante específicos debido al tipo de medicamentos utilizados en tratamientos de quimioterapia para patologías específicas o para el manejo y control del dolor. Los entrevistados reconocieron que en este tipo de programas son utilizados una amplia variedad de medicamentos opioides y por lo tanto es necesario realizar seguimientos estrictos.

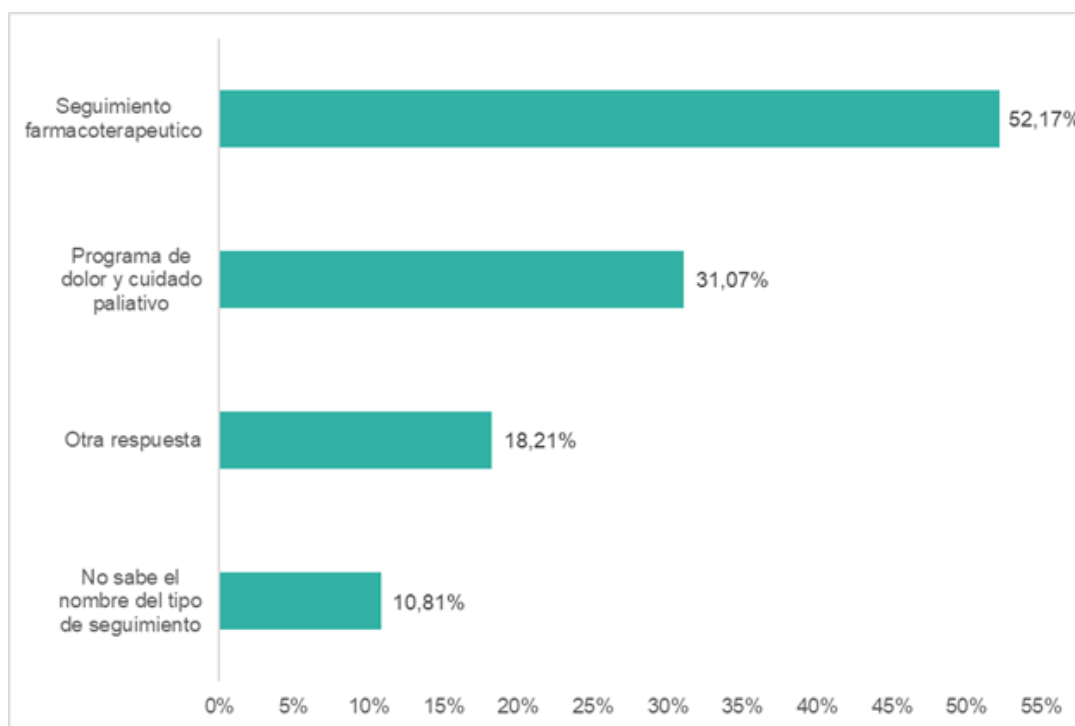
"Desde el programa de cuidados paliativos hacemos dosis de rescate o reajuste. Es un mecanismo que utilizamos para lograr hacer el manejo de la escala y garantizar que realmente la dosis, la cantidad y la frecuencia que estamos administrando sea la adecuada de acuerdo a la condición clínico patológica del paciente". (Entrevista 38, Cartagena - Bolívar).

"Durante todo el programa se le hace seguimiento desde el ingreso del programa. Se manejan también unos indicadores que son del programa de cuidados paliativos, que son en base al manejo del dolor, estado de la calidad de vida del paciente desde el momento

que ingresa, a medida que va transcurriendo el tiempo”. (Entrevista 37, Cartagena – Bolívar).

Finalmente, en menor proporción, el 18,21% de los entrevistados mencionó otras modalidades de seguimiento, mientras que el 10,81% indicó no conocer el nombre del tipo de seguimiento realizado.

Gráfica 19. Tipos de programas o seguimientos realizados a los pacientes tratados con medicamentos opioides¹⁹



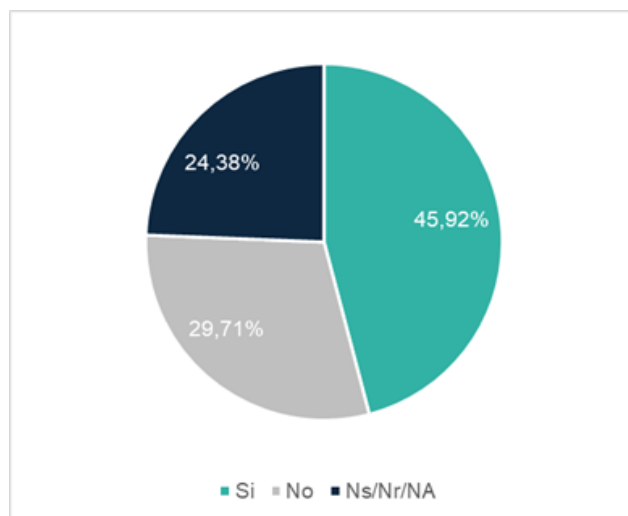
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 24.2. Si no realiza seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides, ¿Considera que hace falta?

Para las respuestas negativas de la pregunta 24, se consultó al entrevistado sobre la necesidad de este tipo de programa o del seguimiento para el paciente tratado con medicamentos opioides. El objetivo de la pregunta 24.2 fue establecer la opinión del entrevistado sobre la necesidad de un seguimiento o programa de para pacientes tratados con medicamentos opioides, a pesar de no tener un programa o de realizar el seguimiento.

De acuerdo con la Gráfica 20, se establece que un 45,92% considera que si hace falta este tipo de programa o seguimiento y un 29,71% no lo considera necesario. El 24,38% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr.

Gráfica 20. Opinión sobre la necesidad de un programa o seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides²⁰



Fuente: Construcción propia.

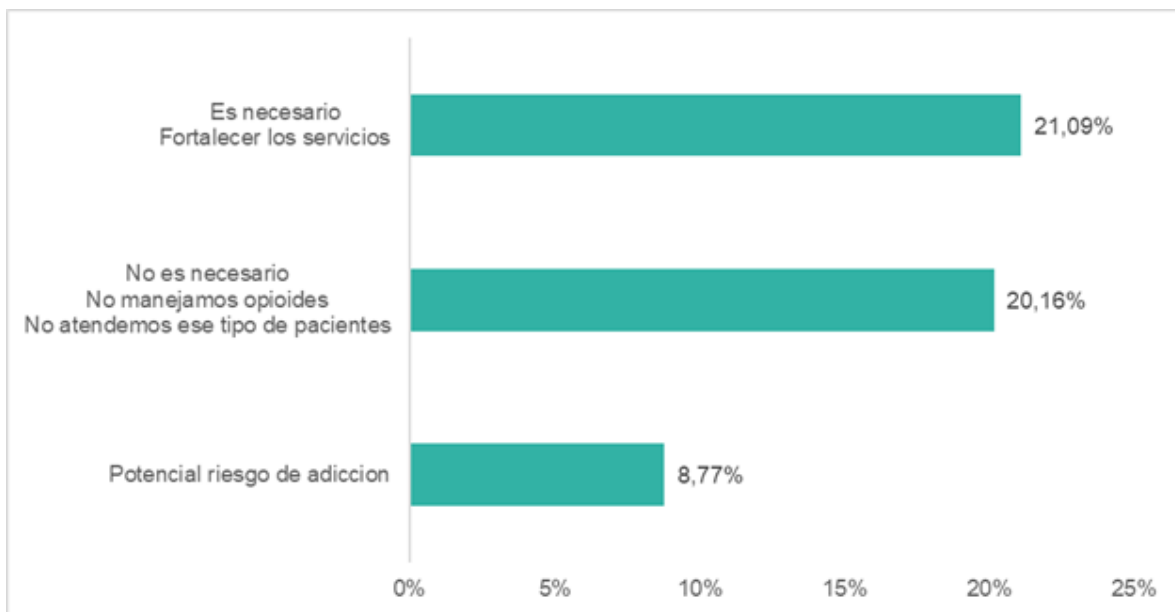
Algunos entrevistados expusieron sus argumentos sobre la necesidad de implementar programas de seguimiento en la institución (Gráfica 21). El 21,09% consideró que estos programas son necesarios, principalmente para fortalecer la atención y facilitar la identificación de pacientes con posible uso inadecuado de medicamentos opioides, tanto en el ámbito ambulatorio como en aquellos con estancias hospitalarias prolongadas, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), donde se requiere un monitoreo más estrecho de los tratamientos.

"Si, tenemos de hecho una de las debilidades con la que la institución tiene es el tema de los seguimientos por parte de farmacovigilancia que es quien debería estar a cargo de todos esos seguimientos, para captar en búsqueda activa como ha sido la adherencia de los que se van para su casa con medicamentos formulados a largo o mediano plazo, pero no se hace". (Entrevista 48, Florencia - Caquetá).

"Si, porque puede que muchos pacientes lleven mucho tiempo en UCI y tengan alguna complicación luego del uso de esos medicamentos". (Entrevista 35, Bogotá).

En contraste, el 20,16% de los entrevistados declaró que no era necesario contar con programas o seguimientos de pacientes tratados con medicamentos opioides, porque manejaban pocos o ningún medicamento opioide, no trataban ese tipo de pacientes, o porque el seguimiento era realizado directamente en el área de cirugía, donde eran utilizados estos medicamentos. Finalmente, el 8,77% de los participantes consideró la necesidad de programas de seguimiento por el potencial riesgo de adicción de los medicamentos opioides.

Gráfica 21. Argumentos presentados como justificación para la necesidad, o no, de contar con programas o seguimiento de pacientes tratados con medicamentos opioides²¹

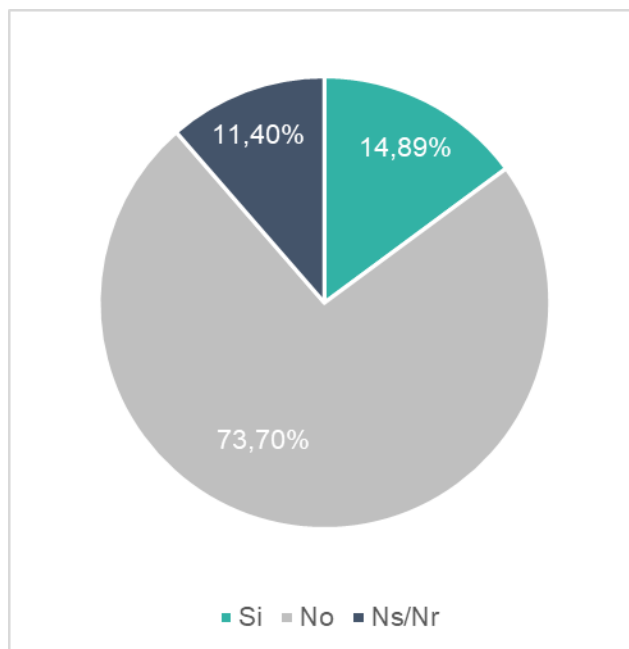


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 26. Herramientas de la institución para identificar el trastorno por consumo de medicamentos opioides en pacientes

Esta pregunta tuvo como propósito identificar la disponibilidad de herramientas institucionales para la detección del trastorno por consumo de medicamentos opioides en pacientes, así como el nivel de conocimiento de estas por parte del personal del área de calidad. Los resultados, presentados en la Gráfica 22, muestran que el 73,70% de los entrevistados indicó que su institución no dispone de herramientas para identificar este tipo de consumo, mientras que el 14,89% reconoció la existencia de al menos una herramienta destinada a su detección. El 11,40% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 22. Identificación de herramientas aplicadas en la institución para la detención del trastorno por consumo de medicamentos opioides en pacientes²²



Fuente: Construcción propia.

Como se muestra en la Gráfica 23, entre los entrevistados que reportaron la existencia de herramientas para la detección del trastorno por consumo de medicamentos opioides, la estrategia más frecuentemente mencionada fue la interconsulta con especialistas en dolor (21,97%), seguida de la aplicación de escalas (19,13%) y la identificación de pacientes reconsultantes (16,07%). En menor proporción, se reportó el seguimiento farmacoterapéutico (14,19%), el control de los días de tratamiento (11,04%), el seguimiento al uso crónico (10,04%) y la valoración por el servicio de toxicología (7,55%).

Se encuentra que los entrevistados de las áreas de calidad relacionan el trastorno por consumo de opioides directamente a los pacientes con diagnósticos de dolor, como se evidencia en las siguientes respuestas:

"Tenemos unos médicos formados en paliación y en medicina del dolor que apoyan en todo el tema de reajuste. Inmediatamente un profesional identifica que el medicamento no está haciendo el rango terapéutico o el cubrimiento durante el tiempo de administración entre dosis y dosis se activa una alerta, se hace una visita médica, se hace el reajuste o la enfermera aplica una dosis de rescate mientras llega el médico. Adicionalmente a eso, los médicos generales que están atendiendo pacientes con opioides pueden hacer una consulta directa a nuestro médico del dolor". (Entrevista 38, Cartagena - Bolívar).

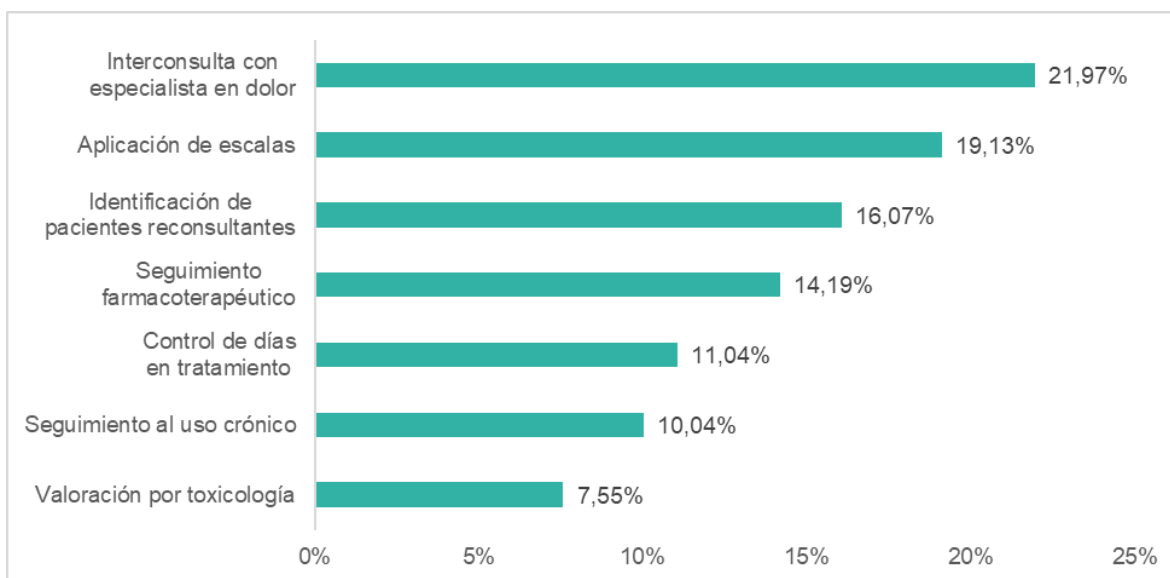
En otro caso, se evidencia que cuentan con herramientas para la identificación del trastorno por consumo realizadas específicamente por especialistas en dolor:

"Nosotros sí tenemos listas de chequeado y las aplicamos, pero eso se las aplica directamente la médica especialista en dolor y cuidado paliativo". (Entrevista 98, Pereira - Risaralda).

Algunos entrevistados señalaron que el seguimiento farmacoterapéutico constituye la principal estrategia para identificar pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides y describieron las herramientas utilizadas para este fin:

"El servicio farmacéutico tiene los consumos, o sea, a través de la historia clínica que manejamos acá se puede visualizar como dosis máximas, mínimas, el sistema me genera alerta frente al ordenamiento de esas dosis mayores. Este seguimiento es de manera integral, porque obviamente quien hace el ordenamiento es el médico. Entonces desde ahí se genera el control, si el sistema de alguna manera se lo permite, enfermería, quien hace la validación también alerta y ya llega el químico farmacéutico que es quien dispensa, entonces ya vamos teniendo como diferentes controles a lo largo de la cadena". (Entrevista 21, Puerto Colombia - Atlántico).

Gráfica 23. Herramientas para la detección de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides²³



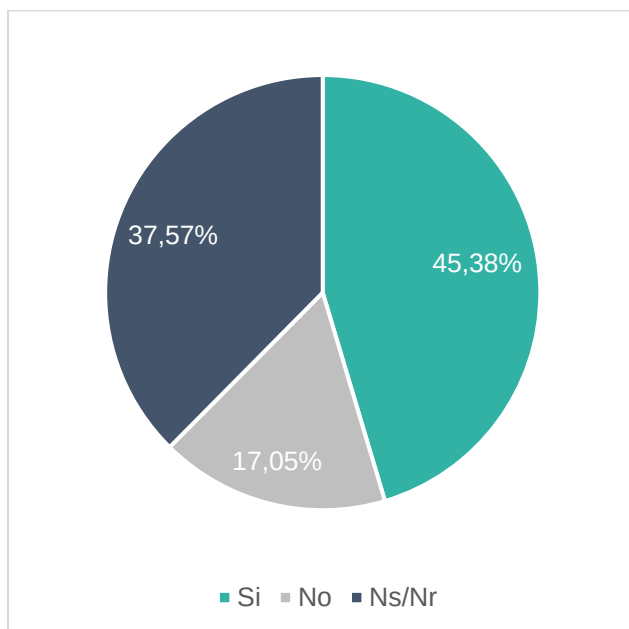
Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que indicaron que su institución no dispone de herramientas para la identificación del trastorno por consumo de medicamentos opioides se les consultó si consideraban necesaria la implementación de estrategias orientadas a la detección de estos casos. Como se muestra en la Gráfica 24, el 45,38% manifestó que sí existe la necesidad de incorporar este tipo de herramientas, mientras que el 17,05% consideró que no son necesarias. Por su parte, el 37,57% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Entre los argumentos expuestos por los entrevistados que consideraron innecesaria la implementación de este tipo de herramientas, predominaron aquellos relacionados con las características y el nivel de complejidad de la atención prestada por la institución. Al respecto, uno de los participantes señaló:

“Pues aquí como la mayoría de los pacientitos que llegan son para unidades de cuidados intensivos que van a estar entubados o saliendo de esa etapa que son los que están en cuidados intermedios, pues ya quien tendría que llevar ese seguimiento de si es dependiente de algún medicamento opioide sería el área de consulta externa hospitalización. Porque por lo menos acá va a estar sedado todo el tiempo, entonces pues va a estar a la necesidad de su patología o de lo que estipule el especialista para el tratamiento de su patología”. (Entrevista 50, Yopal - Casanare).

Gráfica 24. Falta de herramientas de identificación del trastorno por consumo de medicamentos opioides²⁴



Fuente: Construcción propia.

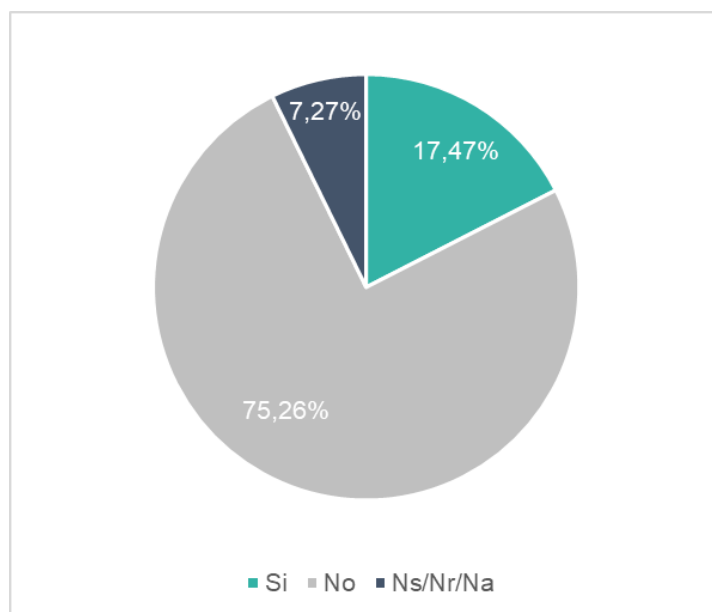
Pregunta 27. ¿La institución cuenta con una matriz de riesgo que permita evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides?

Como se observa en la Gráfica 25, el 17,47% de los entrevistados respondió afirmativamente y el 75,26% indicó no contar con dicha herramienta. En la categoría Ns/Nr/Na se agrupó el 7,27% de las respuestas. Se evidenció que la mayoría de las matrices descritas no son específicas para medicamentos opioides, sino de carácter general o enfocadas a medicamentos controlados o a la administración de medicamentos en general.

Algunas respuestas cualitativas reflejan la ausencia de un instrumento específico y las razones para no desarrollarlo. Por ejemplo, un participante señaló:

"No, específico de opioides no, pero sí tenemos una lista de chequeo que se aplica para lo que decía vigilancia activa del uso seguro de medicamentos general, pues es que irnos a lo específico en opioides pues luego tendríamos que hacerla mal. Pienso que debe incorporarse, pero no hacerse exclusivo, como pasa con el consentimiento informado". (Entrevista 43, Sogamoso - Boyacá).

Gráfica 25. IPS que cuentan con matriz de riesgo asociadas al uso de medicamentos²⁵



Fuente: Construcción propia.

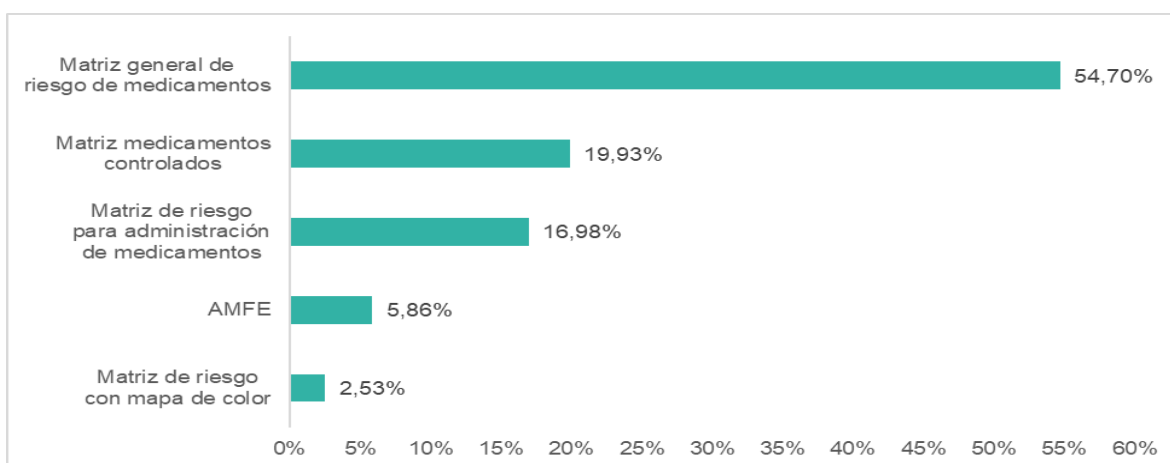
Se solicitó a los entrevistados cuando la respuesta fue afirmativa que explicaran cuales matrices se manejaban en la IPS. De los entrevistados que respondieron afirmativamente, el 54,70% reportó utilizar una matriz general de riesgo de medicamentos, el 19,93% una matriz de medicamentos controlados, el 16,98% una matriz de riesgo para la administración de medicamentos, el 5,86% mencionó la metodología AMFE y el 2,53% una matriz de riesgo con mapa de color. Ninguna de estas fue descrita como específica para medicamentos opioides (Gráfica 26).

Un entrevistado describió la implementación de matrices generales en el contexto de fortalecimiento institucional:

"No, estamos empezando. Ya tenemos distribuidos los procesos. Ahora ya quieren dar inicio al enfoque de procesos para que sea mejor la articulación. Hemos identificado cositas que de pronto

pueden ocurrir en otras sedes, en otros centros de salud. Lo asumimos como un riesgo, no quiero decir que esté ocurriendo, pero ya vamos identificando una posibilidad". (Entrevista 1, Leticia - Amazonas).

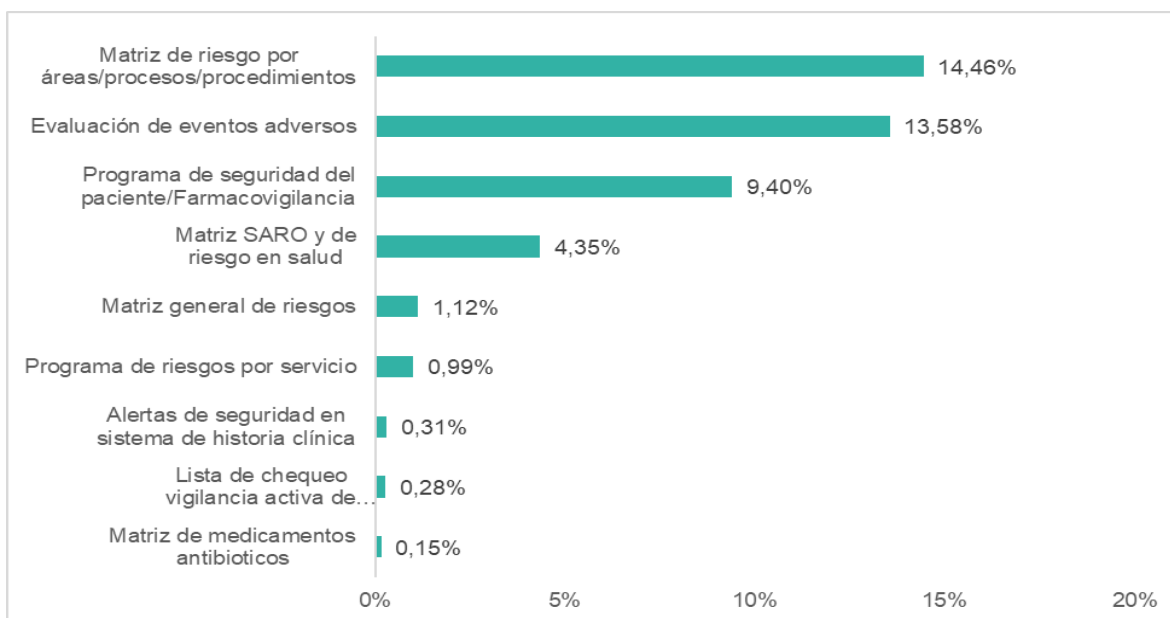
Gráfica 26. Tipos de matrices implementadas en las IPS²⁶



Fuente: Construcción propia.

En la Gráfica 27 se puede observar que se identificaron otros instrumentos y actividades que, aunque fueron mencionados en las entrevistas, no corresponden estrictamente a matrices de riesgo para el manejo de medicamentos. Entre ellos se incluyen: matriz de riesgo por áreas/procesos/procedimientos (14,46%), evaluación de eventos adversos (13,58%), programas de seguridad del paciente/farmacovigilancia (9,40%), matriz SARO y de riesgo en salud (4,35%), matriz general de riesgos (1,12%), programas de riesgos por servicio (0,99%), así como herramientas menos frecuentes como alertas de seguridad en historia clínica (0,31%), listas de chequeo de vigilancia activa (0,28%) y matrices de medicamentos antibióticos (0,15%).

Gráfica 27. Tipos de instrumentos implementados en las IPS que no corresponden a matrices de riesgo²⁷



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 28, entre los entrevistados que indicaron que su institución no dispone de matrices de riesgo, el 30,78% consideró necesaria la implementación de esta herramienta, mientras que el 11,30% manifestó que no era pertinente incorporarla. El 20,14% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/NA.

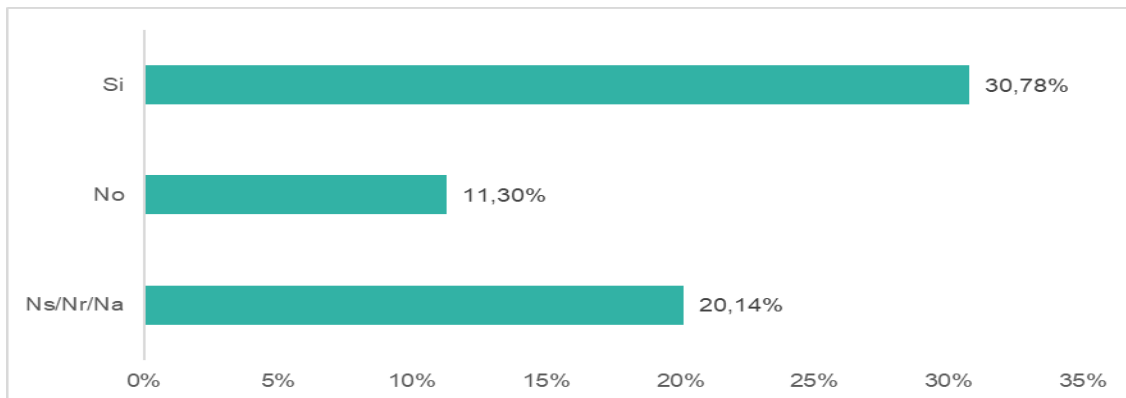
En las entrevistas, los participantes coincidieron en que los riesgos asociados al uso de medicamentos opioides deberían incluirse en las matrices institucionales de riesgo existentes y no en un instrumento exclusivo para estos medicamentos. Al respecto, un entrevistado señaló:

"No, hay que incluirlos dentro de la matriz, pero no hacer una específica para opioides". (Entrevista 99, San Andrés).

Otros resaltaron la importancia de considerar el contexto social y epidemiológico al decidir sobre estos instrumentos:

"Sí, porque en el entorno donde se encuentra La María no podemos tapar el sol con un dedo de que no hay problemas de psicotricción, sobre todo en esta parte". (Entrevista 8, Medellín - Antioquia).

Gráfica 28. Necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS²⁸



Fuente: Construcción propia.

Notas Metodológicas

- ¹ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ² Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ³ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.
- ⁴ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.
- ⁵ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ⁶ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ⁷ Todas las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos. Se marcaron códigos según las menciones a diferentes servicios médicos mencionados por manejar un alto volumen de medicamentos opioides.
- ⁸ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron marcadas un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta sobre si tenían guías de práctica clínica, procedimientos o manuales establecidos sobre manejo de medicamentos opioides.
- ⁹ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C18A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía que relacionaron contener en la institución agrupadas en categorías específicas. Las respuestas pueden tener más de un código.
- ¹⁰ Nota metodológica: Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C18A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener guías de práctica clínica, procedimientos o manuales establecidos sobre manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.
- ¹¹ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron marcadas con algún código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron la existencia, adopción o referencia a guías, lineamientos o manuales nacionales o internacionales relacionados con el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.
- ¹² Nota Metodológica: Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. La codificación se realizó con base en el origen de los lineamientos mencionados como adoptados por la institución, ya fueran de fuente nacional, internacional, adicionalmente se marcaron las respuestas con el nombre específico de la guía a quienes lo expresaban particularmente. Igualmente se codificó respuestas con el código "Sin Fuente" a las respuestas que en C19A expresaron una respuesta positiva pero en C19.1A no había respuesta. Las respuestas se marcaron con uno o varios códigos.
- ¹³ Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C19A) fue negativa. Se marcaron los códigos Si, No, Ns/Nr frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.
- ¹⁴ Todas las respuestas fueron marcadas con algún código y solo con un código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de la respuesta sobre si tenían indicadores sobre manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.
- ¹⁵ Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue afirmativa. Se codificó según el indicador o indicadores que relacionaron contener en la institución. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.
- ¹⁶ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener un indicador de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.
- ¹⁷ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue negativa. Se marcaron códigos según las menciones de tipos de indicadores que se deberían tener en cuenta. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.
- ¹⁸ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr) dependiendo del sentido de la respuesta a si La institución cuenta con programas de seguimiento pacientes tratados con medicamentos opioides.
- ¹⁹ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C24A) fue positiva. Se marcaron códigos según las menciones de programa o seguimiento a pacientes tratados con opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuestas registradas como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta, "No sabe el nombre del tipo de seguimiento": el entrevistado reconoce la existencia de un

programa o seguimiento, sin embargo, no sabe el nombre exacto del programa. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.

²⁰ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C24A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuesta registrada como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un código.

²¹ Se marcaron solo las respuestas en entrevista con argumentos de forma complementaria sobre la necesidad o no, de contar con estos programas de seguimiento en la institución.

²² Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron uso de herramientas para la identificación del trastorno por consumo de opioides.

²³ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue positiva. Se marcaron códigos según las menciones de tipos de herramientas usadas para identificar el trastorno por consumo de opioides. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.

²⁴ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener herramientas que permitan dilucidar que el paciente está llegando a un punto de trastorno por consumo de medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuesta registrada como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un solo código.

²⁵ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron que su institución cuenta o no con una matriz de riesgo que permita evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides.

²⁶ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C27A) fue positiva. Se enlistaron las matrices de riesgo que podían estar asociadas con manejo de medicamentos. Todas las demás respuestas fueron codificadas como Ns/Nr/Na. Las respuestas se marcaron con uno o varios códigos.

²⁷ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener matrices de riesgo que permitan evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" la respuesta registrada como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un solo código.

²⁸ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo de la necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS

Anexo 2

Análisis entrevista personal del servicio farmacéutico

Tabla de contenido

Nota aclaratoria sobre selección de preguntas	11
Sección 1: Información general	11
Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?.....	11
Preguntas 3 y 4. Edad y sexo biológico del entrevistado.....	12
Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo?13	
Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?	14
Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional en servicios farmacéuticos posee?	16
Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional en la institución?	17
Sección 2: Conocimiento y adquisición de los medicamentos opioides. 18	
Pregunta 13. ¿Qué medicamentos opioides maneja la institución y cuáles son sus presentaciones?.....	18
Pregunta 16. ¿Podría por favor describir el procedimiento para la adquisición de medicamentos opioides en la institución?	19
Pregunta 17. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?.....	24
Pregunta 18. ¿La institución cuenta con algún protocolo o lineamiento para la gestión de dificultades logísticas en el acceso a medicamentos opioides?	28
Pregunta 19: ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?	33
Pregunta 20. ¿Las presentaciones de medicamentos opioides existentes en Colombia son las adecuadas y/o necesarias para la práctica clínica?	36
Sección 3: Prescripción, dispensación y farmacovigilancia.....	41



Pregunta 22. ¿En la institución se han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides?	41
Pregunta 23. ¿Podría indicar en que situaciones se evidencian más errores de prescripción?	44
Pregunta 24. ¿En la institución los médicos diligencian de manera correcta el recetario oficial para la prescripción de los medicamentos opioides que sean de control especial?	45
Pregunta 26. ¿Llevan a cabo seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes con medicamentos opioides?	50
Pregunta 27. ¿En la institución se cuenta con programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros?	54
Pregunta 27.1. ¿Considera que hace falta?	56
Pregunta 28. ¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?	58
Pregunta 30. ¿En la institución se han presentado perdidas de medicamentos opioides?	62
Pregunta 31. ¿La institución cuenta con un protocolo/Procedimiento que indique como proceder en estos casos o usted como procede en estos casos?	64
Sección 4: Lineamientos o guías	67
Pregunta 32. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos, manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?	67
Pregunta 33. ¿Qué lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?	72

Pregunta 34. ¿Dentro los indicadores de gestión definidos en la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?.....	75
Pregunta 34.1. ¿Podría aclarar cuál es el indicador de gestión utilizado para el uso y manejo de medicamentos opioides?	77
Pregunta 34.2. Al no discriminar los indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides ¿Considera que hace falta?.....	80
Sección 5: Medicamento y central de mezclas	84
Pregunta 37. ¿La institución cuentan con un lugar habilitado para la adecuación de medicamentos en dosis unitarias, certificado en BPE “central de mezclas?	84
Pregunta 38. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?..	90
Pregunta 39. En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación? (Por ejemplo, solicitar recetario oficial a todos los medicamentos opioides).	93
Pregunta 40. ¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?.....	96
Pregunta 42. La METADONA solución oral 10mg/mL frasco por 120 mL está indicado para el tratamiento de desintoxicación de la adicción a los opioides (heroína u otros fármacos similares a la morfina), este medicamento debe ser diluido antes de su administración (1ml en 30 mL de agua) e inicio su comercialización a inicios del año 2024.	98
Pregunta 45. ¿Qué controles se ejercen en la institución en cuanto a la disposición final de medicamentos opioides, incluidos remanentes?	102
Sección 6: Educación o formación.....	105
Pregunta 46. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	105



Pregunta 47. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	109
Pregunta 48. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?	114
Pregunta 49. ¿En la institución se llevan a cabo capacitaciones respecto a la correcta prescripción de medicamentos, incluidos los de control especial?	119
Pregunta 49.1. ¿A qué profesionales van dirigidas estas capacitaciones? y ¿Cada cuánto realizan estas capacitaciones?	120
Pregunta 49.2. Si responde no, ¿Considera que hace falta?	123
Pregunta 50. ¿En la institución se realizan capacitaciones respecto al manejo de medicamentos opioides?	124
Sección 7: Percepción	126
Pregunta 51. Trastornos de uso de opioides en profesionales de la salud ¿Usted conoce algún caso de este tipo en la institución? ¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?	126

Tabla de gráficas

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.	13
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico.	13
Gráfica 3. Actividades laborales que describen los cargos del personal del servicio farmacéutico.....	14
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.....	15
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	16
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución.	17

Gráfica 7. Medicamentos opioides y sus presentaciones de acuerdo con inventario manejado por el servicio farmacéutico.	19
Gráfica 8. Tipos de medicamentos.	21
Gráfica 9. Tipos de proveedores.	23
Gráfica 10. Procedimientos de adquisición.	24
Gráfica 11. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?	26
Gráfica 12. Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides.	28
Gráfica 13. Existencia de protocolo de gestión de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides.	29
Gráfica 14. Expresiones más comunes acerca de la existencia de protocolo para manejo de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides.	31
Gráfica 15. ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?	34
Gráfica 16. ¿Cuáles medicamentos opioides cree que hacen falta en la institución?	35
Gráfica 17. Consideración sobre la adecuada presentación para las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones.	36
Gráfica 18. Argumentos sobre la falta de presentaciones adecuadas para suplir las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones.....	38
Gráfica 19. Presentaciones y/o principios activos que consideran los profesionales del servicio farmacéutico hacen falta en el mercado colombiano.	40
Gráfica 20. Percepción sobre la observación de errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución.	41

Gráfica 21. Tipos de errores más evidentes observados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.....	43
Gráfica 22. Tipos de errores más representativos evidenciados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.	44
Gráfica 23. Situaciones en las que se evidencian errores de prescripción.	45
Gráfica 24. Percepción del correcto diligenciamiento de Recetario Oficial.	46
Gráfica 25. Errores más representativos en el diligenciamiento del RO.	48
Gráfica 26. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con medicación de opioides.	50
Gráfica 27. Necesidad de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con opioides.	53
Gráfica 28. Disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones de salud.	56
Gráfica 29. Percepción sobre la necesidad de implementar programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura. ...	57
Gráfica 30. ¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?	60
Gráfica 31. ¿Podría indicar cuantos casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides se han presentado en la institución en el último trimestre?	62
Gráfica 32. Ocurrencia de pérdidas de medicamentos opioides.	63
Gráfica 33. Disponibilidad de protocolos para el manejo de pérdidas de medicamentos.	65
Gráfica 34. Protocolos aplicados.	66

Gráfica 35. Procedimientos aplicados en ausencia de protocolos. Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.	67
Gráfica 36. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.	68
Gráfica 37. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría.	70
Gráfica 38. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	71
Gráfica 39. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	72
Gráfica 40. Fuente o referencia de Guías o lineamientos.	73
Gráfica 41. Necesidad de referente nacional o internacional.	74
Gráfica 42. Uso de indicadores de Gestión definidos para el uso y manejo de medicamentos opioides en las instituciones.	75
Gráfica 43. Consideraciones del personal del servicio farmacéutico sobre la forma de discriminar la información para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	77
Gráfica 44. Indicadores de gestión utilizados para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	80
Gráfica 45. Consideración sobre la necesidad del uso de Indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	81
Gráfica 46. Razones por las cuales se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides. ..	82
Gráfica 47. Razones por las cuales No se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides. ..	84
Gráfica 48. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria.	85
Gráfica 49. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria.	86

Gráfica 50. Principios activos y tipos de adecuación realizados para las instituciones que cuentan con central de mezcla.	88
Gráfica 51. Formas de preparación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con central de mezcla, de acuerdo con los profesionales del servicio farmacéuticos.....	90
Gráfica 52. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides? ...	91
Gráfica 53. ¿Cómo llevan a cabo el proceso de aprovechamiento? ...	93
Gráfica 54. En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación?	96
Gráfica 55. ¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?	98
Gráfica 56. Percepción sobre metadona solución oral 1,2g/120mL.	100
Gráfica 57. Actividades más representativas en la disposición final de medicamentos opioides.	103
Gráfica 58. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	107
Gráfica 59. Razones por las cuales se considera suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	109
Gráfica 60. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	112
Gráfica 61. Razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	114
Gráfica 62. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides? ..	116

Gráfica 63. Actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides.	119
Gráfica 64. IPS en donde se llevan a cabo capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	120
Gráfica 65. Personal al que van dirigidas las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	121
Gráfica 66. Regularidad de las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	122
Gráfica 67. Personal de farmacia que considera o no que hace falta realizar capacitaciones en instituciones que no las realizan.	123
Gráfica 68. Realización de capacitaciones institucionales sobre el manejo de medicamentos opioides.	126
Gráfica 69. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones	127
Gráfica 70. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de farmacia.	128
Gráfica 71. Medicamentos opioides identificados por el personal de farmacia en el trastorno por consumo de opioides en profesionales de la salud.	129

Resultados Cualitativos

Nota aclaratoria sobre selección de preguntas

En el proceso de análisis cualitativo se aplicó un criterio de depuración metodológica que consistió en excluir algunas de las preguntas repetidas entre los tres formularios utilizados. Dichas preguntas fueron consolidadas en una única versión, seleccionada según el perfil del informante más pertinente para cada temática. Esta decisión responde a la necesidad de evitar redundancias, garantizar la coherencia del corpus y optimizar la comparabilidad de los hallazgos, manteniendo la relevancia analítica y la rigurosidad del estudio.

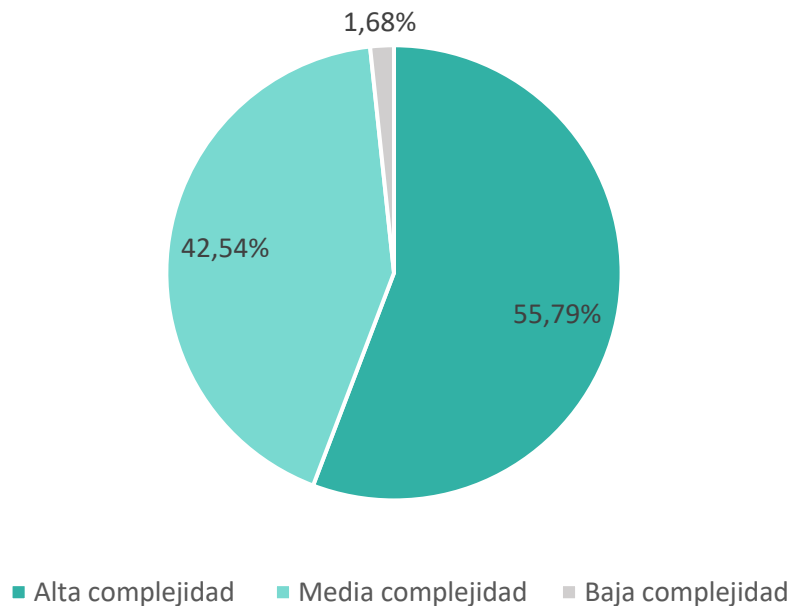
Por tal razón, se excluyeron de este informe las siguientes preguntas: 1, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 21, 25, 29, 35, 36, 41, 43, y 44.

Sección 1: Información general

Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?

Esta pregunta permite identificar el nivel de complejidad de las instituciones como parte importante de esta caracterización. Los resultados, como se muestra en la Gráfica 1, indican que un 55,79% corresponde a instituciones de tercer nivel (complejidad alta), el 42,54% a instituciones de segundo nivel (complejidad media) y un pequeño porcentaje, del 1,68%, corresponde a complejidad baja.

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones¹



Fuente: Construcción propia.

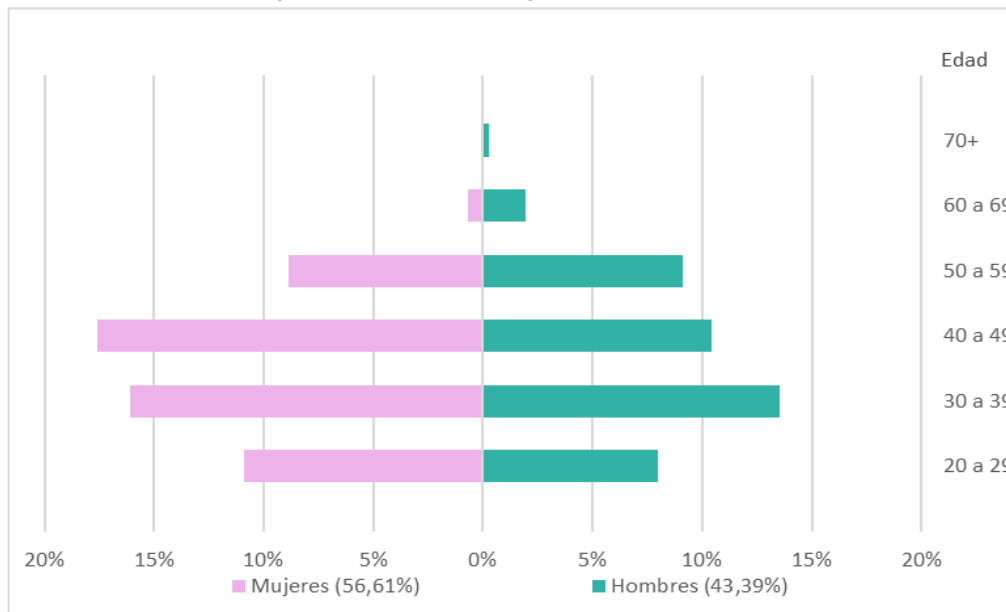
Preguntas 3 y 4. Edad y sexo biológico del entrevistado

La Gráfica 2 corresponde a la pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico, en la que se observa una distribución inclinada hacia las mujeres (56,61%) frente a los hombres (43,39%).

Por edades, el grupo más numeroso en la población es el rango de 30 a 39 años, rango en el que predominan las mujeres (16,06%) sobre los hombres (13,53%). El segundo grupo de edad más numeroso es el de 40 a 49 años (27,99%) con similar predominancia de mujeres (17,57%) sobre los hombres (10,43%). El grupo de edad mas joven, de 20 a 29 años (18,89%) es el tercero más numeroso, con similar tendencia por sexo (10,90% mujeres, 7,98% hombres). Los grupos de edad más avanzada, 50 a 59 años (17,94% total, 9,11% hombres, 8,84% mujeres) y de 60 a 69 años (2,60% total, 1,92% hombres, 0,68% mujeres), tienen predominancia de hombres. El rango de edad más avanzada, 70 y más,

es el grupo de edad menos numeroso y se compone exclusivamente de hombres (0,26%).

Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico²



Fuente: Construcción propia.

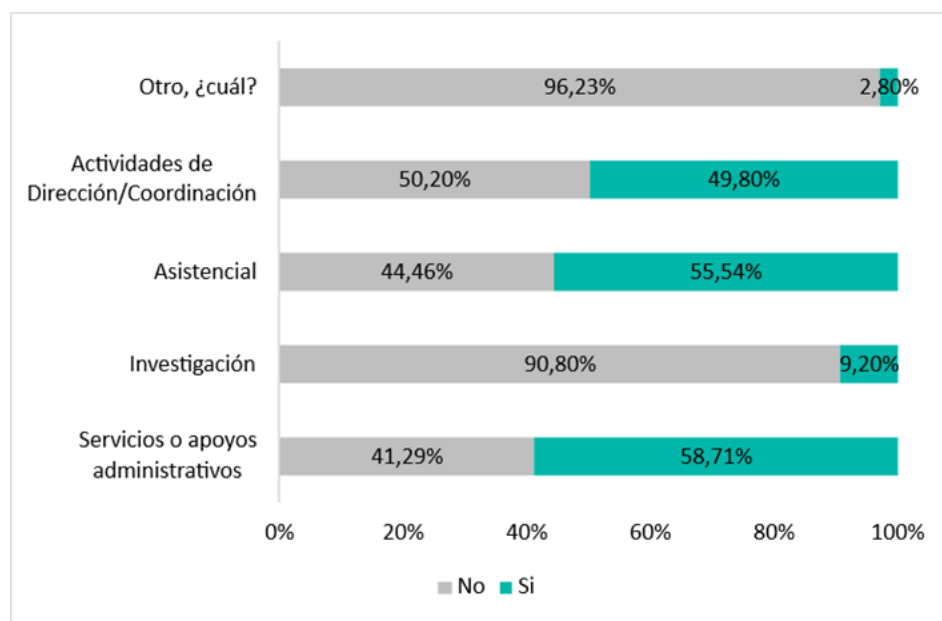
Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo?

Esta pregunta indaga sobre las actividades laborales (una o varias) que realiza el personal del servicio farmacéutico, cuyas cifras se presentan en la Gráfica 3. La categoría más frecuentemente mencionada, es la de Servicios o apoyos administrativos (58,71%), en segundo lugar, están las actividades Asistenciales (55,54%) y en tercer lugar las Actividades de Dirección/Coordinación (49,80%). Como categorías poco frecuentes están las que mencionan investigación (9,20%) y las menciones a otras actividades diferentes a las anteriores (2,80%).

Resumiendo las proporciones anteriores, se puede afirmar que el rol del personal farmacéutico en las IPS entrevistadas es predominantemente el

de apoyar las necesidades administrativas y de coordinación orientándose a la parte asistencial.

Gráfica 3. Actividades laborales que describen los cargos del personal del servicio farmacéutico³



Fuente: Construcción propia.

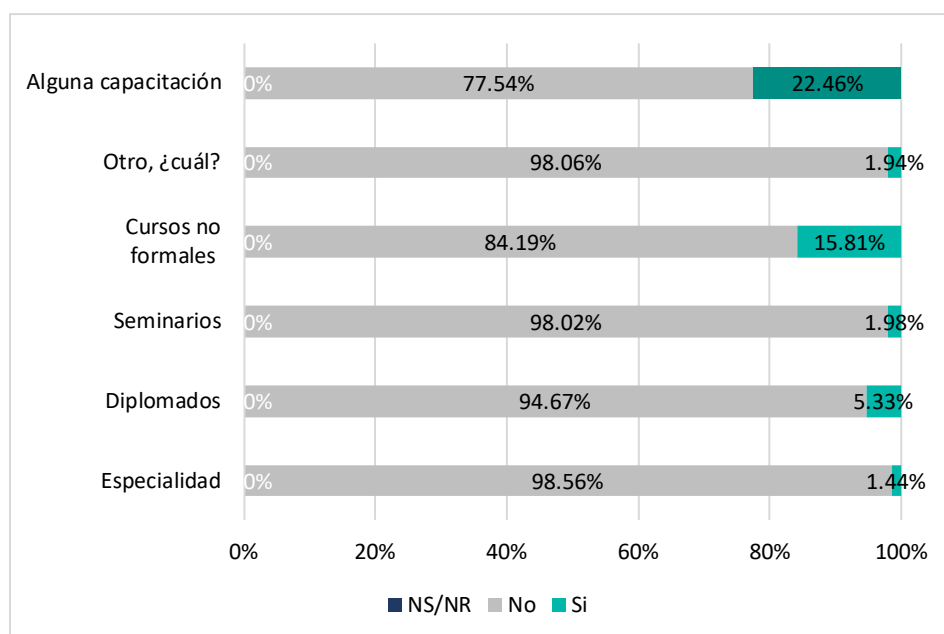
Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?

La formación sobre el manejo de medicamentos opioides es especialmente importante para el personal del servicio farmacéutico, ya que es el encargado del almacenamiento, control y dispensación de los medicamentos, entre otras funciones. En la Gráfica 4, se observa que solo un grupo minoritario, del 22,46%, manifiesta haber recibido algún tipo de capacitación específica en medicamentos opioides.

Entre los tipos de capacitación, las categorías más frecuentemente mencionadas fueron las de los Cursos no formales (15,81%) y, en segundo lugar, los Diplomados (5,33%). Con frecuencias muy bajas aparecen los seminarios (1,98%), las especialidades (1,44%), y una categoría que abarca variedad de otras descripciones (1,94%) como, por ejemplo, charlas más o menos informales o el estudio individual por cuenta propia.

Las cifras sugieren que hay espacios de mejora, tanto en la cobertura de capacitaciones específicas en opioides para el personal de servicio farmacéutico, como en la calidad o formalidad de estas, pues predominan iniciativas no tan estructuradas o sistemáticas como son los cursos no formales.

Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides⁴

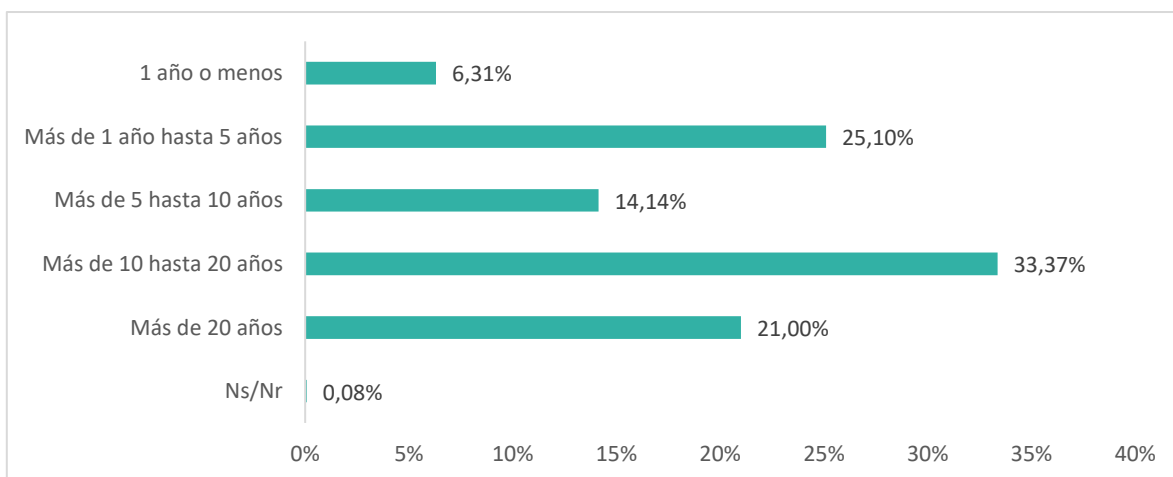


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional en servicios farmacéuticos posee?

La distribución del tiempo de experiencia profesional en servicios farmacéuticos se representa en la Gráfica 5, donde se observa que la mayor proporción de estos trabajadores se concentra en rangos intermedios y altos de trayectoria laboral. El grupo más numeroso corresponde a quienes cuentan con más de 10 hasta 20 años de experiencia, con el 33,37%, seguido por aquellos con más de 1 hasta 5 años (25,10%), y el personal con más de 20 años de experiencia (21,00%). En menor proporción, se encuentran los profesionales con más de 5 hasta 10 años (14,14%) y aquellos con un año o menos, quienes representan el 6,31%. Finalmente, el 0,08% no especificó su tiempo de experiencia. Puede decirse que en general se cuenta en las instituciones con personal experimentado en su labor, pues la inmensa mayoría mencionan al menos un año de experiencia (93,67%), y más de dos tercios cuentan con al menos 5 años de experiencia (68,59%).

Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional⁵

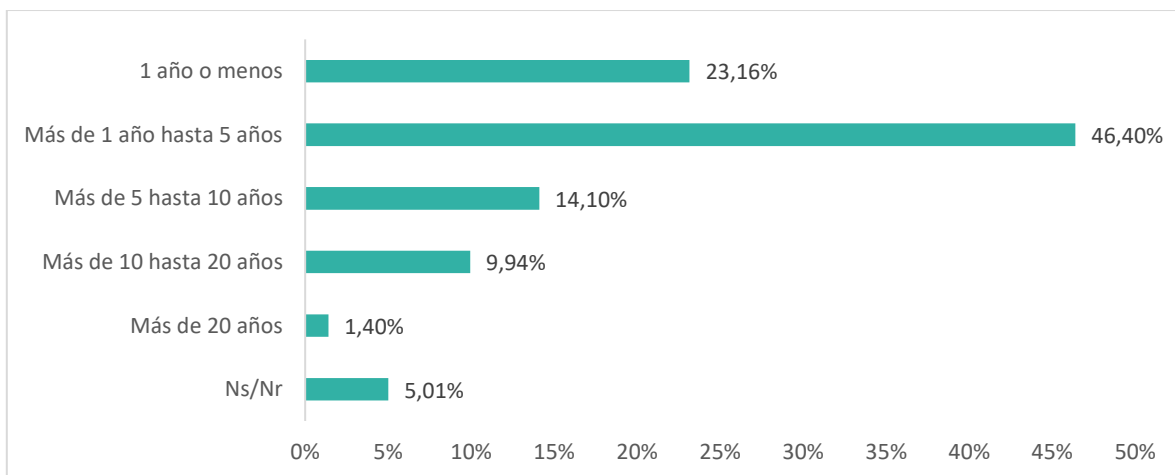


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional en la institución?

Los resultados de la Gráfica 6 sugieren que la mayor parte del personal del servicio farmacéutico cuenta con un periodo de permanencia relativamente corto en las instituciones donde laboran. El grupo más representativo corresponde a aquellos que tienen entre 1 y 5 años de permanencia, con el 46,40%, seguido por quienes llevan un año o menos, con el 23,16%. En contraste, los trabajadores con mayor antigüedad presentan porcentajes menores: 14,10% en el rango de más de 5 hasta 10 años, 9,94% entre 10 y 20 años y únicamente el 1,40% con más de 20 años de permanencia. Finalmente, el 5,01% de los entrevistados no especificó su tiempo en la institución.

Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución⁶



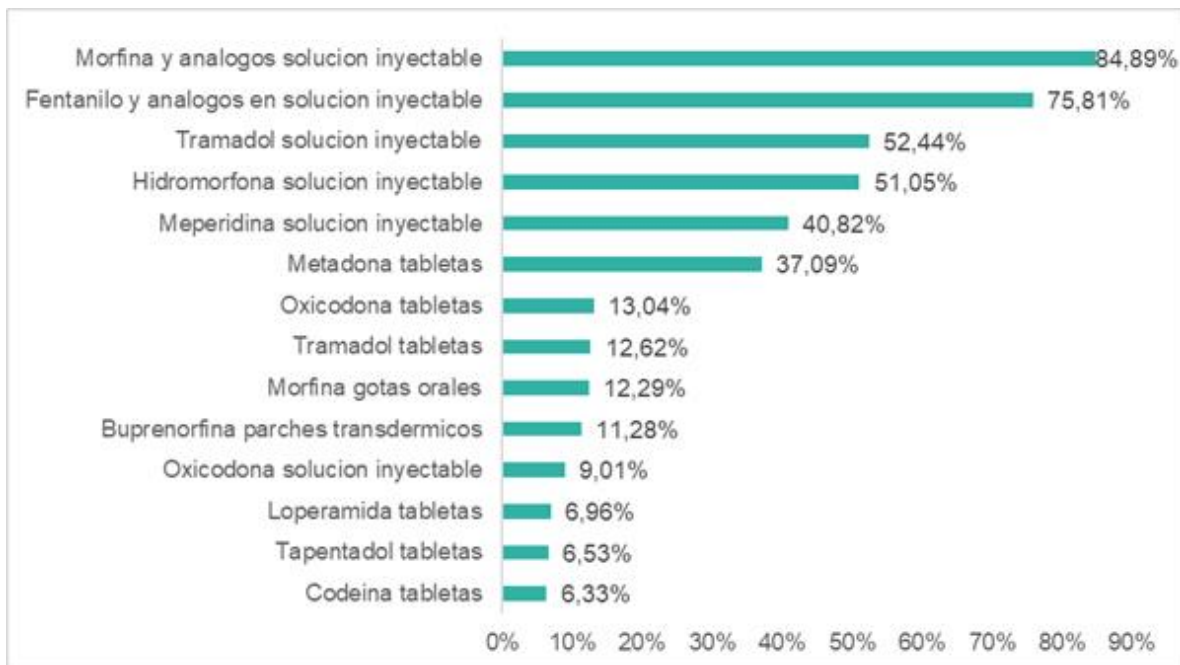
Fuente: Construcción propia.

Sección 2: Conocimiento y adquisición de los medicamentos opioides.

Pregunta 13. ¿Qué medicamentos opioides maneja la institución y cuáles son sus presentaciones?

Con el fin de establecer el tipo de medicamentos opioides disponibles en las instituciones, se preguntó a los profesionales del servicio farmacéutico sobre los medicamentos que habitualmente manejan en su inventario y cuál es su presentación. Los medicamentos opioides más mencionados dentro de las respuestas recibidas se encuentran detallados en la Gráfica 7. Se estima que las principales formas farmacéuticas son las soluciones inyectables y las tabletas, las gotas orales y los parches transdérmicos representan un porcentaje pequeño dentro del grupo. Se estima que la morfina y el fentanilo, así como sus análogos, apomorfina y remifentanilo respectivamente, son los principios activos más utilizados a nivel institucional, principalmente en la forma farmacéutica de solución oral.

Gráfica 7. Medicamentos opioides y sus presentaciones de acuerdo con inventario manejado por el servicio farmacéutico⁷



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 16. ¿Podría por favor describir el procedimiento para la adquisición de medicamentos opioides en la institución?

Ante la pregunta sobre el procedimiento para la adquisición de medicamentos opioides en la institución, las respuestas arrojaron información en tres aspectos: 1) Tipos de medicamentos, 2) Tipos de proveedores y 3) Procedimientos de adquisición.

En relación con los tipos de medicamentos mencionados, uno o varios en cada respuesta (ver Gráfica 8), se observa que el 68,41% de las respuestas menciona la adquisición de medicamentos Monopolio del Estado (Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE / Fondos Rotatorios de Estupefacientes - FRE), el 43,68% indica medicamentos de control especial, y el 28,74% de las menciones señalan medicamentos no controlados. El 4,68% corresponde a la categoría Ns/Nr.

La siguiente declaración ilustra el detalle de la adquisición de medicamentos monopolio del Estado (FNE – FRE):

"Bueno, de las dos líneas que tenemos, la del Fondo Nacional de Estupefacientes, que se adquiere a través del Fondo Rotatorio, se hace a través de una compra centralizada, se hace la cotización, inmediatamente nos llega la aprobación según la disponibilidad, se hacen los pagos respectivos al fondo y luego nos aprueban, y luego con la carta, lo reclamamos. Eso entra inmediatamente al servicio farmacéutico, al área de custodia, se ingresan los productos al sistema y una vez ya están disponibles, el médico, el especialista que lo vaya a utilizar, lo prescribe y se dispensa exclusivamente la dosis requerida para 24 horas". (Entrevista 1, Barranquilla - Atlántico).

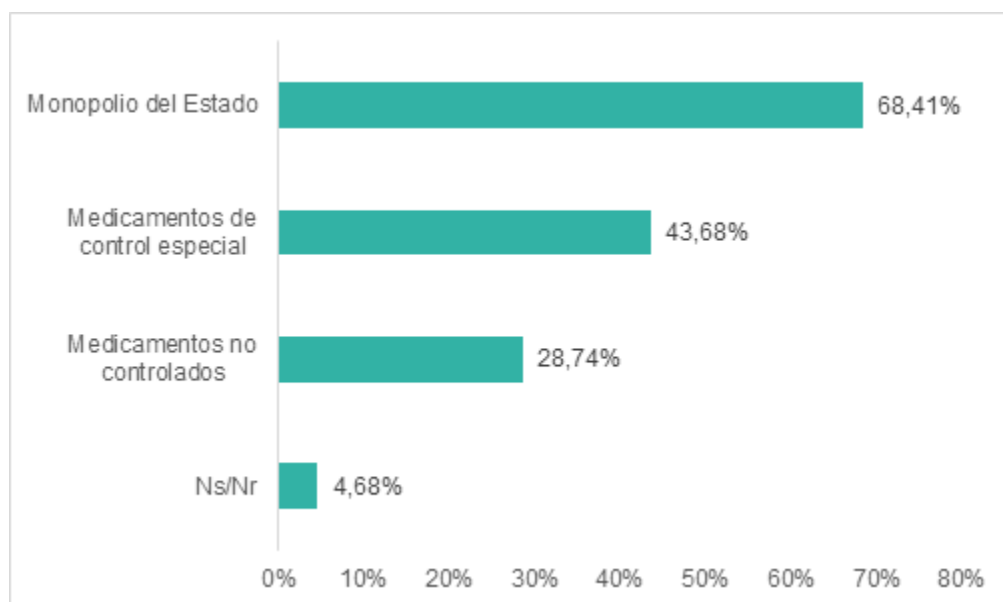
La adquisición de medicamentos de control especial se describe en respuestas detalladas, como por ejemplo las siguientes:

"Primero tenemos una resolución para el manejo de medicamentos de control especial, incluyendo los opioides. Bueno, para la adquisición tenemos el listado, se solicita desde el fondo la autorización de estos medicamentos, acá se solicita el dinero a diferentes gerencias, se compra mediante la página y se reclaman directamente a la secretaria de salud departamental, ahora mismo está mucho más fácil la compra, porque ya directamente el pago se hace en línea, la autorización la hace directamente el fondo, ya lo único que nos queda es conseguir internamente el dinero, en comparación con hace mucho tiempo, que había que ir directamente a la secretaria de salud, que nos autorizaran, luego ir al banco, pagarlo, pues ahora miso es mucho más fácil, eso para los monopolio, los demás son mucho más fáciles de adquirir,

actualmente no tenemos ningún tipo de restricción". (Entrevista 4, Barranquilla - Atlántico).

"Para el paciente quirúrgico, es una unidad por procedimiento, medicamentos de control especial, se hacen a través de un proveedor que tiene resolución a nivel nacional, lo manejamos a través de la empresa SID, que es nuestro proveedor principal, nuestro único proveedor mayoritario principal. Entonces él nos hace la entrega, nos factura, nos llega, se hacen las recepciones técnicas en ambos casos y se ingresan al sistema". (Entrevista 1, Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 8. Tipos de medicamentos ⁸



Fuente: Construcción propia.

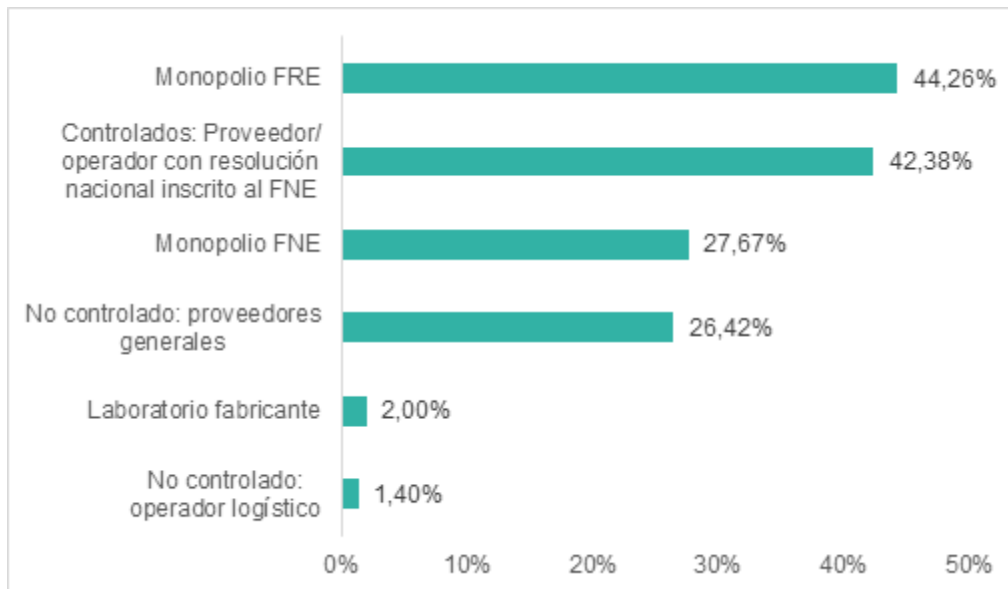
Paralelamente, las respuestas arrojaron datos sobre el tipo de proveedores (uno o varios en cada respuesta), información fue codificada en seis categorías y se distribuye de la siguiente forma (ver Gráfica 9): el 44,26% de las menciones indica que los medicamentos opioides

adquiridos por la institución provienen de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE), el 42,38% señaló medicamentos controlados adquiridos con proveedores con resolución nacional por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), el 27,67% de las menciones reporta como proveedor al FNE directamente, y el 26,42% de las respuestas menciona la adquisición de medicamentos no controlados a través de proveedores generales. Con valores minoritarios se reportaron como proveedores las siguientes entidades: laboratorios fabricantes (2,00%) y operadores logísticos (1,40%).

La respuesta de una entrevista en Valledupar que se cita a continuación caracteriza la adquisición de medicamentos por medio del proveedor FRE:

"Bueno, el procedimiento, se elabora una solicitud a la secretaría de salud cuando se trata de los controlados, lo que es la morfina, la meperidina, ellos nos envían una cotización, se paga esa cotización, y se envía, pues asisto yo a mi persona, o se envía a una persona del servicio farmacéutico con las evidencias de que están pagos esos medicamentos, de que se solicitaron por parte de la clínica, y el formato contiene mi información como director técnico y el número y año de la resolución cuando voy a emitir. Ya, entonces, pues no los entregan en la secretaría de salud, y, asimismo, pues llegan aquí a la institución, se les hace la recepción técnica, se verifica su registro sanitario, su fecha de vencimiento, el lote, toda la información del medicamento se semaforiza y se almacenan bajo llave". (Entrevista 22, Valledupar - Cesar).

Gráfica 9. Tipos de proveedores⁹



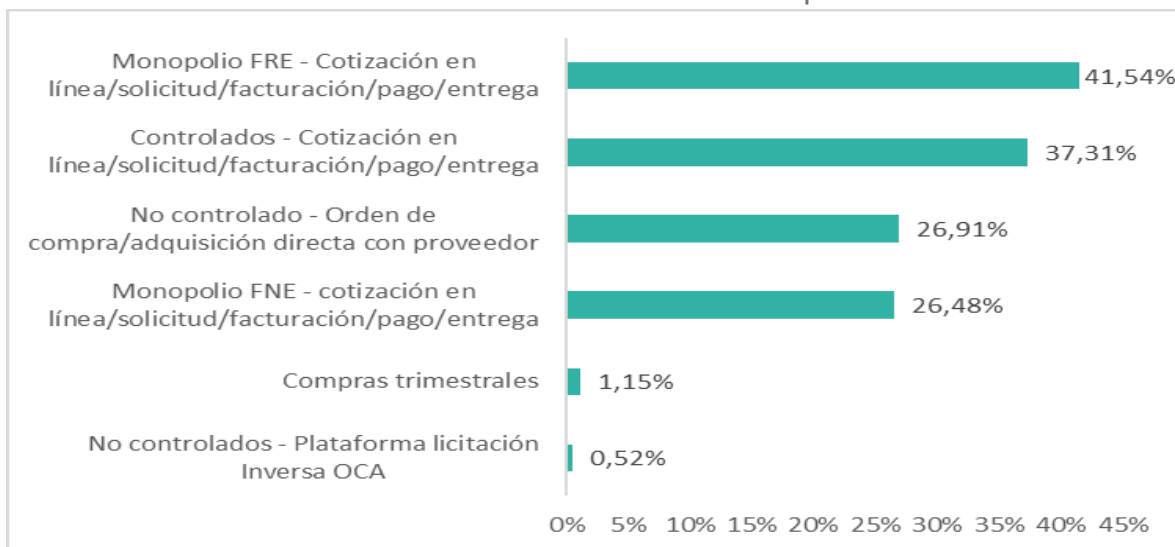
Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los procedimientos de adquisición de medicamentos opioides por parte de las instituciones, las respuestas indican lo siguiente (ver Gráfica 10): el 41,54% de las respuestas mencionó la adquisición de medicamentos Monopolio FRE por medio del procedimiento: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega. El 37,31% de las respuestas indicó la adquisición de medicamentos controlados a través de la ruta: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega. Por su parte, el 26,91% de las menciones señaló la adquisición de medicamentos no controlados por medio del siguiente procedimiento: orden de compra/adquisición directa con el proveedor, y el 26,48% de las respuestas indicó la adquisición de medicamentos monopolio del Estado FNE por medio del proceso: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega. Otros procedimientos de adquisición de medicamentos opioides mencionados fueron: compras trimestrales (1,15%) y adquisición de medicamentos no controlados a través de la plataforma de licitación inversa OCA (0,52%).

Usualmente las respuestas detallan los pasos seguidos según tipos de medicamento que se llevan en las instituciones, por ejemplo, como en la siguiente cita:

"Bueno, la adquisición nosotros lo hacemos por medio de la unidad administrativa. Hacemos la orden de compra, se lo enviamos vía correo, y vamos allá, consignamos a una cuenta y después vamos con la consignación y traemos el medicamento. Lo que es el midazodan, la morfina y la mepiridina, medicamentos monopólicos, de monopolio del Estado, con el fondo rotatorio, sí. Lo que es el fentanil, eso sí es por laboratorio comercial". (Entrevista 123, Arauca - Arauca).

Gráfica 10. Procedimientos de adquisición¹⁰



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 17. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?

En relación con la pregunta sobre las dificultades en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides, las respuestas aportan la

siguiente información (ver Gráfica 11): el 56,38% de los participantes declara que sí ha enfrentado algún tipo de limitación en el acceso a medicamentos opioides, el 39,28% de las respuestas indicó que no ha tenido dificultades al respecto, y un 4,34% de las respuestas se ubica en la categoría Ns/Nr.

En cuanto a las limitaciones que las instituciones enfrentan en el acceso y compra de medicamentos opioides, la siguiente entrevista de Envigado, Antioquia, describe barreras de tipo administrativo, interinstitucional y de desabastecimiento que enfrenta una institución pública:

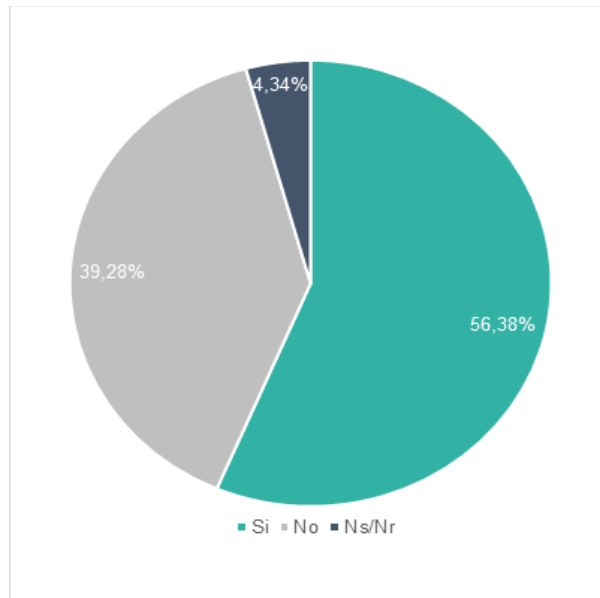
"Si, pues la primera, los problemas administrativos del sector salud, porque no es solamente en el hospital, el flujo de los recursos ha afectado mucho y tenemos una cartera muy grande en ese momento con proveedores, entonces eso limita el despacho, y también no es desconocido que ha habido desabastecimiento y es tan preocupante a veces que no todos están reportados o en monitoreo por parte del Invima, entonces es jugar con los proveedores, y nosotros tenemos una dificultad más adicional a una institución privada, y es que somos públicos y que no le podemos comprar a cualquiera si no ha sido inscrito y ha cumplido con un montón de requisitos para ser proveedor del medicamento, y muchas veces también los proveedores o los distribuidores a los que les compramos adquieren muy pocas cantidades que disminuye pues la posibilidad de respuesta a las instituciones que le compran".
(Entrevista 105, Envigado - Antioquia).

Por otro lado, hay respuestas que resaltan el adecuado acompañamiento del FNE y la correcta disposición de sus funcionarios para darle celeridad a la compra de medicamentos opioides por parte de la institución:

"No, no hemos tenido problema. Me acuerdo que cuando vino el delegado del área de regionalización del FNE la primera vez en esos

días, ya nos quedábamos con poquito medicamento y él nos colaboró y todo eso y nosotros pudimos comprar, hicimos la compra directa, o sea, nos autorizaron para comprar directamente y creo que nosotros tenemos ese cupo que podemos comprarle directamente a ustedes”. (Entrevista 130, Inírida - Guainía).

Gráfica 11. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?¹¹



Fuente: Construcción propia.

En algunas de las respuestas afirmativas dadas en la pregunta anterior, se mencionaron las limitaciones frente al acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides (ver Gráfica 12): el 28,02% mencionó como principal limitante el desabastecimiento/no disponibilidad de opioides en general, el 20,72% señaló el desabastecimiento/restricción de morfina, el 14,79% indicó el desabastecimiento/restricción de hidromorfona, y el 12,58% mencionó el desabastecimiento/restricción de fentanilo.

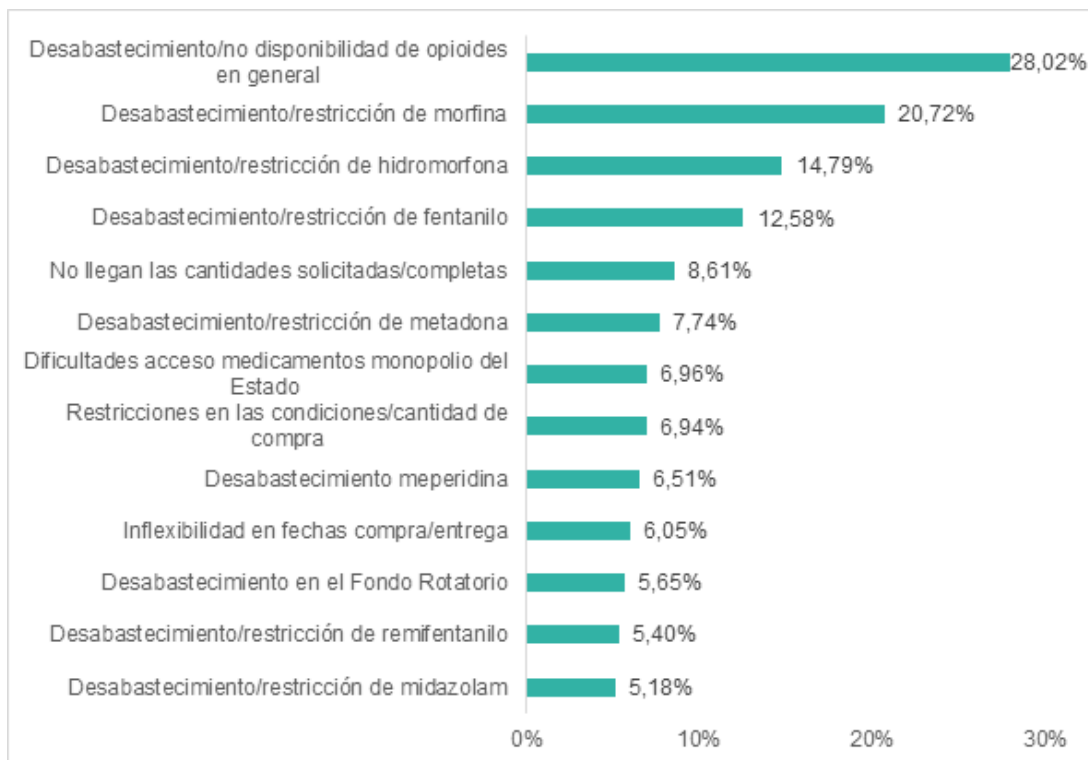
Por otro lado, el 8,61% de las respuestas indicó como limitante la circunstancia de que los proveedores no envían las cantidades solicitadas, el 7,74% mencionó el desabastecimiento/restricción de metadona, el 6,96% declaró dificultades en el acceso a medicamentos monopolio del Estado, y el 6,94% manifestó restricciones en las condiciones y cantidades de compra. Asimismo, el 6,51% de las respuestas mencionó el desabastecimiento de meperidina, el 6,05% indicó como limitante la inflexibilidad en las fechas de compra y entrega de los medicamentos, el 5,65% señaló el desabastecimiento en los fondos rotarios, el 5,40% manifestó como dificultad el desabastecimiento/restricción remifentanilo, y el 5,18% el desabastecimiento/restricción de midazolam.

La siguiente entrevista de Medellín, enuncia limitaciones en el acceso y compra de medicamentos opioides, definidas por circunstancias de desabastecimiento, no disponibilidad y restricción en las cantidades solicitadas:

"Si, todo el tiempo tenemos limitaciones con las cantidades a comprar, los que son del fondo pues específicamente, entonces nos ponen mucha limitación con la cantidad por la disponibilidad que mantienen a nivel país. El consumo acá es alto, el hospital es bastante grande, entonces por ese lado a veces nos vemos como limitados con cantidades específicas, cuando se trata de los de fondo. y cuando se trata de los que no son del fondo, también la disponibilidad de los productos, o sea el problema de disponibilidad no es solo del fondo, es de todos los productos a nivel país, entonces de un momento a otro nos dicen agotados, no tenemos medicamentos, está agotado, no sabemos, están bajo orden. Entonces siguen siendo cosas y es constante, digamos que no es algo puntual o aislado, sino que el tema de disponibilidad es muy frecuente. Sabes que antes se veía un poquito más marcado que el desabastecimiento del fondo, pues el monopolio del estado tuviera desabastecimiento de algunos, hoy en día es general, la realidad de

hoy es que los agotados están en todas partes". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

Gráfica 12. Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides¹²



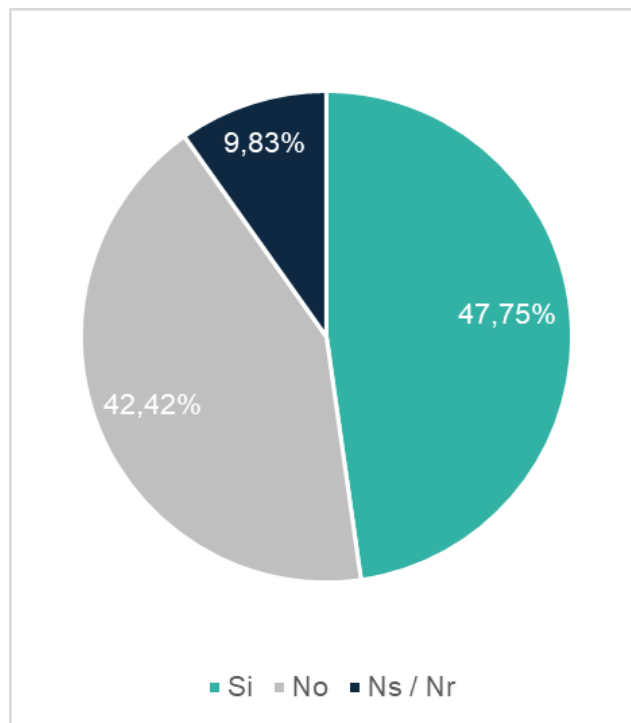
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 18. ¿La institución cuenta con algún protocolo o lineamiento para la gestión de dificultades logísticas en el acceso a medicamentos opioides?

Esta pregunta busca identificar la existencia de mecanismos formales que permitan responder ante situaciones de desabastecimiento o interrupción en la cadena de suministro, también el conocer los canales en la

divulgación y alternativa de suministro ante la posible situación de desabastecimiento. La Gráfica 13 expone los resultados obtenidos al personal del servicio farmacéutico acerca de la existencia de esa guía o lineamiento interno, se estima que el 47,75% afirma tener documentado el proceso, el 42,42% dice no tenerlo y el 9,83% no sabe o no responde.

Gráfica 13. Existencia de protocolo de gestión de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides¹³



Fuente: Construcción propia.

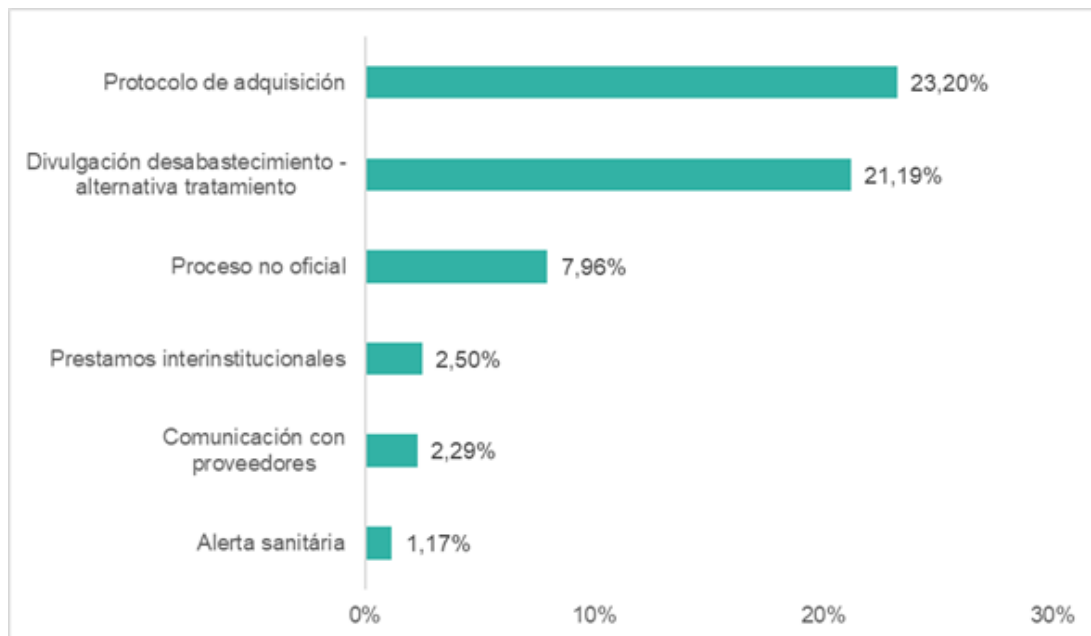
Las respuestas que confirman la existencia de protocolos en su mayoría hacen alusión a la generalidad, es decir que se poseen protocolos, pero no de manera exclusiva o diferenciada para opioides, sino de forma general, la siguiente cita confirma lo dicho: [...] *"Exclusivamente para opioides no, pero si está dentro de los procesos, o sea, como es nuestro*

plan de acción que ahí entra lo de máximos y mínimos que les decimos que se hace". (Entrevista 89, Puerto Asís - Putumayo).

La proporción de entrevistados que respondió negativamente a la existencia de protocolos para la gestión de dificultades logísticas suele argumentar que, si bien no cuentan con un protocolo formal documentado, manejan soluciones informales (7,96%), como por ejemplo acuerdos o reuniones internas con los especialistas, como lo señala la siguiente expresión: *"No, no tenemos un protocolo formal, pero manejamos alternativas con los especialistas. Si falta meperidina, ofrecemos morfina". (Entrevista 23, Valledupar - Cesar).* Otros casos afirman que no han tenido necesidad de implementarlos debido a que nunca han sufrido algún desabastecimiento, como se evidencia en la cita: *"No, bueno, ahora mismo no, no, o sea, pues es que hasta ahora no ha habido la necesidad de que, porque siempre que se necesita va y se compra y siempre hay la disponibilidad". (Entrevista 21, Magangué - Bolívar).*

En la Gráfica 14 se agrupan las expresiones más frecuentes relacionadas con los canales utilizados para la gestión, la incorporación de protocolos dentro del sistema de gestión de calidad o la descripción de los procesos que afirman llevar a cabo ante el desabastecimiento.

Gráfica 14. Expresiones más comunes acerca de la existencia de protocolo para manejo de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides¹⁴



Fuente: Construcción propia.

Se estima que el 23,20% del personal del servicio farmacéutico asegura la inclusión de protocolos de adquisición con las acciones a tomar ante posible desabastecimiento de medicamentos opioides. Por ejemplo, como en la siguiente cita:

"[...] Manejamos dentro del proceso de adquisición, hay una alternativa que maneja el tema de socialización de los desabastecidos, procuramos al fondo solicitarle la carta donde nos indiquen que no hay disponibilidad y con el cuerpo médico se define la alternativa [...]". (Entrevista 1, Barranquilla - Atlántico).

El 21,19% la categoría "Divulgación desabastecimiento - alternativa terapéutica". En esta categoría se recopilan los testimonios que describen dichas medidas, las cuales pueden estar enmarcadas tanto en procesos

documentados de manera oficial como en mecanismos no formales empleados por las instituciones, como lo ilustra la siguiente cita:

"[...] dentro del procedimiento, lo primero que se cuenta es cuando hay desabastecimiento, [...], entonces el primer paso a seguir es que el especialista o los mismos anestesiólogos deben de informarnos del plan b que tengan ellos para sus procedimientos. [...]". (Entrevista 159, Cali - Valle del Cauca).

En otros casos, no hay protocolo oficial (7,96%) o no está formalmente documentado y establecido, como en las siguientes citas:

"No, pues un protocolo no, digamos que, en este caso, por ejemplo, que me digan, ah no, no tenemos, no te vamos a poder despachar porque no hay materia prima". Lo que hacemos es que mandamos correo a las especialidades diciéndoles, no nos despacharon, no tenemos, entonces hay que conseguir otras alternativas. Por favor, díganos cuáles van a utilizar, porque obviamente eso mismo va a impactar en las cantidades que tenga en el servicio. Digamos que la forma de sortear esa crisis es búsqueda de alternativas terapéuticas con las especialidades que prescriben y pues. [...]". (Entrevista 108, Medellín - Antioquia).

"No, lo que hacemos normalmente es hablar con los especialistas o con los líderes de los servicios más afectados. por ejemplo, el servicio de UCI, que requiere una gran cantidad de medicamentos para la sedación". (Entrevista 52, Bogotá).

Otras expresiones en la misma temática confirman la divulgación y planeación de acciones para enfrentar el problema, sin un proceso oficial definido para el desabastecimiento, pero donde sí es mencionado o tratado en reuniones frecuentes, como en esta cita:

"No, cuando hay las dificultades, como se hace un comité de gerencia semanal todos los miércoles. entonces eso se expone. pues igual si sucede en el momento que suceda, pues tenemos una comunicación muy fluida porque pues como te podrás dar cuenta, es una IPS bastante pequeña. [...]". (Entrevista 81, Floridablanca - Santander).

Los canales utilizados por las instituciones para la divulgación o notificación de problemas de desabastecimiento incluyen la Comunicación con proveedores (2,29%). Un participante lo expresó así:

"Sí, nosotros usualmente cuando se nos genera cualquier tipo de notificación en los grupos internos de químicos farmacéuticos, los grupos también que tenemos con el FRE, [...]". (Entrevista 148, Pasto - Nariño).

Por otra parte, los préstamos interinstitucionales representan el 2,50% de las menciones y se destacan como una alternativa utilizada frente a situaciones de desabastecimiento, en algunos casos planeada de antemano. Así lo ilustra, por ejemplo, la siguiente respuesta:

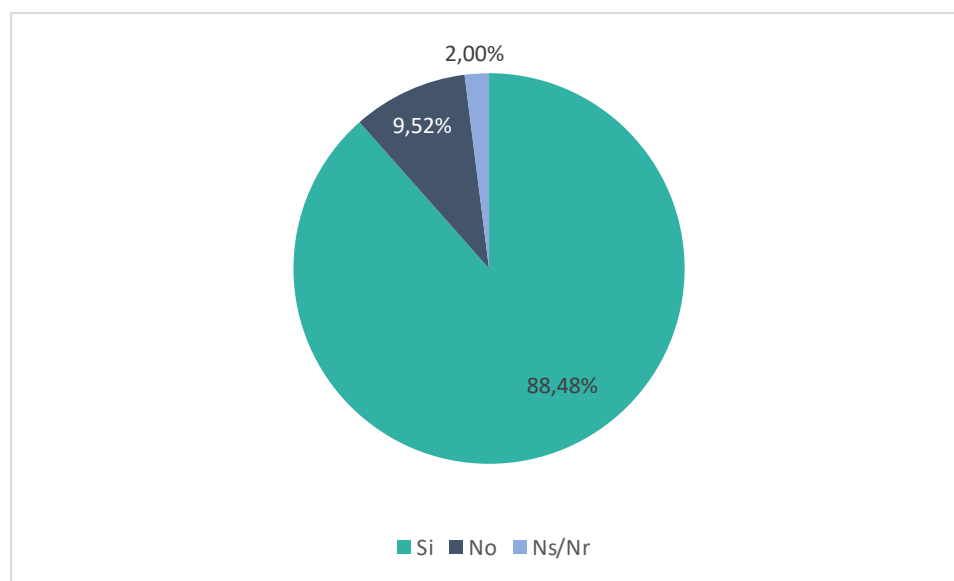
"Sí, tenemos plan a compras, podemos tener opciones de una caja menor y, si no hay opción de caja menor, incluso tenemos estandarizado préstamos interinstitucionales, por si necesitamos una urgencia". (Entrevista 61, Bogotá).

Pregunta 19: ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?

A fin de conocer la opinión de los profesionales del servicio farmacéutico sobre la oferta de medicamentos opioides de la institución, se consultó sobre la disponibilidad de estos medicamentos en la institución. De acuerdo con la Gráfica 15, se estimó que 88,48% del personal del servicio

farmacéutico manifestó que sí considera suficientes los medicamentos disponibles, el 9,52% considera que no son suficientes y el 2,00% no sabe o no responde a la pregunta.

Gráfica 15. ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?¹⁵



Fuente: Construcción propia.

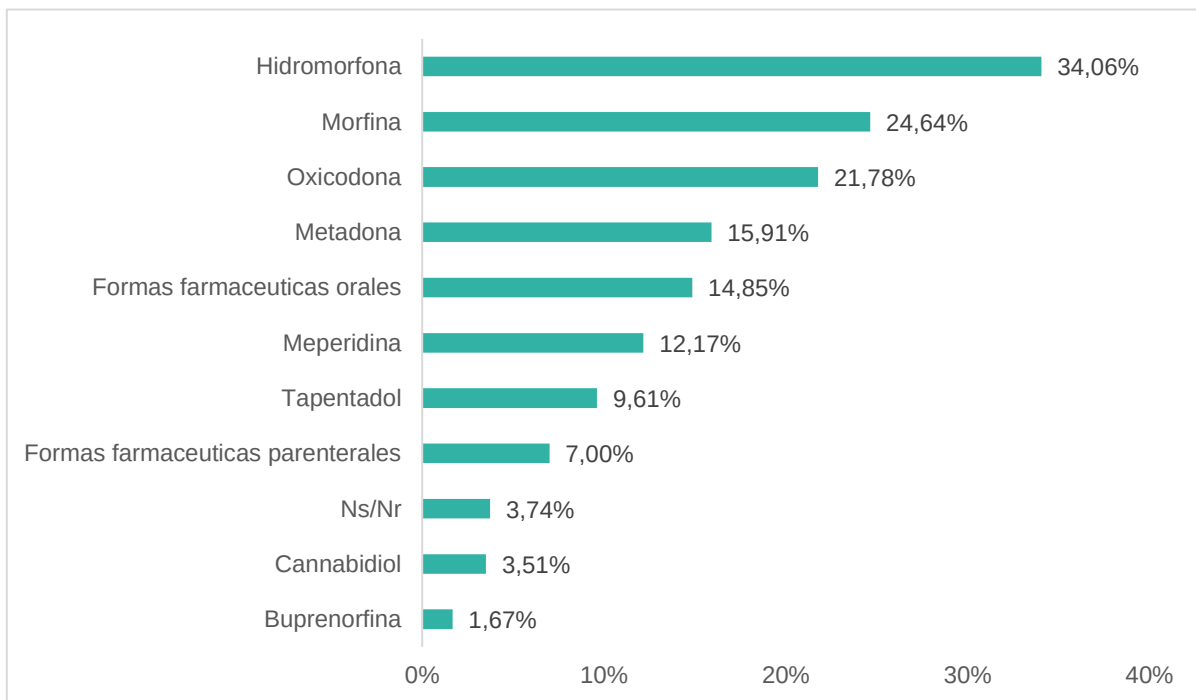
Para el mismo cuestionamiento realizado en la pregunta 19 y para el cual algunos entrevistados manifestaron que no consideraban suficientes los medicamentos opioides disponibles en la institución, se realizó una segunda pregunta: ¿cuáles medicamentos opioides cree que hacen falta en la institución?

Los resultados obtenidos pueden ser observados en la Gráfica 16, en la cual se estima que un 34,06% considera que hacen falta hidromorfona, un 24,64% morfina, 21,78% oxicodona, un 15,91% metadona. El 14,85%, considera que hacen falta más formas farmacéuticas orales de medicamentos opioides, como en la siguiente cita:

“No manejamos la hidromorfona, entonces hace unos meses de parte de medicina del dolor se hizo la solicitud pues porque teníamos pacientes que ya necesitaban ese tipo de medicamentos y empezamos a adquirirlo con la secretaría de salud departamental”. (Entrevista 39, Santa Marta - Magdalena).

“Me gustaría volver a tener solución oral morfina al 3%”. (Entrevista 93 Ibagué - Tolima).

Gráfica 16. ¿Cuáles medicamentos opioides cree que hacen falta en la institución?¹⁶



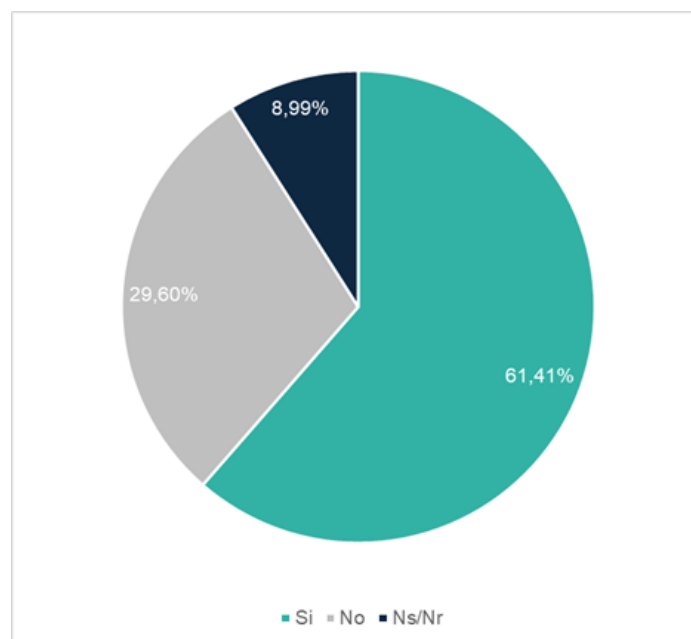
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 20. ¿Las presentaciones de medicamentos opioides existentes en Colombia son las adecuadas y/o necesarias para la práctica clínica?

Se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico su opinión sobre las presentaciones de medicamentos opioides en el país.

De acuerdo con las respuestas recibidas (Gráfica 17), se estima que el 61,41% de los profesionales de servicio farmacéutico considera que las presentaciones de medicamentos opioides son las necesarias y adecuadas para las intervenciones o usos requeridos. Por otra parte, un 29,6% de las respuestas afirma que dichas presentaciones no son adecuadas y/o necesarias en el país y 8,99% No sabe o no responde.

Gráfica 17. Consideración sobre la adecuada presentación para las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones¹⁷



Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas negativas manifestaron opiniones o argumentos adicionales justificando la respuesta, los cuales fueron clasificados en dos grupos de acuerdo con la Gráfica 18. Se estima que un 25,94% de las respuestas especifica que, para los medicamentos existentes hoy en Colombia, hacen falta algunas presentaciones y/o concentraciones menores, principalmente porque una vez abiertos los medicamentos para su administración quedan remanentes o sobrantes que no pueden ser utilizados o deben ser desechados por normativas de seguridad farmacológica. Un ejemplo lo podemos evidenciar en la siguiente cita, que plantea la existencia de centrales de mezclas, pero reconoce las dificultades prácticas de implementarlas en algunos territorios o instituciones:

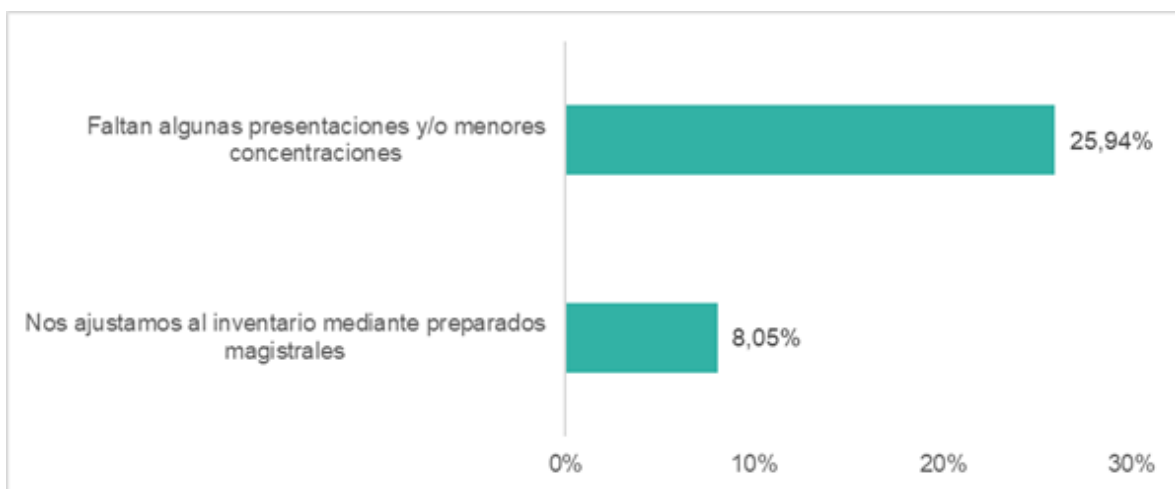
"Si, te decía, siempre ha surgido en las reuniones que a veces hace el instituto departamental de salud de Nariño, en el caso de la morfina, sobre todo, en algunos casos también el fentanilo, pues las presentaciones en las que hay, en las presentaciones en las que viene hace que haya sobrantes en muchas de las instituciones. Yo sé que sí, la solución es la central de mezclas, pero en la mayoría de las partes del territorio nacional es prácticamente imposible tener una central de mezclas. Pero sí, esa sería una de las problemáticas, pues, de las presentaciones en las que viene la morfina y el fentanilo". (Entrevista 147 Ipiales - Nariño).

Un segundo grupo, con un estimado de 8,05% afirma que, al no haber las presentaciones adecuadas, ajusta su inventario mediante preparaciones magistrales, esto con el fin de dar respuestas a las necesidades presentadas en las instituciones, como en la siguiente cita:

"No, en ocasiones piden algunas que son como por ejemplo gotas y no está el medicamento en gotas, sino que está en tabletas. entonces nos toca mandar a hacer las preparaciones magistrales de poder llegar a hacer porque también las estabilidades muchas veces

no nos dan, están afectadas sí, pero...". (Entrevista 3 Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 18. Argumentos sobre la falta de presentaciones adecuadas para suplir las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones¹⁸



Fuente: Construcción propia.

De igual manera para las respuestas negativas sobre la suficiencia de las presentaciones de opioides en el país, se realizó una segunda pregunta: ¿cuáles medicamentos opioides cree que hacen falta en la institución?

Los resultados obtenidos pueden ser observados en la Gráfica 19, en la cual se estima que el mayor grupo de las respuestas recibidas (57,9%), considera que hacen falta presentaciones pediátricas o de menor concentración. En segundo lugar, un 26,55% de las respuestas considera que las presentaciones existentes no son las adecuadas o necesarias, pero no especifica sobre cuál considera que hace falta o necesita. Sobre la primera categoría mencionada en este párrafo ponemos las siguientes citas, que argumenta sobre la necesidad de dosis más pequeñas, especialmente de meperidina, o la segunda cita a continuación, que aboga

por concentraciones más diluidas, útiles para atender pacientes pediátricos:

"La meperidina con la que a veces me piden dosis más pequeñas y a veces tiene que perder la cantidad de ampolla porque apenas la abre hay que usarla es la meperidina, con la meperidina, si las dosis a veces son pequeñas y la ampolla como viene de otra presentación a mí a veces me da pesar de que se desperdicie el resto porque no hay una presentación más pequeña". (Entrevista 23 Valledupar - Cesar).

"De pronto si manejan concentraciones diferentes porque las concentraciones son limitadas, a veces sólo hay una, máximos tres concentraciones por principio activo y muchas veces no se tiene en cuenta los pacientes pediátricos ni neonatales. o sea, concentraciones menores harían falta. Si, pediátricas, por lo menos presentaciones pediátricas porque nos lleva a nosotros a tener que mandar adecuar esas, adecuar concentraciones y pues es un poco más limitada, más demorada. Sí serían necesarias concentraciones pediátricas y neonatales, aquí que tenemos dos unidades, tres unidades con neonatos, entonces en ellos es más difícil ajustarlas". (Entrevista 61 Bogotá).

También hubo respuestas más concisas que resaltaron la falta de presentaciones con dosis más pequeñas:

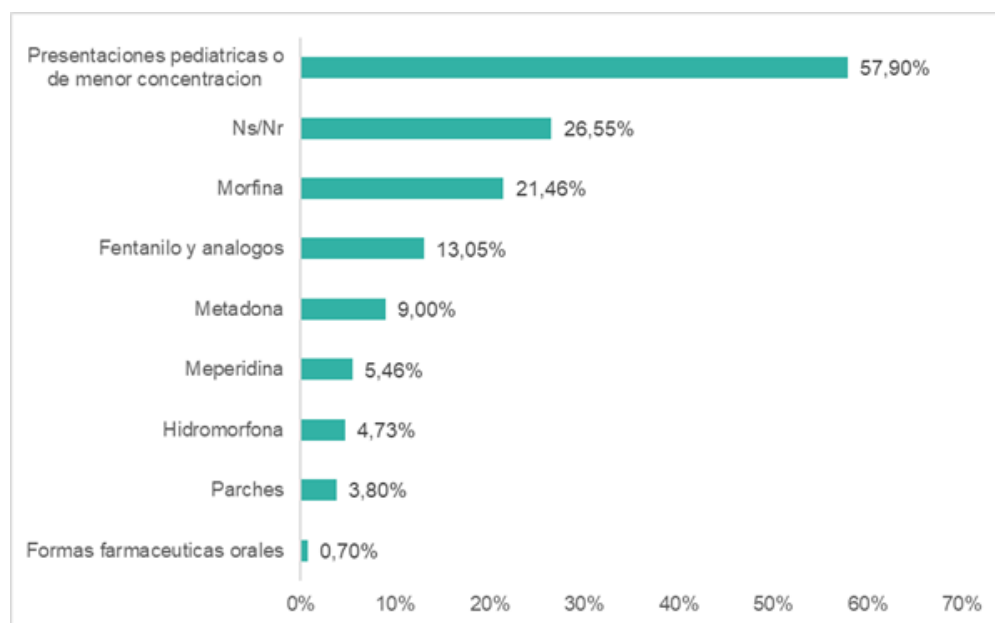
"Unidosis de fentanilo o en dosis más pequeñas". (Entrevista 135 Villavicencio - Meta).

"Debería haber una presentación diferente de fentanilo, pues el volumen en el que viene la ampolla es muy grande". (Entrevista 169 Cartago - Valle del cauca).

En cuanto a menciones de principios activos específicos, se mencionó con mayor frecuencia la morfina (21,46%), y también con frecuencias decrecientes, el fentanilo y análogos (13,05%), metadona (9,00%), meperidina (5,46%), e hidromorfona (4,73%).

En proporciones más pequeñas pero procedente referenciarlas acá, se encontró un 3,80% de respuestas que mencionan la necesidad de presentaciones en parches, y 0,70% mencionó la necesidad de más presentaciones orales de opioides.

Gráfica 19. Presentaciones y/o principios activos que consideran los profesionales del servicio farmacéutico hacen falta en el mercado colombiano¹⁹



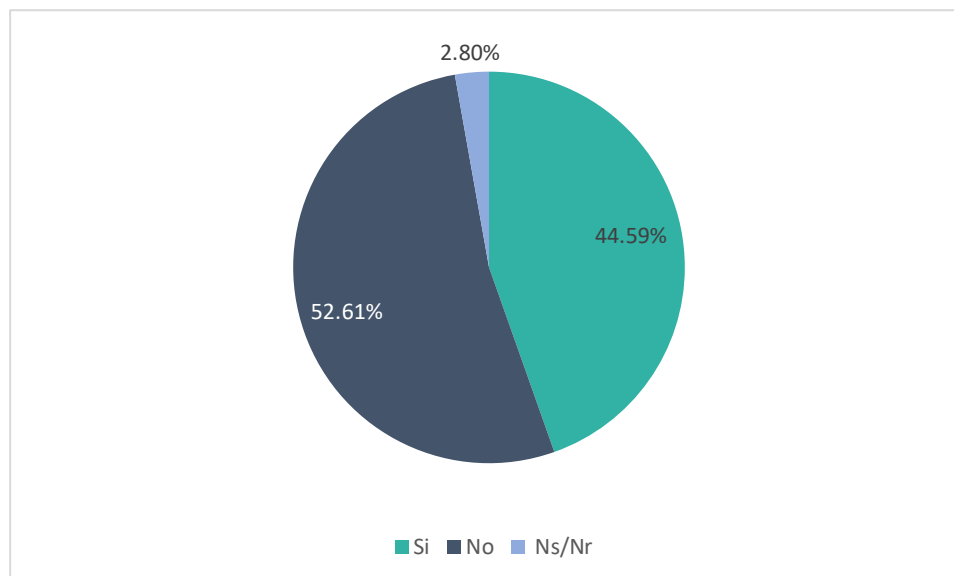
Fuente: Construcción propia.

Sección 3: Prescripción, dispensación y farmacovigilancia

Pregunta 22. ¿En la institución se han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides?

Se preguntó a los profesionales del servicio farmacéutico si han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides dentro de la institución. Los resultados obtenidos son presentados en la Gráfica 20, en la cual se evidencia aproximadamente el 52,61% manifiesta haber evidenciado errores en prescripción en la institución frente a un 44,59% de las respuestas, que indicaron no haber evidenciado errores.

Gráfica 20. Percepción sobre la observación de errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución²⁰



Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas que afirmaron haber evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides, describieron algunos de tipos de

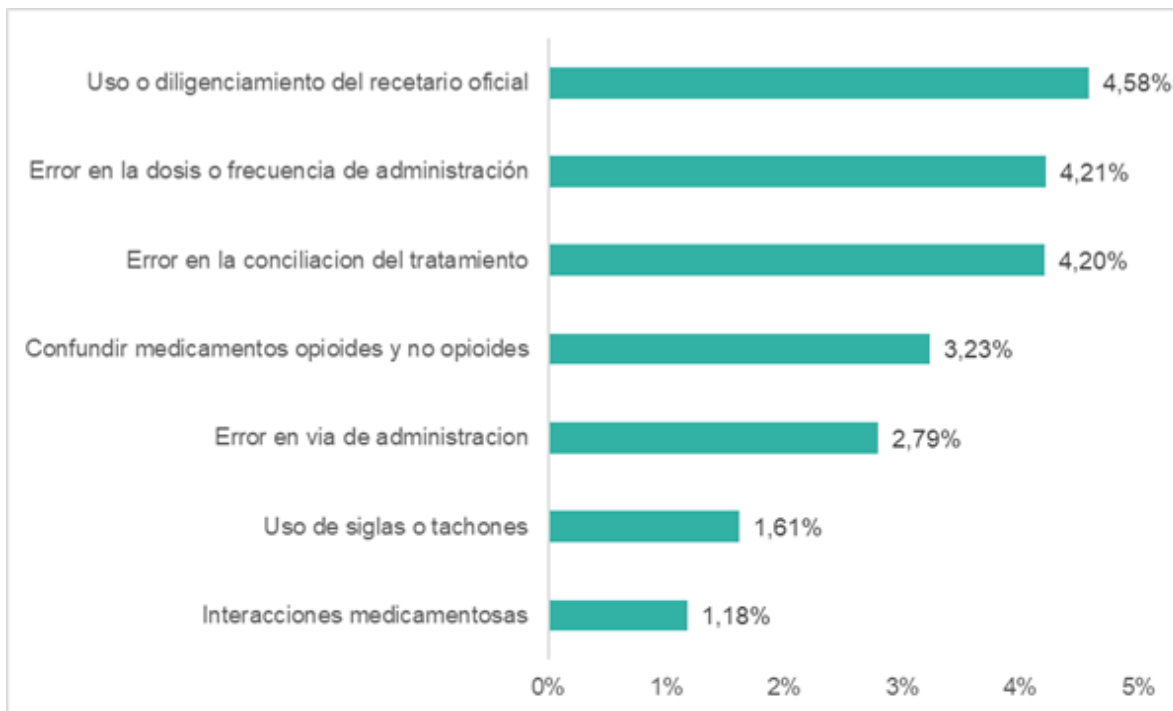
errores observados, los cuales fueron clasificados de acuerdo con la Gráfica 21. El tipo de error más frecuentemente mencionado fue el relacionado con uso o diligenciamiento del recetario oficial (4,58%), en segundo lugar, Error en la dosis o frecuencia de administración (4,21%) y, en tercer lugar, Error en la conciliación del tratamiento (4,20%).

Es importante mencionar que un error reportado con alguna frecuencia en el diligenciamiento de recetario oficial (3,23%), consiste en confusiones sobre medicamentos como fenobarbital, midazolam o Propofol, que se incluyen dentro del grupo de medicamentos opioides, considerando que todos, sin diferenciación pertenecen al grupo de medicamentos de control. Un ejemplo de lo anterior lo podemos evidenciar en la siguiente cita:

“Si, a veces me colocan propofol como si fuera opioide no sé por qué piensan que propofol es opioide, pero del resto no, hay utilización del formato, a veces si toca anular uno que otro formato, pero del resto si están como adheridos al proceso”. (Entrevista 18 Cartagena - Bolívar).

Se reportaron, con frecuencias más pequeñas, Errores en la vía de administración (2,79%), Errores por el uso de siglas o tachones en los recetarios oficiales (1,61%), y Errores relacionados con interacciones medicamentosas (1,18%).

Gráfica 21. Tipos de errores más evidentes observados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones²¹



Fuente: Construcción propia.

Además de los reportes espontáneos describiendo los errores en la administración de opioides recién descritos, se realizó una pregunta adicional que aporta más información al respecto: ¿cuáles son los errores más representativos observados en la institución? Las respuestas se resumen en la Gráfica 22.

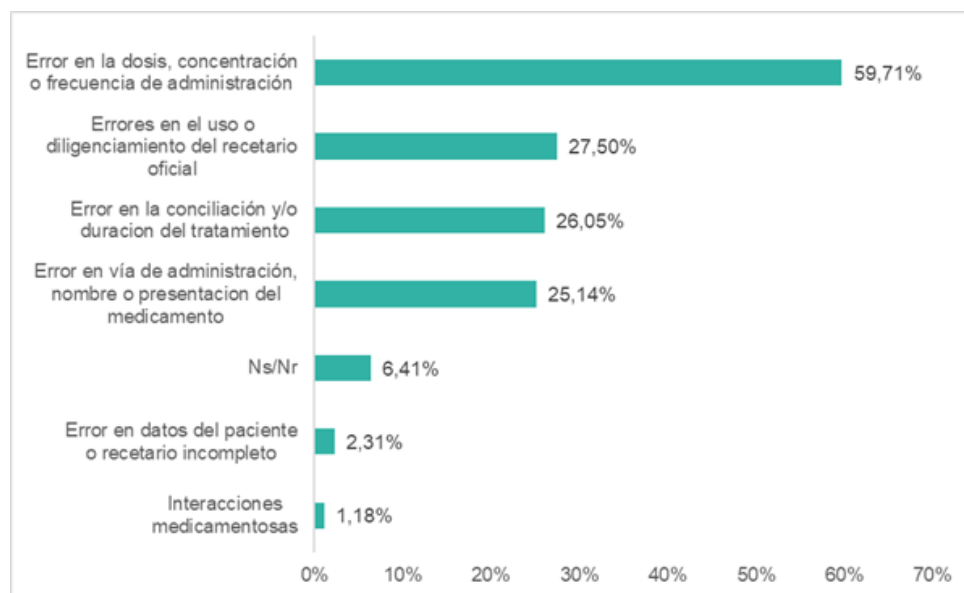
La categoría más frecuentemente mencionada fue la de Errores en la dosis, concentración o frecuencia de administración de los medicamentos opioides (59,71%).

Con porcentajes similares de entre 20 y 30 por ciento, se evidenciaron tres categorías: 27,5% de las respuestas mencionan Errores en el uso o diligenciamiento del recetario oficial, 26,05% se relaciona con Errores en

la conciliación y/o duración del tratamiento y finalmente, un 25,14% se relaciona con errores en la vía de administración, o el nombre o presentación del medicamento.

Como categorías con baja frecuencia se encuentran algunos reportes de Errores en los datos del paciente o el recetario (2,31%), y errores en interacciones medicamentosas (1,18%).

Gráfica 22. Tipos de errores más representativos evidenciados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones²²



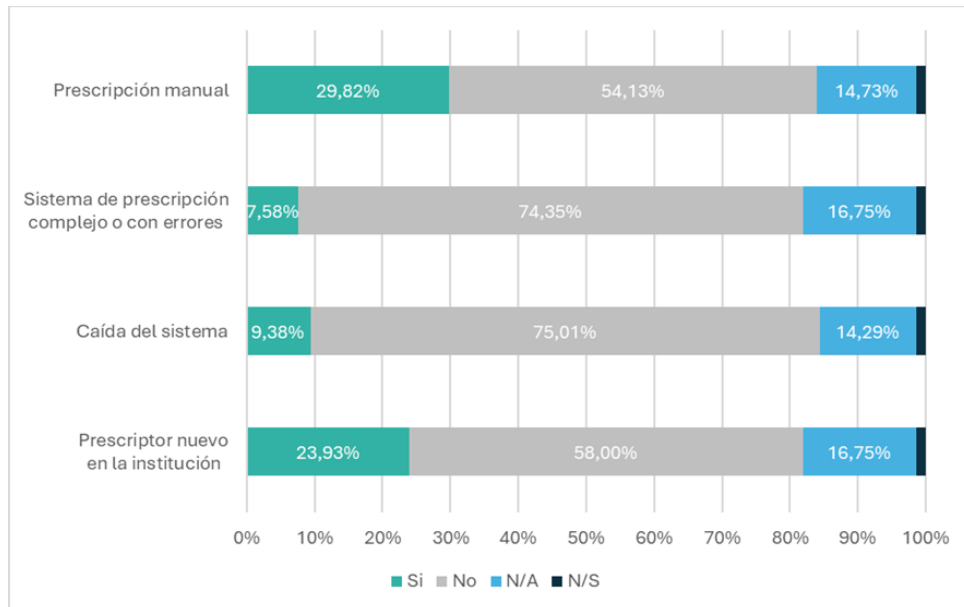
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 23. ¿Podría indicar en que situaciones se evidencian más errores de prescripción?

En esta pregunta se mencionan diferentes situaciones en las que se pueden presentar errores de prescripción para que en entrevistado defina si ha observado esas situaciones como causa de errores. Los resultados para cada una de las situaciones se presentan en la Gráfica 23. La Prescripción manual es la situación más frecuentemente citada en la que

se presentan errores de prescripción (29,82%). Con un porcentaje algo menor se menciona, en segundo lugar, la circunstancia de tener algún Prescriptor nuevo en la institución. Con porcentajes menores al diez por ciento, se mencionan las “Caídas” del sistema (9,38%) y la circunstancia de tener un Sistema de prescripción complejo o con errores (7,58%).

Gráfica 23. Situaciones en las que se evidencian errores de prescripción²³



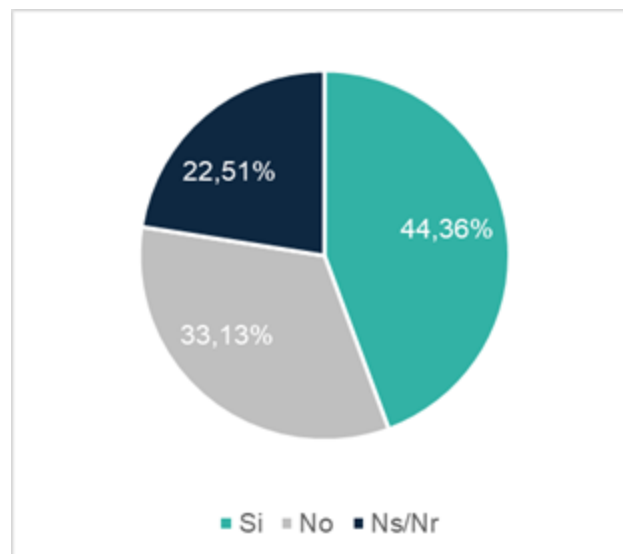
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 24. ¿En la institución los médicos diligencian de manera correcta el recetario oficial para la prescripción de los medicamentos opioides que sean de control especial?

Con esta pregunta se busca conocer la percepción del área del servicio farmacéutico respecto al diligenciamiento del recetario oficial (RO), por parte del área médica (ver Gráfica 24).

Los resultados muestran que el 44,36% de los profesionales del área del servicio farmacéutico considera que los médicos diligencian correctamente el recetario oficial, el 33,13% señaló que no, y el 22,51% manifestó no saber o no respondió.

Gráfica 24. Percepción del correcto diligenciamiento de Recetario Oficial²⁴



Fuente: Construcción propia.

Un participante expresa que la digitalización es una necesidad en los recetarios oficiales, comparándolos con el sistema MIPRES: "[...] *Ojalá yo hubiese una plataforma como así en MIPRES que sea sistemática y no se maneje tanto ese formato*". (Entrevista 18, Cartagena - Bolívar).

Sin embargo, algunas referencias indican que ya se realiza prescripción electrónica para medicamentos opioides. Estas citas reflejan que algunas instituciones ya han incorporado plataformas electrónicas o sistemas internos para la prescripción y control. Entre los ejemplos mencionados se encuentran el uso de hojas de consumo digitalizadas y unificadas por paciente, sistemas de prescripción electrónica autorizados o plataformas

propias aprobadas por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes, y la integración con Systems, Applications, and Products in Data Processing (SAP) para automatizar formularios. Algunas respuestas a la pregunta sobre recetarios oficiales respaldan dichas tendencias:

"No, porque no se usa, se unificó con SAP. Automatizamos el formulario en SAP, no manejamos ningún formulario físico, salvo el oficial del Fondo de Estupefacientes para consulta externa. [...] El sistema descarga toda la información del paciente, calcula dosis y estandariza concentraciones y vías de administración para reducir errores". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

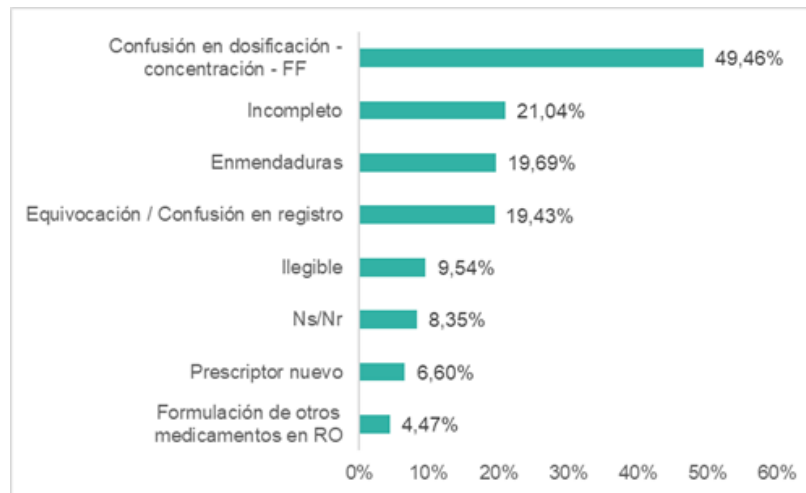
"No, nosotros no manejamos recetario oficial porque tenemos autorización del fondo rotatorio para manejar nuestro sistema que es muy completo y tiene toda la información". (Entrevista 119, Armenia - Quindío).

En otros escenarios, muy pocos, se evidencia un manejo mixto se utiliza la prescripción electrónica para el manejo interno, mientras que el recetario físico se reserva para pacientes ambulatorios o al momento del egreso hospitalario, como requisito para el acceso a medicamentos de control especial en la EPS. La cita lo confirma:

"Sí, nosotros tenemos acá el formulario digital para la parte intra y para la parte ambulatoria que sale, sí, el recetario normal. Una de las características que se mira acá es la verificación de que cumple con los requisitos del recetario. Entonces, creo que primero que todo el manejo en el SAP ha facilitado muchísimo para esa parte que cumple con todos los requerimientos. En el SAP queda el formulario digitalizado [...] y el formulario manual es para aquellos pacientes ambulatorios". (Entrevista 164, Cali - Valle del Cauca).

La siguiente pregunta es dirigida hacia quienes perciben que existe registro erróneo en el recetario oficial, consultándoles por cuáles son los errores más representativos. En la Gráfica 25 son presentados los resultados. Los participantes podían mencionar uno o más errores observados según su experiencia en el servicio farmacéutico.

Gráfica 25. Errores más representativos en el diligenciamiento del RO²⁵



Fuente: Construcción propia.

Los resultados muestran la mayor frecuencia de menciones para los errores relacionados con Confusión en dosificación, concentración o forma farmacéutica (49,46%). Por ejemplo, como en la siguiente cita:

"[...] Concentración de medicamentos, cálculo en las cantidades para días de tratamiento [...]". (Entrevista 111, Medellín - Antioquia). "Forma farmacéutica errónea y concentración errónea". (Entrevista 103, Cauca - Antioquia).

Los errores en dosificación hacen referencia a confusión en las unidades de medida, como se recalca en esta cita: *"Y la otra es en la presentación del medicamento, que se suelen equivocar entre microgramos, miligramos". (Entrevista 148, Pasto - Nariño).* También se identificaron por parte de los entrevistados algunas equivocaciones en la vía de

administración, por ejemplo, confundir la forma farmacéutica o disponibilidad del medicamento, una cita lo expresa de la siguiente manera: *“La forma farmacéutica y la presentación comercial”*. (Entrevista 9, Puerto Colombia - Atlántico).

Los formularios incompletos son la segunda mención más importante de errores en RO, se estima que un 21,04% del personal del servicio farmacéutico evidencian este error y lo expresan en citas como: *“Información incompleta en cuanto a fechas, utilizan siglas [...]. Entonces es más que todo incompleta [...].”* (Entrevista 63, Duitama - Boyacá).

Las enmendaduras representaron el 19,69% de las menciones, las equivocaciones o confusión en registro respecto a la información diligenciada se estimada con un 19,43% y los formularios con letra ilegible con el 9,54% también fueron mencionados. Algunas expresiones que evidencian estas situaciones son: *“Diligencian mal la información en el espacio que no corresponde”*. (Entrevista 151, Pasto - Nariño). O *“no es legible la información”*. (Entrevista 138, Villavicencio - Meta). La presencia de estas tres categorías sugiere que la dependencia de registros manuales incrementa la probabilidad de errores en la prescripción en los recetarios oficiales.

Algunos errores son asociados a que el prescriptor es nuevo, se estima que el 6,60% reporta esta situación, como lo expresan aquí:

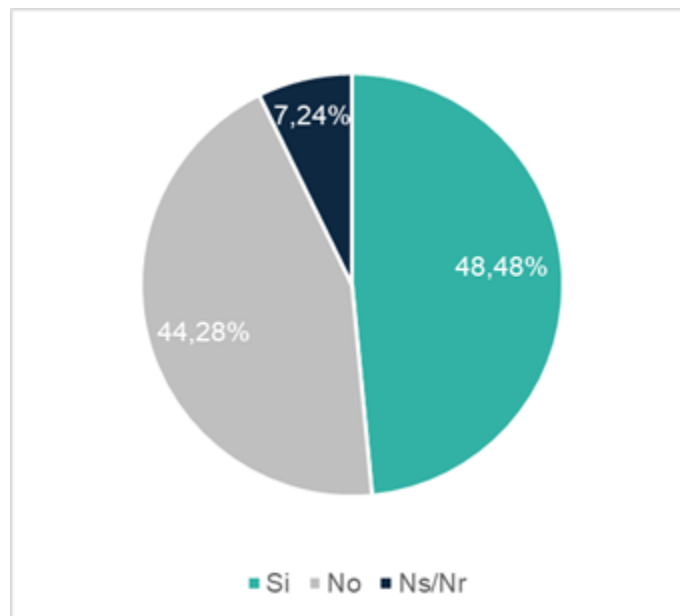
“Cuando hay un nuevo prescriptor es donde se evidencian más errores, sin embargo, siempre se les hace una socialización de ese recetario”. (Entrevista 25, Montería - Córdoba). Otra equivocación nombrada es la de incluir medicamentos que no son controlados en los RO, esta cita lo confirma: *“Cuando formulan más medicamentos dentro de la misma fórmula”*. (Entrevista 79, Bucaramanga - Santander).

Pregunta 26. ¿Llevan a cabo seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes con medicamentos opioides?

El seguimiento farmacoterapéutico en pacientes tratados con opioides se incluyó en la indagación dirigida al personal del servicio farmacéutico. La pregunta tuvo como propósito identificar la existencia de esta actividad dentro de las instituciones, dado que constituye un componente esperado en los procesos de gestión de calidad y seguridad clínica.

Los resultados, presentados en la Gráfica 26, muestran que el 48,48% de los profesionales del servicio farmacéutico afirmó realizar esta actividad, mientras que el 44,28% indicó no llevarla a cabo. Un 7,24% manifestó no saber o no respondieron.

Gráfica 26. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con medicación de opioides²⁶



Fuente: Construcción propia.

Varias de las respuestas afirmativas indican que el seguimiento se lleva a cabo, pero con criterios no estandarizados o por razones diversas. Mientras algunos profesionales lo aplican de manera general como parte de su labor asistencial y administrativa otros lo restringen a medicamentos considerados de alto riesgo, entre ellos opioides como la meperidina, la morfina y el tramadol. Por ejemplo, expresiones como: *"Si, se le hace seguimiento a la mayoría, porque igual es una parte asistencial y administrativa, entonces trato de coger una población para hacer"*. (Entrevista 2, Barranquilla - Atlántico). O *"si, para medicamentos de alto riesgo, de los opioides la meperidina la morfina y el tramadol están marcados así"*. (Entrevista 12, Soledad - Atlántico).

El seguimiento farmacoterapéutico a opioides no se realiza de manera diferenciada, sino que se incluye dentro de prácticas generales, la siguiente cita también lo expresa:

"Si, no lo hacemos en base a un medicamento específico, lo hacemos en base a diferentes criterios, pacientes con enfermedades crónicas [...], pacientes polimedicados o mayor a 5 medicamentos, paciente de interconsulta, es decir que no tienen adherencia terapéutica o que ya tengan problemas relacionados con medicamentos". (Entrevista 4, Barranquilla - Atlántico).

Adicionalmente, otras menciones señalan que el seguimiento se encuentra integrado en los programas institucionales de farmacovigilancia, como lo expresa la siguiente cita:

"Si, hacemos un seguimiento en cuanto a la prescripción, eso lo hacemos dentro del programa de farmacovigilancia". (Entrevista 122, Arauca - Arauca).

Entre las respuestas negativas a la realización del seguimiento farmacoterapéutico se encuentran expresiones que señalan su no implementación por limitaciones administrativas, o que se encuentra en

proceso de consolidación, o que únicamente se lleva a cabo cuando ocurre un evento adverso. Un ejemplo de ello es la afirmación: *"No, el seguimiento en la actualidad no se hace, realmente cuando sucede un evento adverso es lo que se hace en la investigación por seguridad"*. (Entrevista 162, Cali - Valle del Cauca). De manera similar, otra respuesta refleja la fase inicial de implementación: *"No, hasta ahorita apenas estamos como consolidando la parte de farmacovigilancia [...] estamos arrancando con los pacientes oncológicos que son los más críticos y [...] tienen sus medicamentos de dolor, entonces ahí [...] estamos haciendo como esa parte"*. (Entrevista 160, Cali - Valle del Cauca).

A los participantes que respondieron negativamente al llevar a cabo el seguimiento farmacoterapéutico, se les consultó, adicionalmente, por la necesidad de su realización. Los resultados son mostrados en la Gráfica 27, donde un 58,74% de los profesionales del servicio farmacéutico responde afirmativamente a esa necesidad. Algunos participantes confirman esta necesidad de suplir esa carencia para garantizar la seguridad clínica:

"Sí, porque el apoyo del servicio farmacéutico es indispensable para la prevención de errores, reacciones adversas, medicamentos, o sea problemas relacionados con el uso de medicamentos o reacciones adversas negativas". (Entrevista 44, Sincelejo - Sucre).

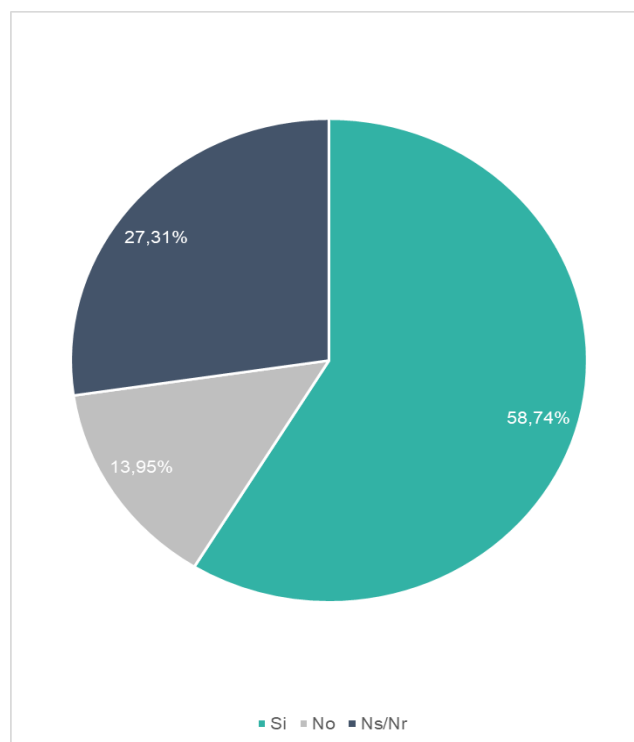
El 13,95% del personal considera que no es necesario realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con opioides, argumentando razones como la naturaleza de la institución o la ausencia de eventos adversos con estos medicamentos. Al respecto, un entrevistado señaló:

"No, porque la clínica es prácticamente ambulatoria. Aquí realizamos el procedimiento, pero el paciente va a su control con la IPS y allá lo medican y le hacen el seguimiento respectivo". (Entrevista 5, Barranquilla - Atlántico).

De manera similar, otro participante manifestó:

"No, pues hasta el momento no se ha tenido como situaciones con este medicamento. Consideraría que no es tan trascendental, pero de pronto si se tuviera un grupo más amplio se podría incluir dentro de los seguimientos que se realizan". (Entrevista 59, Bogotá).

Gráfica 27. Necesidad de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con opioides²⁷



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 27. ¿En la institución se cuenta con programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros?

Los hallazgos muestran una amplia variabilidad en la existencia y alcance de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones participantes (Gráfica 28). El 21,61% mencionan no tener disponibles en sus instituciones algún programa de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura. El 1,11% menciona que no cuentan con disponibilidad, pero que está en proceso de construcción en su institución.

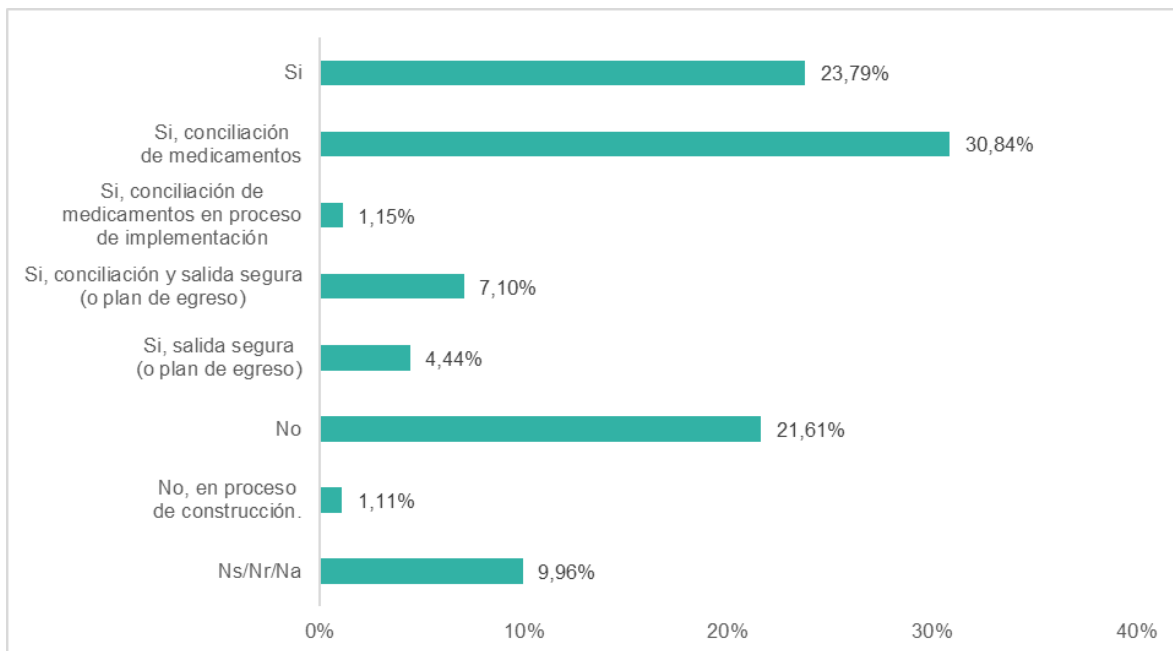
Entre las respuestas positivas, la más frecuente fue la relacionada con la conciliación de medicamentos, con el 30.84%, y, en segundo lugar, la afirmación Sí sin especificar detalles al respecto. Otras categorías mencionadas en las respuestas positivas son, en orden descendente, la Conciliación y salida segura, o plan de egreso (7,10%), y La salida segura o plan de egreso sin mencionar conciliación (4,44%).

Algunos entrevistados reportaron contar en sus instituciones con procedimientos estructurados, que involucran tanto especialidades médicas, como la realización de actividades de seguimiento desde el servicio farmacéutico: *"Tenemos una toxicóloga que nos apoya con todo el tema de conciliación. Entonces lo que hacemos mensualmente es que seleccionamos unas historias clínicas (...) y empezamos a revisar de los pacientes que han egresado a cuáles se les ha hecho adecuadamente conciliación"*. (Entrevista 85, Neiva - Huila). En otros escenarios, los programas se encontraban en proceso de implementación, como se describió: *"Estamos montando muchos procesos y procedimientos y dentro de eso vamos a incluir el proceso de conciliación (...) aquí hay médicos tradicionales indígenas, parteras indígenas y sabedores, entonces se da cabida también a ese manejo intercultural"*. (Entrevista 130, Inírida - Guainía).

Sin embargo, se identificaron casos en que la conciliación se entendía de forma restringida a la recepción técnica de medicamentos que los pacientes traen consigo, como cuando se indicó: *"Esa conciliación va más que todo a todos estos medicamentos que de pronto trae el paciente de afuera (...) pero es muy poco los pacientes que han llegado así"*. (Entrevista 127, Yopal - Casanare). Incluso, algunos testimonios evidencian confusión conceptual, al equiparar la conciliación con la custodia o uso intrahospitalario de fármacos que los pacientes puedan aportar:

"No manejamos conciliación con opioides, acá se formula todo desde el que el paciente llega, no podemos garantizar que de pronto ese tipo de medicamentos se haya gestionado de una forma adecuada, entonces desde que llega el paciente, al paciente se le formulan sus medicamentos, de pronto para conciliación otro tipo de medicamentos que se instauren, que no se manejen acá, pues al paciente se le podría decir bueno los puede traer y se revisan que cumplan con las características técnicas pero con opioides no me parece que sea lo adecuado". (Entrevista 59, Bogotá).

Gráfica 28. Disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones de salud²⁸



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 27.1. ¿Considera que hace falta?

Respecto a la percepción de necesidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros (Gráfica 29), se encuentra que el 20,82% manifiestan que sí son necesarios, el 15,15% manifiesta que no, y el 62,06% manifiesta no saber, no responder, o no se les hizo la pregunta al haber contestado que su institución sí cuenta con tales programas.

Varios profesionales reconocieron la importancia de contar con conciliación, pero señalaron limitaciones operativas para su implementación. Así, un participante afirmó:

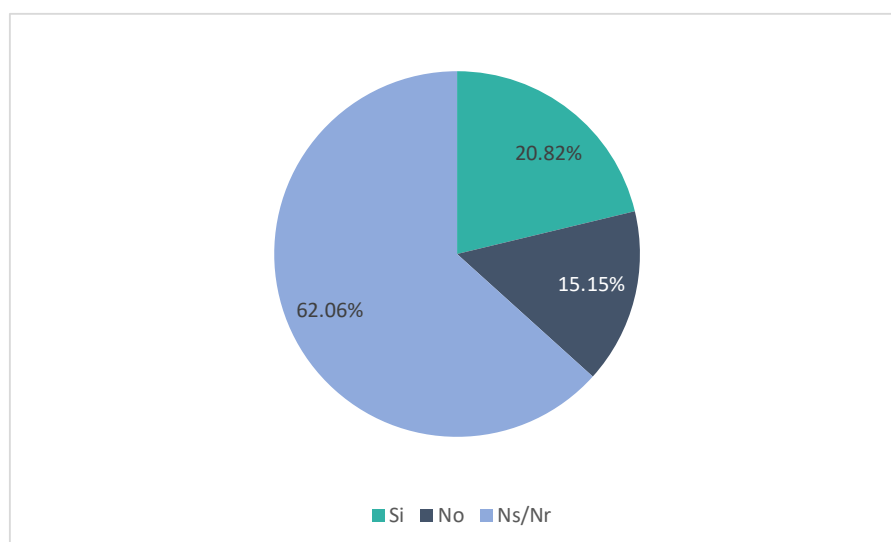
"hace falta mucho la conciliación y la reconciliación medicamentosa (...), como usted se da cuenta, soy el único químico farmacéutico de la institución y cada programa requiere un químico farmacéutico". (Entrevista 134, Villavicencio - Meta).

Una limitación similar fue reportada en Quibdó: *"sí, pero no hay suficiente personal". (Entrevista 145, Quibdó - Chocó).*

En contraste, en instituciones de carácter ambulatorio se consideró que estos programas no son necesarios:

"es que es una institución netamente ambulatoria (...) el paciente entra, se hace un procedimiento de 15, 20 minutos a una recuperación de una hora máximo y el paciente nuevamente sale caminando (...) entonces no es necesario". (Entrevista 132, Villavicencio - Meta).

Gráfica 29. Percepción sobre la necesidad de implementar programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura²⁹



Fuente: Construcción propia.

En conjunto, los resultados sugieren que, aunque existen experiencias institucionales que avanzan en la implementación de programas de conciliación y egreso seguro, persisten diferencias marcadas tanto en la disponibilidad real como en la comprensión del concepto, y también en la valoración de su pertinencia.

Pregunta 28. ¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?

Los reportes de farmacovigilancia relacionados con opioides son centrales en la supervisión y evaluación de la seguridad de estos medicamentos, particularmente en escenarios en donde existen riesgos por el uso indebido de la sustancia, reacciones adversas y posibles situaciones de abuso y dependencia. En relación con la pregunta acerca de si la institución cuenta tales reportes, las respuestas reflejaron los siguientes valores (ver Gráfica 30): el 68,60% de las respuestas indicó que No, el 22,06% de los participantes respondió Sí, el 2,67% indicó Si para opioides no controlados, el 2,59% señaló Si por falta de disponibilidad, y el 7,04% correspondió a la categoría Ns/Nr/Na.

Algunas declaraciones expresan que, aunque los programas de farmacovigilancia están activos, no han tenido la necesidad de reportar situaciones relacionadas con medicamentos opioides. Por ejemplo:

"No, hasta el momento no se han presentado reportes ni reacciones ni eventos adversos. Nuestro programa de farmacovigilancia lo llevamos, tenemos los indicadores, pero hasta el momento no se nos han presentado ese tipo de eventos o reacciones adversos o cualquier otro problema relacionado con esos medicamentos".
(Entrevista 147, Ipiales - Nariño).

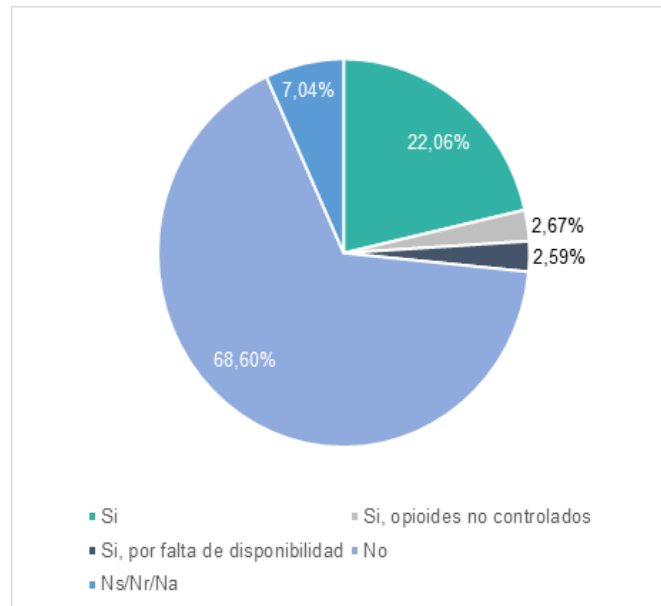
Por su parte, algunas respuestas afirmativas describen el proceso de manejo y análisis del caso:

"Si, de pronto recuerdo unos dos o tres casos controlados, pues se hace toda la investigación dependiendo del tipo de incidente que haya ocurrido, del suceso. Si realmente es sólo un incidente, pues se hace una verificación de historia clínica. Si está todavía el paciente y es necesario hablar con él, se hace la intervención a la entrevista o con el personal involucrado en el servicio. Ya si es algo que haya generado un evento adverso y dependiendo de la gravedad, se establece un protocolo de Londres. Participamos todos los involucrados y se hace todo el análisis". (Entrevista 72, Facatativá - Cundinamarca).

Otras declaraciones indican el protocolo de reporte de los eventos en la base de datos de farmacovigilancia Vigiflow:

"Si, como le decía en su momento tuvimos uno con una morfina algunos con tramadol, pero tendrá que revisar completito todo el listado para poder decir los que tenemos montados en vigiflow que todos se reportan en vigiflow, en el último trimestre no, mucho más tiempo". (Entrevista 3, Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 30. ¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?³⁰



Fuente: Construcción propia.

Las respuestas afirmativas a la pregunta anterior fueron ampliadas con la solicitud de información sobre la existencia de casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides presentados en la institución en el último trimestre. Los resultados por menciones fueron los siguientes (ver Gráfica 31): Sí (12,58%), Si/casos no serios (27,16%), Si/en el último año o más tiempo (14,99%), Si/fallo terapéutico (7,00%), Si/sin especificar periodo de tiempo (2,15%), No (20,70%), Ns/Nr (26,32%).

El reporte de casos no serios en el último trimestre representó la mayoría de las menciones. La siguiente afirmación es ilustrativa: "*Casos serios no hay, o que te comento ahorita era los incidentes que tuvimos en el volumen en la forma como estaban haciendo la dilución en ciertos servicios, pero ya se hizo la intervención, se hizo una capacitación y ya se solucionó*". (Entrevista 158, Cali - Valle del Cauca).

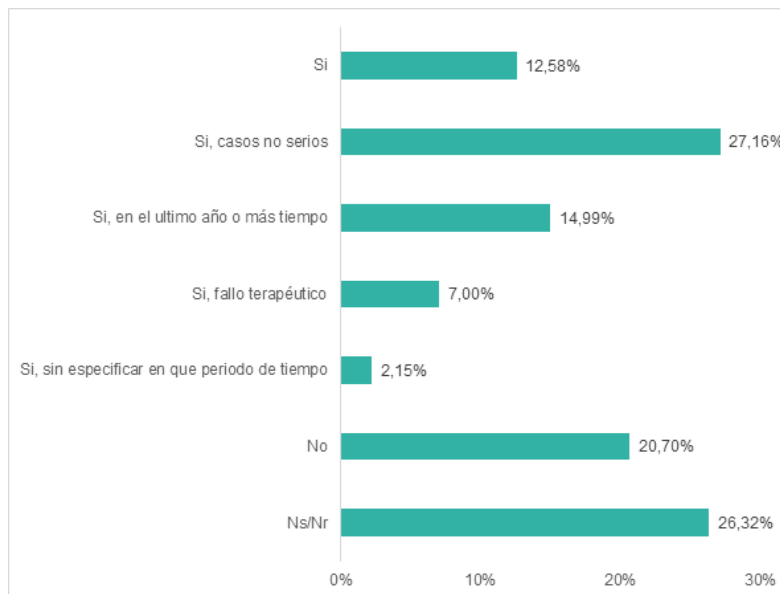


Por otro de lado, declaraciones como las de Tunja y Medellín, señalaron casos serios relacionados con morfina en los que se generaron los reportes de farmacovigilancia:

"Si, hemos tenido por disponibilidad de medicamento morfina. En un momento la secretaría de salud no tenía disponibilidad de 10 miligramos, entonces nos vendieron de 50 miligramos en 5 mililitros. Cuando el medicamento ingresó a la institución, se les hizo un despliegue al personal asistencial que iba a estar disponible esa dosificación, o esa presentación comercial. Sin embargo, hubo errores de administración. Tuvimos casos de pacientes a los que se les sobre dosificó con morfina". (Entrevista 67, Tunja - Boyacá).

"Si, me hiciste recordar que hace un año o un poco más, hubo un evento relacionado a morfina, con un neonato, donde la profesional era nueva, formada en otro país. Hasta donde recuerdo el evento las dosis que utilizó no fueron las adecuadas. Eso se reportó de forma inmediata en las 72 horas del evento. Ese si fue con morfina, fue un evento serio". (Entrevista 107, Medellín - Antioquia).

Gráfica 31. ¿Podría indicar cuantos casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides se han presentado en la institución en el último trimestre? ³¹

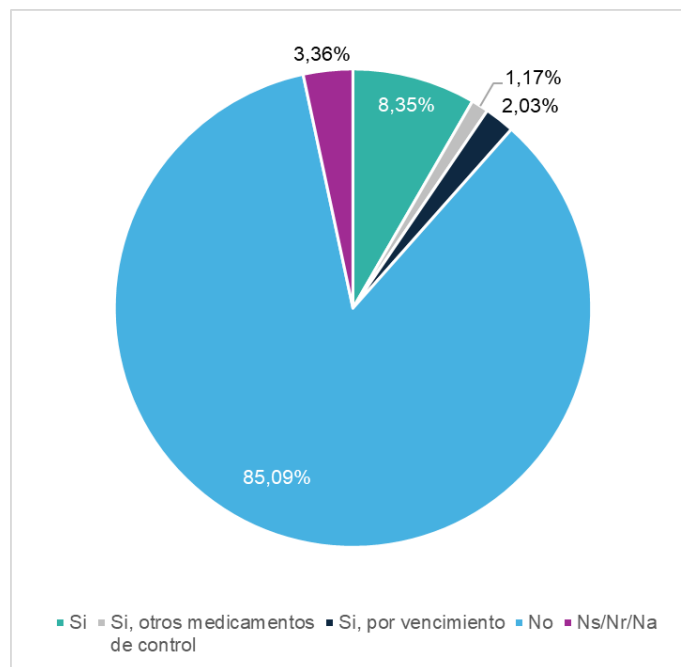


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 30. ¿En la institución se han presentado pérdidas de medicamentos opioides?

Al indagar si en las instituciones de salud se habían presentado pérdidas de medicamentos opioides, como se puede observar en la Gráfica 32, la mayoría de los participantes (85,09%) respondió negativamente. Un 8,35% reportó pérdidas de opioides (Sí), mientras que un 1,17% manifestó haber experimentado pérdidas en otros medicamentos de control especial. Por otra parte, un 2,03% indicó que las pérdidas correspondieron a vencimientos, y un 3,36% seleccionó la opción No sabe/No responde/No aplica.

Gráfica 32. Ocurrencia de pérdidas de medicamentos opioides³²



Fuente: Construcción propia.

El análisis cualitativo permitió identificar que, en los casos donde se reconocieron pérdidas, estas se asociaron principalmente al manejo operativo de inventarios y a debilidades en los procesos de control. Un participante comentó:

"Bueno, a ver el tramadol de pronto. no estoy tan seguro porque mira que el sistema de los hospitales es manual. estamos migrando ahora en julio... cuando tú haces inventario por norma, pues dos veces al año, no se debe hacer. siempre sobran o faltan. entonces es por eso, porque no someter. pues en principio pienso eso, pero medicamentos de control no". (Entrevista 146, Ipiates - Nariño).

En esta misma línea, también se destacó la complejidad del manejo de ciertos medicamentos por la magnitud de las cantidades dispensadas:

"Entre los turnos es muy estricto, lleva los contenidos diarios, pero por ejemplo medicamentos como el tramadol, que no tienen esa connotación tan normativa, digámoslo así, que no son sujetos tanto a inspección, no se entregan diariamente. Son cantidades altísimas". (Entrevista 146, Ipiales - Nariño).

También se identificaron percepciones relacionadas con la necesidad de ajustes en los inventarios debido a inconsistencias entre los registros y la disponibilidad real:

"Supongo que alguna vez se tuvo que haber hecho un ajuste al inventario, teniendo en cuenta que no se ajustaba la realidad con lo que aparecía en el sistema. los motivos serán motivos de investigación, pero digamos que el manejo sobre todo de ese medicamento en específico también es muy complejo". (Entrevista 146, Ipiales - Nariño).

De forma complementaria, citamos otro participante que señaló pérdidas de medicamentos asociadas a la administración en los servicios clínicos:

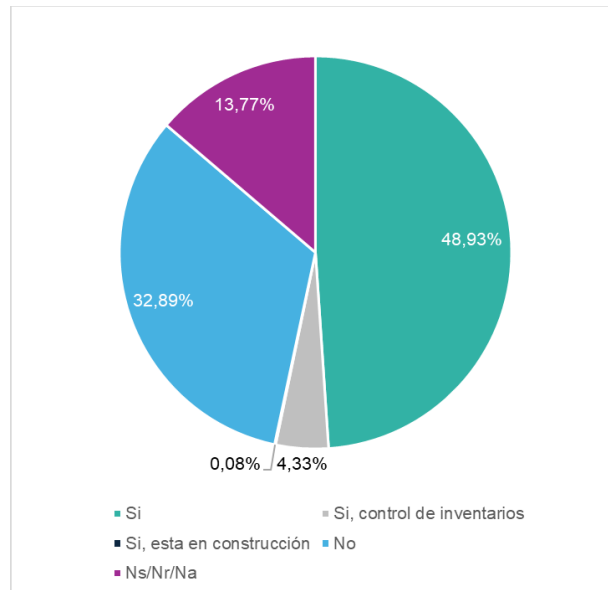
"Sí, sí hemos tenido algunas pérdidas, más que todo de los carros... se entregan en los servicios los medicamentos y tuvimos un par de casos donde no, cuando llegaban a administrar el medicamento no lo encontraba". (Entrevista 61, Bogotá).

Pregunta 31. ¿La institución cuenta con un protocolo/Procedimiento que indique como proceder en estos casos o usted como procede en estos casos?

Esta pregunta está orientada a identificar si las instituciones cuentan con protocolos o procedimientos para actuar en caso de pérdida de opioides (Gráfica 33). El 48,93% de los entrevistados respondió "Sí", lo que indica que disponen de documentos formales para guiar estas situaciones. En

contraste, un 32,89% manifestó No contar con protocolos. Un 13,77% seleccionó la opción “Ns/Nr/Na” (no sabe, no responde o no aplica), mientras que un 4,33% indicó Sí, control de inventarios; como mecanismo de gestión y un 0,08% refirió que el protocolo se encuentra en construcción.

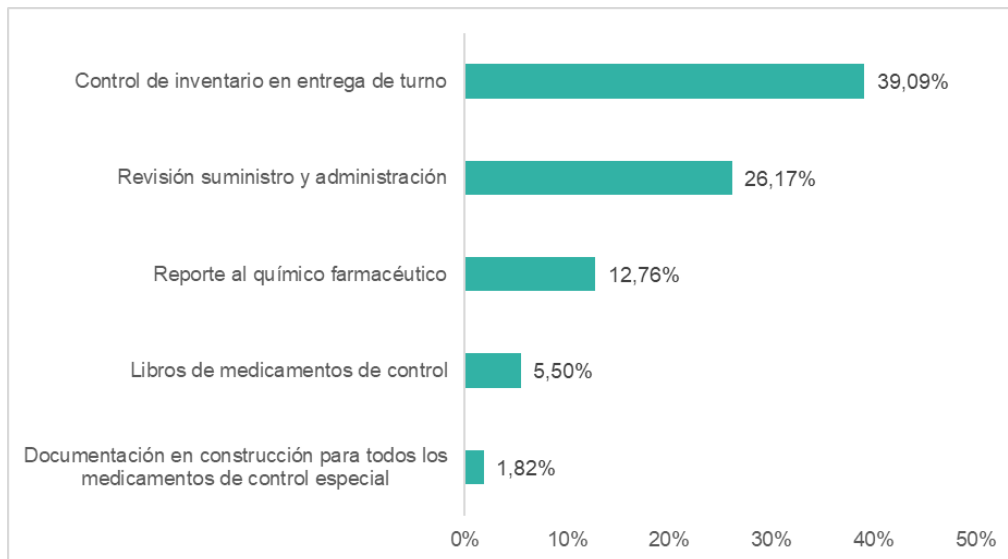
Gráfica 33. Disponibilidad de protocolos para el manejo de pérdidas de medicamentos³³



Fuente: Construcción propia.

Para los casos que señalaron “Sí, control de inventarios” o “Sí, en construcción”, se solicitó la descripción sobre los protocolos o procedimientos (Gráfica 34). Allí, el 39,09% de los entrevistados indicó el uso de control de inventario en la entrega de turno, seguido del 26,17% que reportó la revisión del suministro y administración. El 12,76% mencionó el reporte al químico farmacéutico, mientras que un 5,50% señaló la utilización de libros de medicamentos de control. Finalmente, un 1,82% manifestó que la documentación institucional aún se encuentra en proceso de construcción para todos los medicamentos de control especial.

Gráfica 34. Protocolos aplicados³⁴

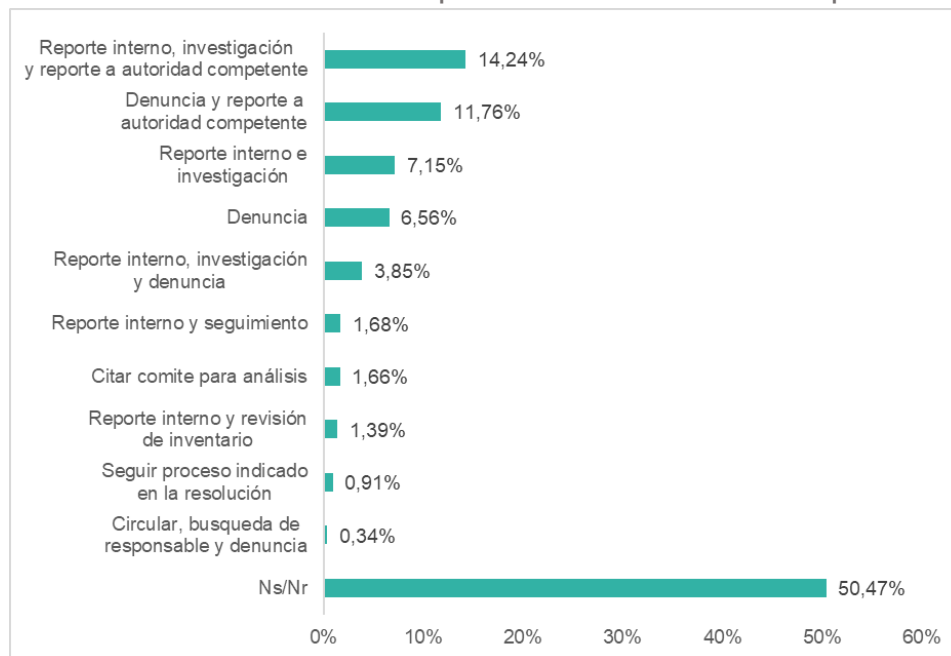


Fuente: Construcción propia.

Por otra parte, a quienes respondieron No contar con protocolos en la institución, se les hizo la pregunta de cómo proceden en caso de presentar pérdida de medicamentos opioides (ver Gráfica 35). Las categorías identificadas como más frecuentes fueron: Reporte interno, investigación y reporte a la autoridad competente (14,24%), Denuncia y reporte a la autoridad competente (sin investigación) (11,76%), Reporte interno e investigación (7,15%), Denuncia (6,56%), y Reporte interno, investigación y denuncia (3,85%).

Otras categorías con porcentajes cercanos al uno por ciento fueron, Reporte interno y seguimiento (1,68%), Citar comité para análisis (1,66%), Reporte interno y revisión de inventario (1,39%), Seguir proceso indicado en la resolución (0,91%), y Circular, búsqueda de responsable y denuncia (0,34%). Alrededor de la mitad de los entrevistados manifestaron no saber o no contestaron la pregunta (50,47%).

Gráfica 35. Procedimientos aplicados en ausencia de protocolos³⁵



Fuente: Construcción propia.

Sección 4: Lineamientos o guías

Pregunta 32. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos, manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?

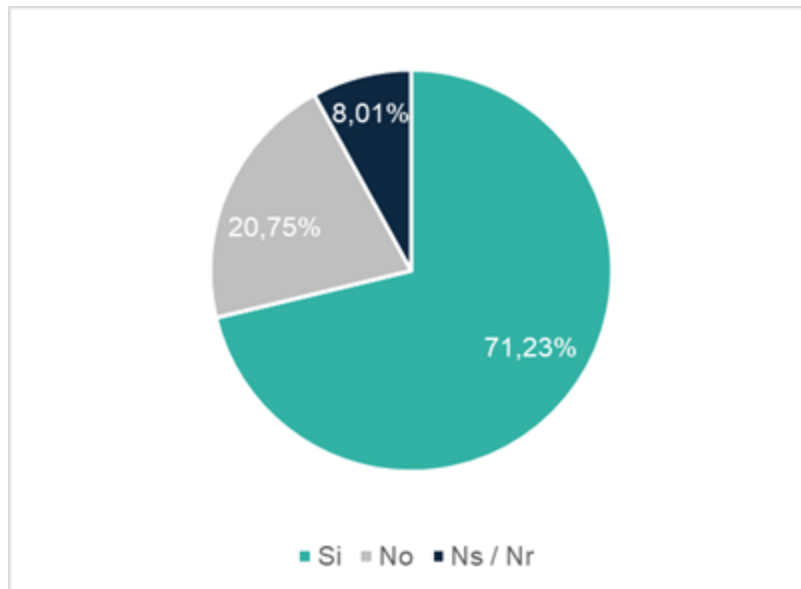
La pregunta se realizó con el propósito de identificar la existencia de procesos formales integrados al sistema de gestión de calidad, relacionados con el manejo y control de los medicamentos opioides.

La Gráfica 36 presenta los resultados obtenidos: el 71,23% de los entrevistados manifestó contar con guías o manuales para este fin, el 20,75 % indicó no disponer de estos documentos y el 8,01% refirió

desconocer su existencia o no respondió. En estas respuestas se puede sugerir la existencia de documentos generales, pero poco difundidos o asimilados por los entrevistados, como lo ilustra la siguiente cita:

"No, no hay protocolo ni nada, específicamente no, manejamos es un formato en farmacia, pero es como de inventario [...]. ¿Tiene un procedimiento de medicamentos de control especial? no, procedimiento no, es un formatico". (Entrevista 163, Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 36. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides³⁶



Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que respondieron afirmativamente en la pregunta anterior, se le consultó cuales eran los documentos existentes. La categoría más frecuente mencionada fue la de documentación sobre Manejo de medicamentos controlados, con una frecuencia de mención del 58,19% (Ver Gráfica 37). Las descripciones encontradas en estas

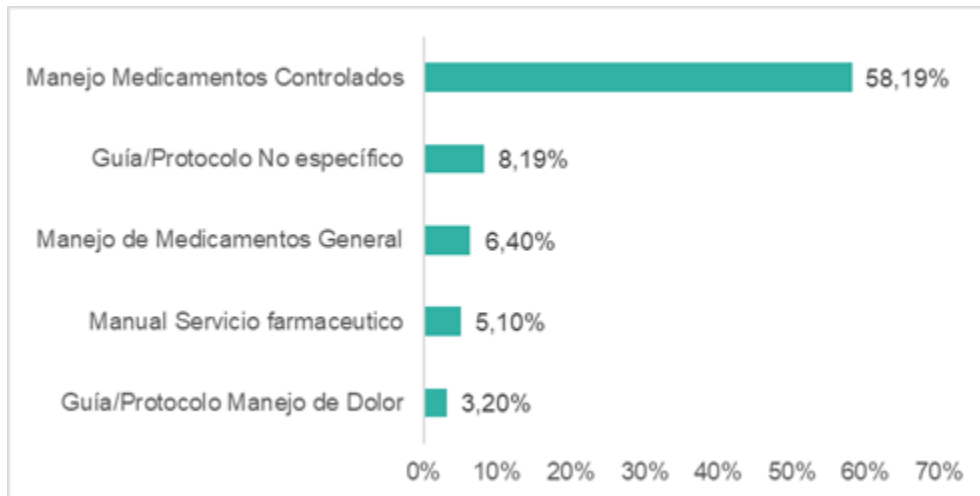
respuestas se orientan hacia el control y la vigilancia, la cita siguiente refleja la alineación con el cumplimiento de la normatividad nacional en la totalidad de la cadena de suministro:

"Nosotros tenemos el procedimiento para medicamentos de control especial y tenemos otro procedimiento de todo el tema de formatos, de los recetarios que se manejan y este procedimiento habla desde la adquisición, selección del medicamento para los medicamentos comerciales en monopolio del estado desde la solicitud al FRE Casanare a la industria farmacéutica, la dispensación y hasta el final su destrucción". (Entrevista 127, Yopal - Casanare).

Las guías o protocolos no específicos, con un 8,19% de menciones, corresponden a documentos de carácter general o dirigidos a diversas patologías, sin un enfoque particular en el manejo de medicamentos opioides. Las citas expresan así: *"guías de práctica clínica". (Entrevista 101, Bello, o "guía institucional". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).*

La categoría de Manejo de Medicamentos General, con el 6,40%, agrupa respuestas de carácter amplio que expresan cierta confusión conceptual, aunque con certeza de la existencia, la cita confirma lo dicho: *"creo que es manual de procesos, manual de procedimientos". (Entrevista 32, Riohacha, Guajira).*

Gráfica 37. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría³⁷



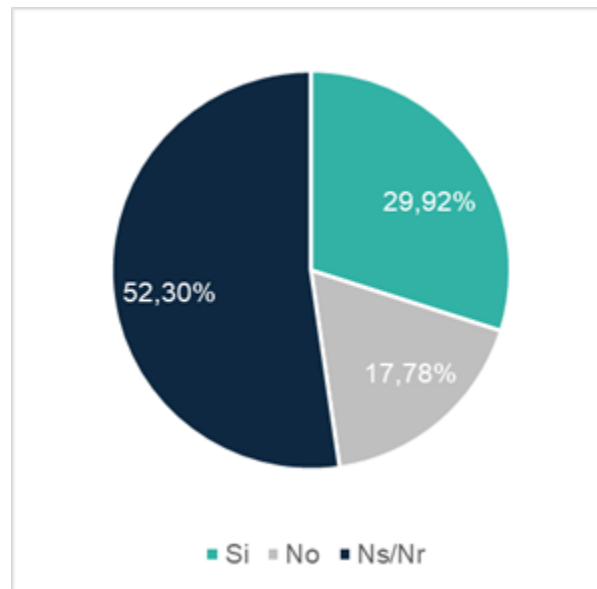
Fuente: Construcción propia.

La categoría Manual del Servicio Farmacéutico, con un 5,10%, y guías o protocolos de manejo de dolor con un 3,20% fueron observadas, pero con las menores frecuencias entre las respuestas.

Las menciones a resoluciones específicas fueron escasas y, cuando aparecieron, se orientaron principalmente a las Resoluciones 1478 de 2006, 315 de 2020 y 1403 de 2007, entre otras. La siguiente cita lo ilustra: “[...] basamos de la resolución de la 1403. 1403, la 2100, y la 1478, y ahí hay todo el compendio del servicio farmacéutico, todo”. (Entrevista 53, Bogotá).

A los participantes que manifestaron no contar con guías o manuales para la gestión de medicamentos opioides, se les consultó sobre la necesidad de incorporarlos a sus sistemas de gestión de la calidad. La Gráfica 38 presenta los resultados.

Gráfica 38. Necesidad de inclusión en sistema de calidad³⁸



Fuente: Construcción propia.

Las respuestas positivas (29,92%), expresan, en ocasiones, la necesidad de un documento más exclusivo como lo manifiesta el siguiente entrevistado:

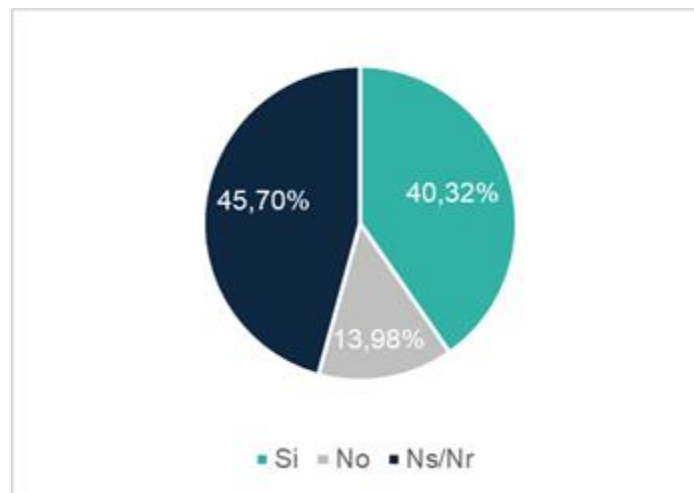
"Si, de hecho, estamos trabajando en eso, entre el programa del dolor y cuidado paliativo que estamos implementando, que se está buscando implementar desde la institución, pues también está el tema del protocolo del manejo adecuado de los anestésicos y de los medicamentos opioides." (Entrevista 85, Neiva - Huila).

El no necesitar guías representa un 17,78% de los participantes, aquí todas las manifestaciones aluden a la no necesidad por poseer otro documento general.

Pregunta 33. ¿Qué lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?

Se indagó sobre la fuente o referencia normativa de dichos documentos, con el propósito de identificar si se fundamentan en guías nacionales o internacionales y, de esta forma, evaluar su alineación con los protocolos locales. La Gráfica 39 presenta los resultados más generales sobre la pregunta: se estima que el 40,32% de los profesionales del área del servicio farmacéutico pueden referenciar alguna guía o algún lineamiento nacional o internacional; el 13,98% señalaron no fundar la documentación en algún referente o en todo caso no referenciaron ninguno, mientras que el 45,70% manifestó no saber o no respondió a la pregunta.

Gráfica 39. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides³⁹



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 40 presenta las fuentes normativas y documentales mencionadas como referencia en sus actividades relacionadas con el manejo de los medicamentos opioides. El tipo de fuentes más reportada corresponde a las relacionadas con la normatividad nacional vigente

(43,28%), en segundo lugar, están las guías emitidas por el Ministerio de Salud (29,11%) y, en tercer lugar, específicamente mencionaron las resoluciones 1478 de 2006 y 315 de 2020 (17,31%). Se evidencia así un patrón de referencia basado en guías o lineamientos con carácter vinculante, fundamentados en la normatividad nacional vigente, lo cual aporta legitimidad a los protocolos utilizados. La siguiente cita refleja lo dicho anteriormente: "[...] *Sí tienen adaptadas las prácticas nacionales, pero nosotros en el servicio farmacéutico si tenemos protocolos basados en la normatividad vigente*". (Entrevista 3, Barranquilla - Atlántico).

En menor proporción, algunos profesionales indicaron utilizar guías nacionales sin especificar (8,45%), guías o protocolos de manejo del dolor (7,84%) y lineamientos de la OMS (6,11%).

Otras referencias como el Decreto 780 y la Resolución 1403 (3,75%), guías internacionales sin especificar (1,80%) o protocolos no específicos (1,06%) tuvieron una frecuencia más baja. Finalmente, un 9,84% de los participantes no sabía o no respondió la pregunta.

Gráfica 40. Fuente o referencia de Guías o lineamientos⁴⁰



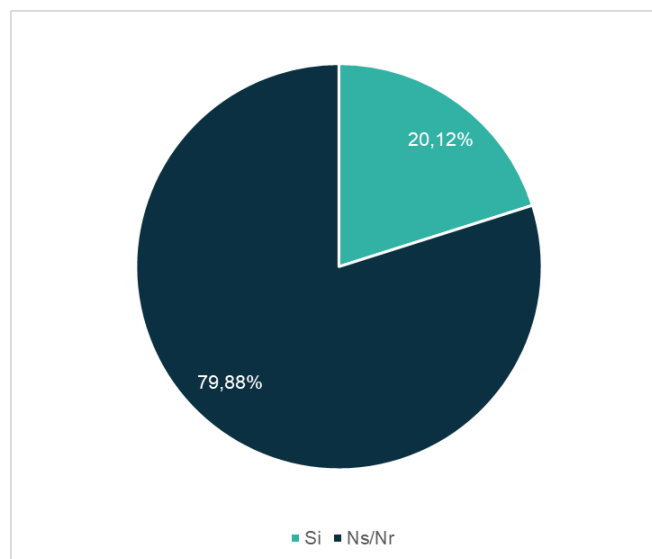
Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que respondieron negativamente a la existencia de guías en su institución, se les consultó su opinión sobre la necesidad de incluir una referencia o fuente normativa en sus sistemas de gestión de la calidad. Los resultados se presentan en la Gráfica 41, donde la gran mayoría manifestó como necesario incorporar guías o referentes nacionales o internacionales (79,88%).

Entre las expresiones que reflejan una necesidad específica se puede referenciar el siguiente ejemplo:

"Sí, me interesaría con tramadol, porque la rotación acá sí es alta, a nivel de manejo de dolor, es alta y es indiscriminada me pareciera". (Entrevista 140, Ibagué - Tolima).

Gráfica 41. Necesidad de referente nacional o internacional⁴¹

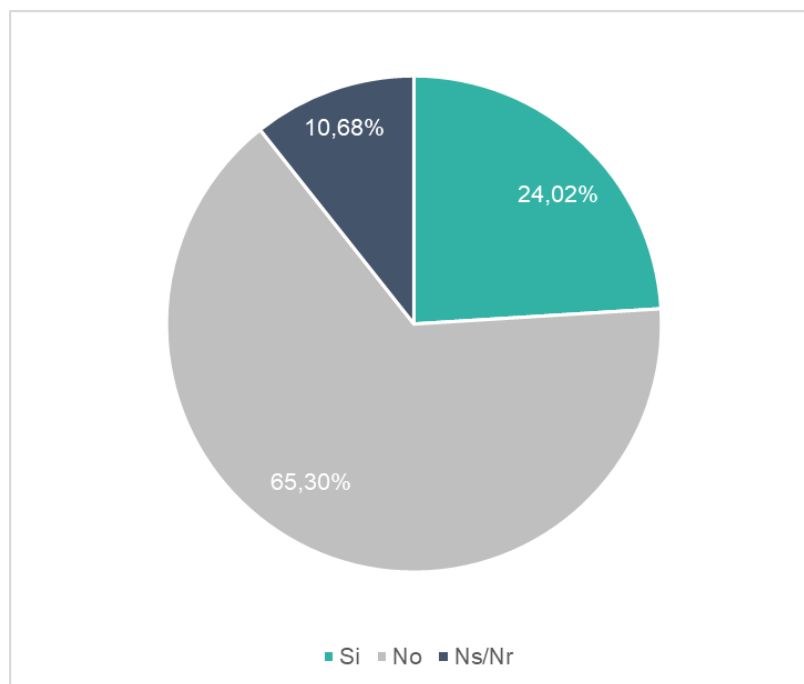


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 34. ¿Dentro los indicadores de gestión definidos en la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?

La pregunta se hizo con el finde establecer como se evalúa el monitoreo estadístico del uso de opioides en las instituciones de salud en Colombia. De acuerdo con la Gráfica 42, se estima que 65,3% del personal del servicio farmacéutico manifiesta que No discriminan ninguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. El 24,02% Sí realiza esa discriminación y un 10,68% No sabe o No responde a la pregunta.

Gráfica 42. Uso de indicadores de Gestión definidos para el uso y manejo de medicamentos opioides en las instituciones⁴²



Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas de la pregunta 34 presentaron información más detallada sobre cómo se discrimina el uso y manejo de medicamentos opioides en la institución. Información que se resume en la Gráfica 43.

Se estima que el 28,27% de las respuestas del personal del servicio farmacéutico manifestó manejar Indicadores de farmacovigilancia generales, no específicos para opioides, aunque los incluyen, como en la siguiente cita:

"Se pueden discriminar, por ejemplo, en farmacovigilancia cuantos casos son por medicamentos de control especial, aplica para algunos indicadores". (Entrevista 145 Quibdó, Choco).

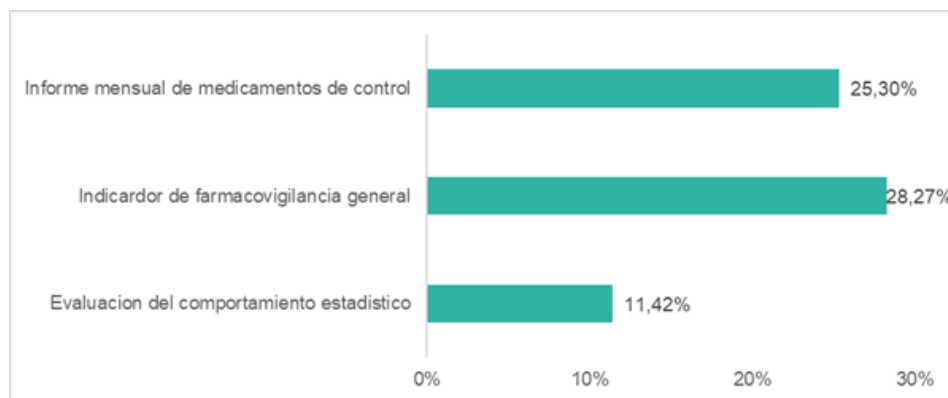
En el 25,3% de las respuestas recibidas, se mencionó que no poseen un indicador específico para opioides, sin embargo, consideran que la información suministrada en el informe mensual presentado al Fondo Nacional de Estupefacientes en el Anexo 13, puede ser utilizada como indicador o insumo para llevar un control sobre el uso y manejo de medicamentos opioides en la institución, principalmente porque está organizada y actualizada y permite tener un control detallado sobre los movimientos realizados mes a mes. La siguiente respuesta, por ejemplo, detalla el asunto:

"Solamente lo hacemos con lo que es monopolio del estado, y los que son los consumos normales de los medicamentos de control especial monopolio del estado, en ellos se discrimina el consumo, nada más, de cada uno de ellos, sí, hay cosas que estamos viendo sobre el uso de otros medicamentos, no solamente opioides, si no también otras sustancias, la presencia de benzodiacepinas, que también pudiesen de alguna manera ver como nosotros podemos mirar esos comportamientos que pudiésemos tenerlos como más claros y presentarlos ante los comités". (Entrevista 12 Soledad - Atlántico).

Un 11,42% de las respuestas mencionan utilizar la información del consumo estadístico mensual de medicamentos opioides (la misma que evalúan para proyectar y planear las compras) como posible indicador del consumo de estos medicamentos.

"Todavía no lo he estructurado como una ficha técnica, apenas estoy estructurando algunos indicadores y uno es de los medicamentos de control, incluso los opioides de control, entonces manejo la estadística para nosotros saber cómo va a partir del informe que se hace mensual, entonces ahí uno sabe porque por cada medicamento que sale, sales pues como digámoslo así una prescripción, entonces ahí yo manejo el indicador, entonces ahí vamos relacionándolo".
(Entrevista 160 Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 43. Consideraciones del personal del servicio farmacéutico sobre la forma de discriminar la información para el uso y manejo de medicamentos opioides⁴³



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 34.1. ¿Podría aclarar cuál es el indicador de gestión utilizado para el uso y manejo de medicamentos opioides?

Las respuestas afirmativas de la pregunta 34 y que describieron el tipo de indicador utilizado para discriminar el uso y manejo de medicamentos opioides en la institución, fueron analizadas y clasificadas de acuerdo con el tipo de información recibida (Gráfica 44).

Se encontró que el 18,01% de las respuestas menciona algún indicador de Farmacovigilancia general, como en la siguiente respuesta:

"Se pueden discriminar, por ejemplo, en farmacovigilancia cuantos casos son por medicamentos de control especial, aplica para algunos indicadores" (Entrevista 145 Quibdó - Chocó)

En segundo lugar, se mencionó Informe mensual de medicamentos de control (16,57%), considerado un indicador importante para el monitoreo del uso y manejo de medicamentos opioides. Cabe resaltar que la información consignada en el Anexo 13 contiene los detalles de los movimientos mensuales de los medicamentos monopolio y de control especial, y que este anexo representa una fuente actualizada y confiable en opinión del personal del servicio farmacéutico de los movimientos realizados.

"Solamente lo hacemos con lo que es monopolio del estado, y los que son los consumos normales de los medicamentos de control especial monopolio del estado, en ellos se discrimina el consumo, nada más, de cada uno de ellos, sí, hay cosas que estamos viendo sobre el uso de otros medicamentos, no solamente opioides, si no también otras sustancias, la presencia de benzodiacepinas, que también pudiesen de alguna manera ver como nosotros podemos mirar esos comportamientos que pudiésemos tenerlos como más claros y presentarlos ante los comités". (Entrevista 12 Soledad - Atlántico).

Un tercer grupo de respuestas fue clasificado como Evaluación del comportamiento estadístico, para el cual se estima que un 11.83% de las respuestas lo considera un indicador confiable para evaluar el uso y manejo de medicamentos opioides. Para algunos profesionales del servicio farmacéutico, el movimiento del inventario de estos medicamentos permite segregar e identificar variaciones en el consumo y tomar las acciones necesarias en caso de alteraciones o movimientos no justificados.

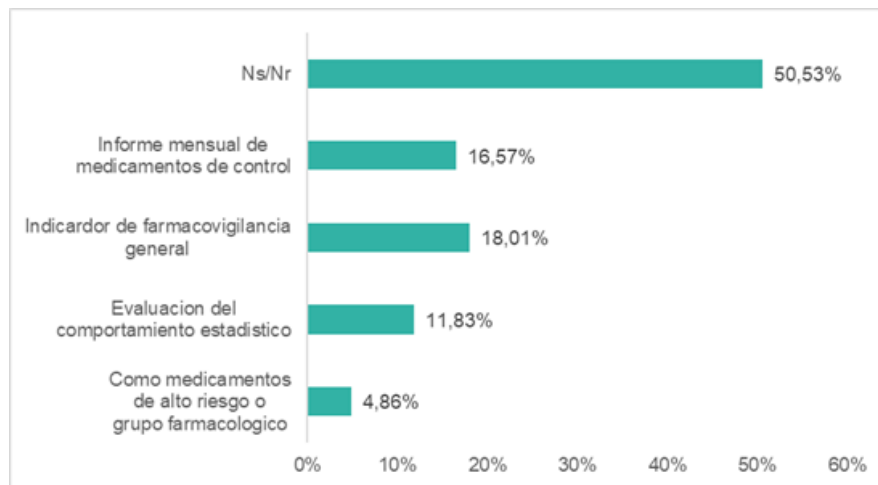
"Se tiene como el histórico de consumo de cada uno, usado por cada uno de los medicamentos. digamos que es un indicador de segunda línea en cuanto a que es solo informativo, sí. Igual, pues, lore lo analiza puntualmente para el análisis de compra y ella da, digamos, alertas en el momento que aumenta su consumo, me lo informa a mí y pues ya vemos entonces como, digamos, todo el trabajo de campo y seguimiento de por qué se ha ido aumentando y verificamos como los pacientes específicos y si están justificados plenamente. Y también, digamos, que se lleva como el control, también es un, como un indicador secundario o informativo el tema de los, de las causas de anulación de los formatos de medicamentos de control específico". (Entrevista 153, Pasto - Nariño).

Un cuarto grupo más frecuente de respuestas fue el de los indicadores de medicamentos de alto riesgo o por grupo farmacológico (4.86%). Un ejemplo es el de las siguientes respuestas, que referencian indicadores que apuntan, o bien a medicamentos de alto riesgo en general, o a grupos farmacológicos, como por ejemplo antibióticos, inmunosupresores u oncológicos:

"Medicamento de alto riesgo, se incluyen opioides". (Entrevista 94 Ibagué - Tolima).

"Nosotros hacemos indicador directo, no. Pero nosotros en nuestras intervenciones si categorizamos si las intervenciones fueron por antibióticos, si fue por inmunosupresores, si fue oncológico. por grupos terapéuticos. De hecho, del porcentaje de intervenciones que hacemos, después de antibióticos, después de oncológicos, viene siendo como el cuarto grupo que se interviene en el orden de intervenciones en grupos farmacológicos". (Entrevista 166 Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 44. Indicadores de gestión utilizados para el uso y manejo de medicamentos opioides⁴⁴

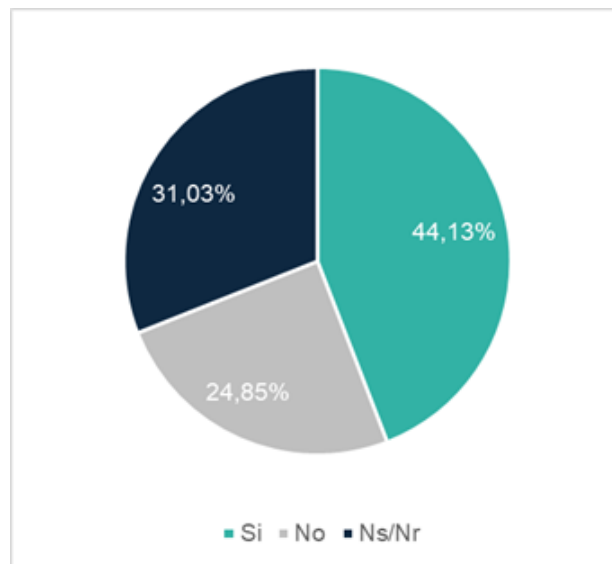


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 34.2. Al no discriminar los indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides ¿Considera que hace falta?

Las respuestas negativas de la pregunta 34 fueron analizadas y clasificadas para identificar si los profesionales del servicio farmacéutico consideran necesarios los indicadores de gestión para opioides. De acuerdo con la Gráfica 45, el 44,13% de las respuestas recibidas manifestó que Sí hace falta este tipo de indicador, un 24,85% considera que No hace falta, y finalmente un 31,03% No sabe o No responde a la pregunta.

Gráfica 45. Consideración sobre la necesidad del uso de Indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides⁴⁵



Fuente: Construcción propia.

Para el grupo de respuestas afirmativas sobre la necesidad del uso de indicadores, se evaluaron y clasificaron las argumentaciones presentadas, como se presentan en la Gráfica 46.

Aproximadamente el 18,09% considera que hace falta este tipo de indicadores por la naturaleza de los medicamentos en cuestión, los cuales al ser medicamentos monopolio del estado deberían tener un indicador específico para evaluar su comportamiento.

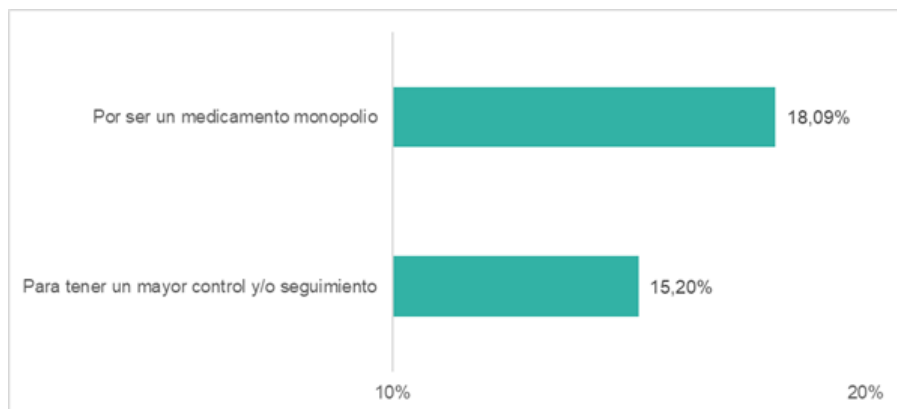
"Si, a mí me parece importante que todas las moléculas, todas las controladas haya seguimiento porque hay veces, pues de pronto, si, concentrarse en opioides por alguna razón, pero pues hay otras moléculas que pueden significar algo importante en la materia de salud pública que no se percibe". (Entrevista 133, Villavicencio - Meta).

Un segundo grupo de respuestas fue clasificado bajo la apreciación de que un indicador permitiría Tener un mayor control y seguimiento del

comportamiento del medicamento (15,2%). Un ejemplo ilustrativo es el de la siguiente cita:

"Si, si se puede en realidad instaurar porque lógicamente te fuga medicamento con el manejo que actualmente se le está dando, se podría manejar este tipo de indicadores, aparte de informes que se hacen, no es necesario también hacer un indicador que nos pueda ayudar a manejar y controlar un poquito mejor el uso de este tipo medicamento entre institución". (Entrevista 132, Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 46. Razones por las cuales se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides⁴⁶



Fuente: Construcción propia.

Finalmente, para las respuestas que manifiestan no ser necesario el uso de indicadores para opioides, se agruparon las justificaciones en dos grupos principales, como se ilustra en la Gráfica 47. Se estima que el 52,83% de las respuestas recibidas considera que no es necesario ni obligatorio implementar ni utilizar indicadores para segregar la información del uso y manejo de medicamentos opioides.

Entre las razones expresadas para justificar sus respuestas, los profesionales del servicio farmacéutico manifestaron que no manejan un volumen grande de medicamentos opioides ni han presentado problemas

con estos medicamentos, por lo tanto, no ven la necesidad de implementar o utilizar indicadores para este tipo de medicamentos.

"No, no es posible. ahorita mismo no lo tenemos porque, como te decía, no hay tanto, o sea, no se manejan tantos medicamentos opioides y por eso no tenemos indicadores sobre eso. pero en caso tal de que uno vea la necesidad, pues lo implementarían". (Entrevista 42, Santa Marta - Magdalena).

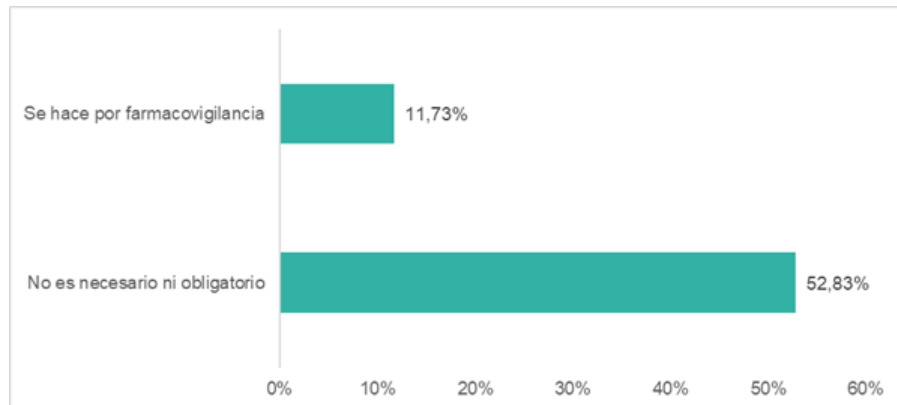
Dentro de la misma clasificación de respuestas, algunos argumentos estuvieron enfocados en la ausencia de obligatoriedad del uso de estos indicadores por parte de entes de control, por lo tanto, los profesionales del servicio farmacéutico consideraban que no era necesaria su implementación o uso.

"Si, pues dependiendo, si ya vamos a tener un protocolo si, para ver el seguimiento del mismo, pero en este momento como no tenemos un protocolo que sea específico para opioides pues no le veo la viabilidad". (Entrevista 89, Puerto Asís - Putumayo).

"No, mientras no sea obligatoria, pues no, tampoco lo veo necesario". (Entrevista 61, Bogotá).

En el segundo tipo de justificación presentada, las respuestas estuvieron enfocadas en el hecho de que los medicamentos opioides eran monitoreados (como todos los medicamentos) dentro de los programas de farmacovigilancia (11,73%), y por lo tanto no eran objeto de una segregación especial para su monitoreo o vigilancia con otro tipo de indicador: *"No, porque realmente ya están cubiertos con el sistema de los reportes de farmacovigilancia".* (Entrevista 9, Puerto Colombia - Atlántico).

Gráfica 47. Razones por las cuales No se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides⁴⁷



Fuente: Construcción propia.

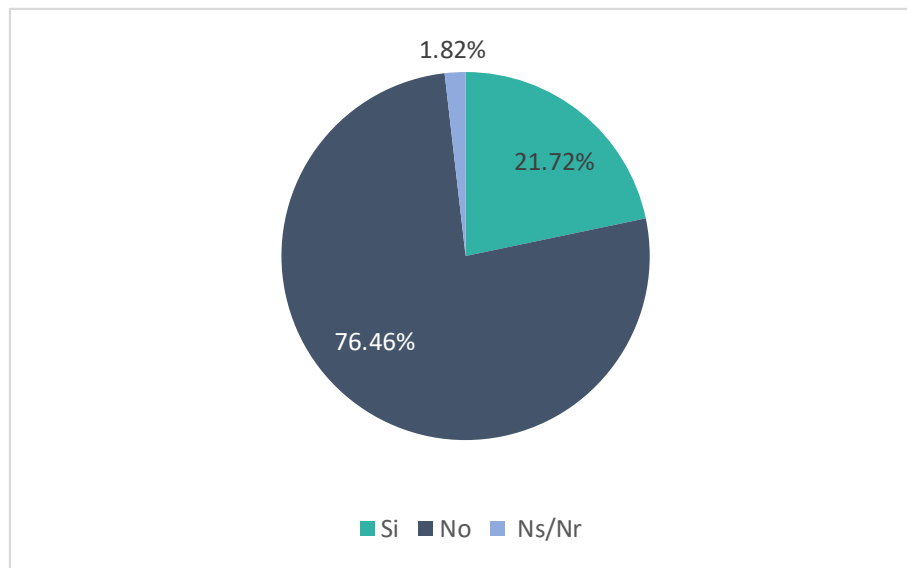
Sección 5: Medicamento y central de mezclas

Pregunta 37. ¿La institución cuentan con un lugar habilitado para la adecuación de medicamentos en dosis unitarias, certificado en BPE “central de mezclas”?

Se hizo esta pregunta a los entrevistados con el fin de establecer si las instituciones visitadas cuentan con centrales de mezcla y poseen la infraestructura para la preparación de dosis unitarias.

La Gráfica 48, muestra que el 76,46% de los de las respuestas manifestaron que las instituciones no cuentan con central de mezcla, un 21,72% indicó que Sí y 1,82% afirmó que no sabe, o no responde a la pregunta.

Gráfica 48. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria⁴⁸



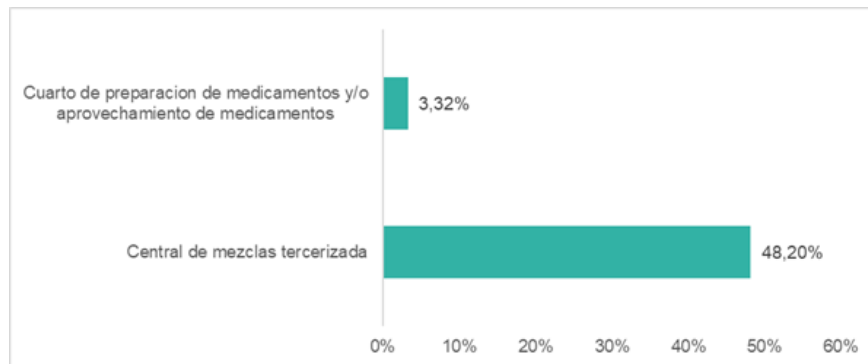
Fuente: Construcción propia.

Algunos entrevistados que señalaron contar con central de mezcla mencionaron espontáneamente los lugares donde se realizan las actividades de adecuación y/o preparación de dosis unitarias. Esta información complementaria fue organizada en dos grupos, según lo mostrado en la Gráfica 49.

Se estima que el 48,2% de las respuestas indicaron que las instituciones donde trabajan tienen tercerizado el servicio de Central de mezclas. Por otro lado, aproximadamente el 3,32% de las respuestas señalaron que, aunque no cuentan con central de mezcla, realizan la adecuación de los medicamentos en un espacio designado para tal fin, codificado en el gráfico como Cuarto de preparación de medicamentos, donde generalmente la jefe de enfermería asume la responsabilidad de dichas preparaciones. Un ejemplo de lo anterior es la siguiente cita:

"No, el cuarto de medicamentos está en el segundo piso, si señor. aquí la jefe viene, se da los medicamentos y ya los sube para la cuarta preparación de medicamentos". (Entrevista 21, Magangué - Bolívar).

Gráfica 49. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria⁴⁹



Fuente: Construcción propia.

Para los profesionales que indicaron en la pregunta 37 contar con un lugar habilitado para elaborar las adecuaciones, se realizó la pregunta: ¿Qué adecuaciones de medicamentos opioides llevan a cabo en la central de mezclas? Los resultados obtenidos pueden ser observados en la Gráfica 50.

Las tres menciones más frecuentes por principio activo son las siguientes: un 45,35% de las respuestas mencionó Morfina, un 35,01% Hidromorfona, un 24,64% Fentanilo y análogos. Con porcentajes menores al veinte por ciento, se mencionaron los siguientes: Metadona (14,31%), Tramadol (12,89), Oxycodona y Meperidina ambas con el 2,30%.

Algunas respuestas mencionan tipos de adecuación, específicamente dos categorías: Dosis unitaria de parenterales (24,56%), y Reempaque y/o dosis unitaria de solidos (12,96%).

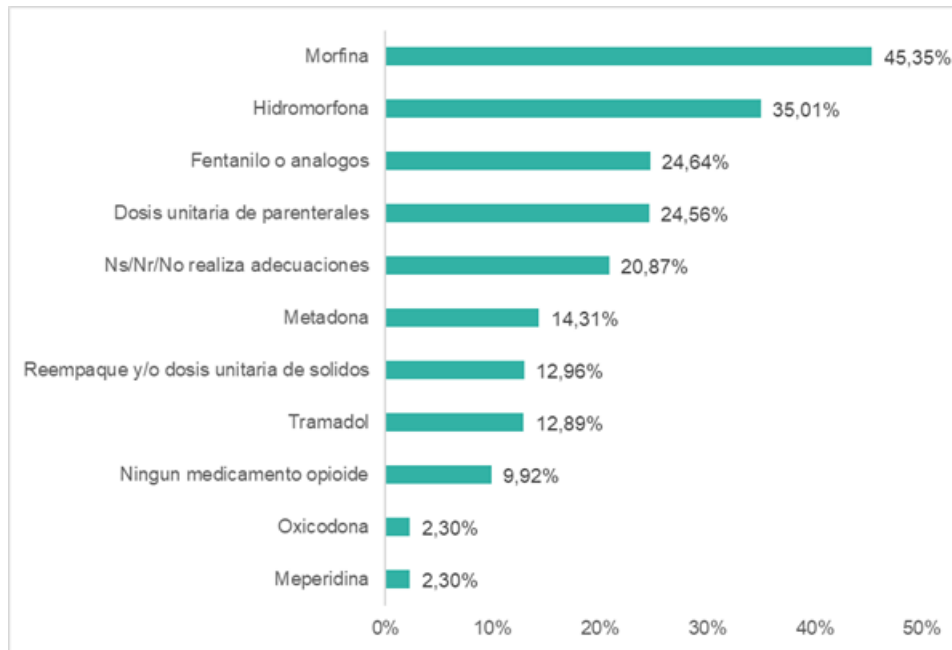
El 9,92% de las respuestas mencionan que se cuenta con central de mezclas, pero no procesan Ningún medicamento opioide.

Describiendo de manera cualitativa, es pertinente mencionar que algunas respuestas describieron en detalle no solo los principios activos, sino la forma de trabajar en la central de mezclas, como en las siguientes citas:

"Ajustes de ampollas multidosis, en el caso de la morfina y de la meperidina para salas de cirugía también, se hace una proyección diaria, dependiendo del número de cirugías que utilizan, dependiendo también del paciente pediátrico y neonato, también se hace, se hace un barrido normal, las validaciones de las producciones y se lleva a la central de mezclas, se valida con enfermería para el tratamiento de los pacientes y se producen personalizados para cada uno de los pacientes". (Entrevista 12, Soledad - Atlántico).

"De todos, fentanilo, remifentanilo, la misma morfina de solución inyectable, tramadol. lo, lo, lo trabajamos allí. Bueno, las tabletas se hacen el reempaque de tabletas. El caso de metadona se hace reempaque, también de tabletas listos de todo y existe aprovechamiento". (Entrevista 152, Pasto - Nariño).

Gráfica 50. Principios activos y tipos de adecuación realizados para las instituciones que cuentan con central de mezcla⁵⁰



Fuente: Construcción propia.

Por otro lado, a los profesionales que mencionaron en la pregunta 37 no contar con un lugar habilitado para elaborar las adecuaciones, se les realizó la siguiente pregunta: ¿Cómo lleva a cabo la preparación y/o adecuación de medicamentos opioides en la institución? (Gráfica 51).

Un 20,0% de las respuestas mencionó que la enfermera jefe o una enfermera designada realiza la preparación de los medicamentos *in situ* en un área limpia o área de preparación de medicamentos, como en la siguiente cita:

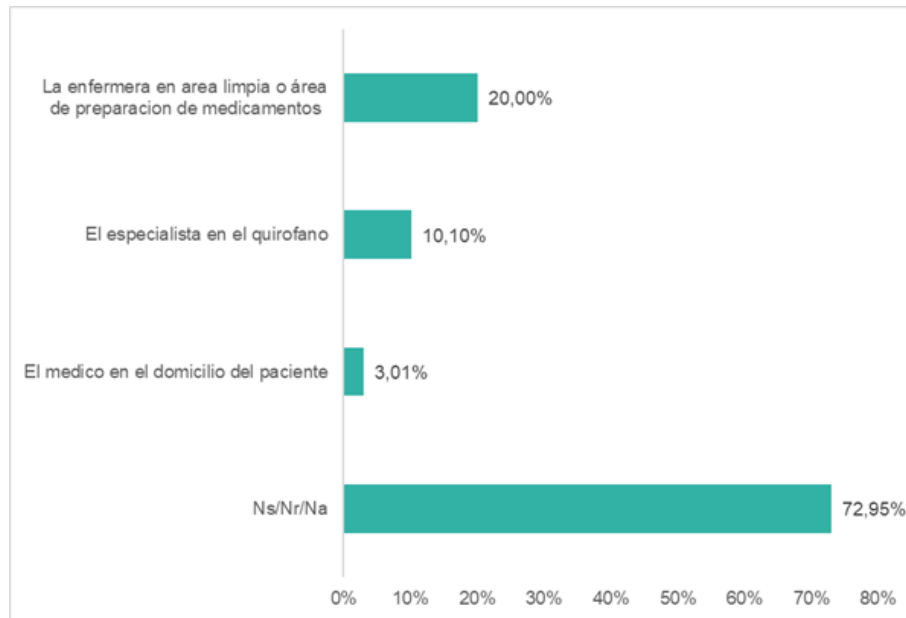
"Nosotros tenemos un protocolo de preparación de medicamentos y pues las enfermeras en piso con todos los instrumentos de protección pues ellas los elaboran en piso en el momento para la administración de inmediato del paciente". (Entrevista 63, Duitama - Boyacá).

"Ah esa sí la hacen en los cuartos de preparaciones de medicamentos en cada piso. Es un espacio, así como en los mesones y ya. Los realizan las enfermeras". (Entrevista 87, Mocoa - Putumayo).

Dentro de esta categoría también se codificaron respuestas en las que los profesionales del servicio farmacéutico manifestaron que el medicamento es entregado y no saben si el profesional médico o la enfermera encargada, es la responsable de la preparación del medicamento. Sin embargo, se evidencia de acuerdo con las respuestas recibidas que, a pesar de no contar con central de mezclas, existe un espacio destinado para la preparación de medicamentos, en la mayoría de los casos en el área de enfermería.

En otros casos, los profesionales del servicio farmacéutico mencionan que los especialistas, principalmente anestesiólogos o médicos internistas son los encargados de la preparación de los medicamentos (10,10%). Un ejemplo de esto es la siguiente cita: *"En sala de cirugías, los anestesiólogos preparan lo requerido como para la jornada, alcanza para tres o más pacientes". (Entrevista 62, Duitama - Boyacá).*

Gráfica 51. Formas de preparación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con central de mezcla, de acuerdo con los profesionales del servicio farmacéuticos⁵¹



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 38. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?

Se consultó a los profesionales sobre si existe en sus instituciones aprovechamiento de medicamentos opioides y como es realizado.

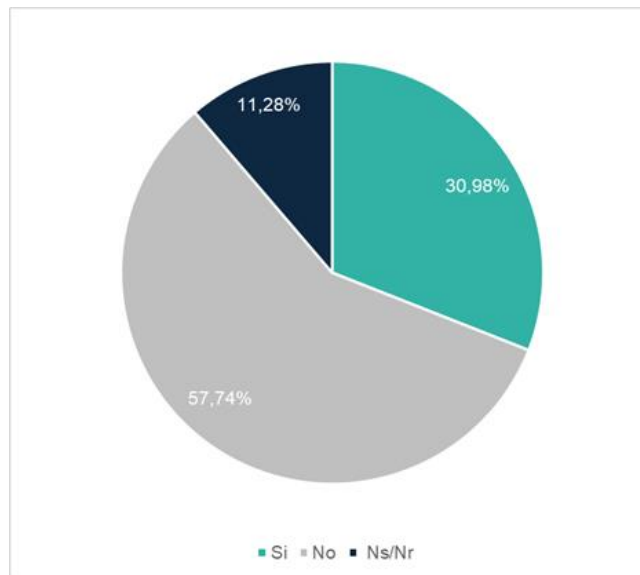
De acuerdo con la Gráfica 52, un 57,74% manifiesta que no son realizadas este tipo de actividades frente a un 30,98% que Sí realizan el aprovechamiento de medicamentos opioides.

En lagunas respuestas, los profesionales manifestaron que la actividad de aprovechamiento está más relacionada con aspectos normativos (usar solo lo prescrito y desechar), así como con la escasez de los medicamentos opioides, ya sea por desabastecimiento o casos especiales como la ocurrida durante la pandemia de COVID 19.

En otros casos entrevistados mencionaron que no solo se realiza el aprovechamiento, sino que además se lleva un control sobre el mismo, como en la siguiente cita:

"Si, aprovechamiento, bueno, si, del área de unidad de cuidado intensivo y del área de cirugía, pues, el especialista en ocasiones indica, bueno, se necesita esta dosis para el paciente y se maneja el dolor con menos cantidad de la que pidió, entonces se elabora un formato de aprovechamiento, ya se elabora también nuevamente un recetario con la dosis que se administró, ya para así llevar un control exacto del inventario también". (Entrevista 22, Valledupar - Cesar).

Gráfica 52. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?⁵²



Fuente: Construcción propia.

Con el fin de identificar el tipo de aprovechamiento realizado, para las respuestas afirmativas de la pregunta 38, se realizó una segunda pregunta: ¿Cómo lleva a cabo este proceso? De acuerdo con la Gráfica 53, se estima que un 61,55% de las respuestas describieron utilizar una

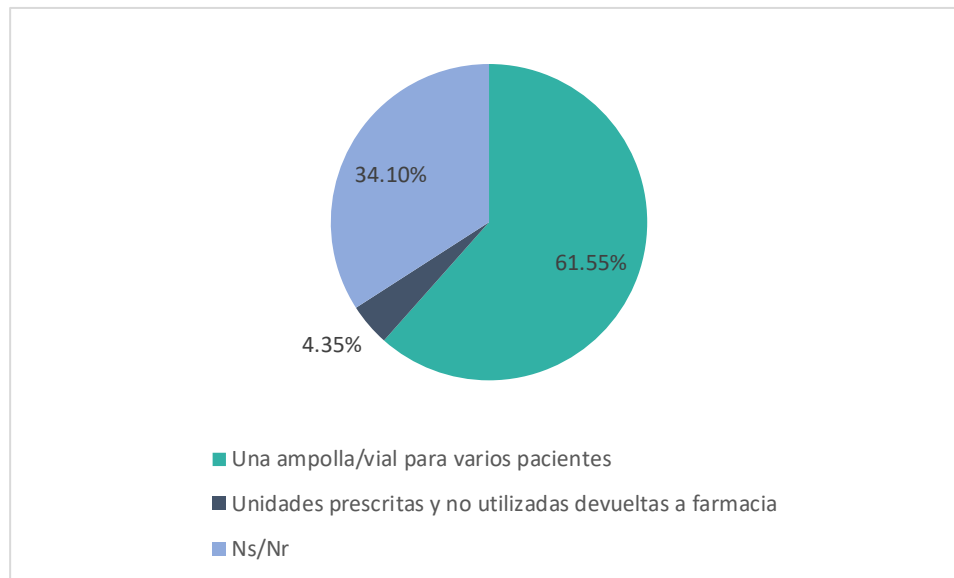
ampolla o un vial para varios pacientes, esto principalmente en salas de cirugía y para medicamentos en solución inyectable como tramadol, remifentanilo, morfina o hidromorfona. Ejemplificamos con la siguiente respuesta:

"Si, más que todo lo tenemos en cirugía, sólo allá. de resto en ningún servicio hacemos aprovechamiento, digamos también por el riesgo de pronto, ¿cierto?, de un mal uso. Entonces, en cirugía si hacemos aprovechamiento de hidromorfona y de morfina. Entonces, digamos de una ampolla si sacamos para varios pacientes". (Entrevista 111, Medellín - Antioquia).

El otro grupo de respuestas describió el aprovechamiento como el retorno de unidades prescritas y no utilizadas devueltas a farmacia (4,35%). Ejemplo de este tipo de respuestas es la siguiente cita:

"No, acá no lo hacemos de esa manera, sino que digamos en la formulación, pues en el momento de la dispensación y con base en la dosis, se generan sobrantes, digamos puede ser una ampolla o dos, y ella si se le realiza pues un ingreso al servicio farmacéutico como aprovechamiento. O sea, si sobran un servicio, se devuelve a farmacia, si, por paciente, claro está, se le realiza el ingreso por paciente por aprovechamiento. Si, ahí también adicionando sería, dado el caso que el paciente tenga un ingreso, cambio de tratamiento o fallezca, entonces de pronto sobra ese medicamento, sería como aprovechamiento". (Entrevista 116, Manizales - Caldas).

Gráfica 53. ¿Cómo llevan a cabo el proceso de aprovechamiento?⁵³



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 39. En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación? (Por ejemplo, solicitar recetario oficial a todos los medicamentos opioides).

Esta pregunta tiene como propósito identificar las percepciones que tienen los profesionales del servicio farmacéutico frente a establecer controles al uso del tramadol como analgésico fuerte.

Encontramos, de acuerdo con la Gráfica 54, que existe amplio acuerdo sobre la importancia de los controles para este medicamento opioide, pues el 91,26% manifiestan estar de acuerdo, ya sea explicitando que los controles deben ser desde la dispensación (28,58%), o simplemente algún tipo de controles sin especificar (62,68%).

En este grupo mayoritario de respuestas afirmativas los entrevistados enunciaron, en algunos casos, las razones por las cuales consideran que se deben establecer controles a este medicamento.

Por ejemplo, se menciona la presencia de eventos adversos que han llevado a que se implementen controles de manera discrecional por parte de las IPS:

"Sí, creo que nosotros eso lo tenemos clasificado pues como alto riesgo y tenemos internamente acá unos controles y que si deberían pues tener control porque son a veces medicamentos que pueden generar muchos eventos adversos, pues si deberíamos tener". (Entrevista 94, Ibagué - Tolima).

"Sí, claro, debe haber un control porque a nosotros se nos han presentado eventos adversos, o sea, reacciones, reacciones adversas con el tramadol y eso, esto es un ambiente controlado, o sea, a nosotros se nos dio la reacción extrapiramidal o el evento adverso, uno controla y se tiene un grupo de médicos que lo controla". (Entrevista 166, Cali - Valle del Cauca).

También se menciona cierto grado de preocupación por la prescripción masiva, que podría no estar indicada en todos los casos de uso dados los riesgos potenciales del medicamento, lo que lleva a que también la prescripción debería estar controlada:

"Sí, más que para la dispensación, es para la prescripción, pensaría yo, que arranca desde el proceso [...]. La percepción que yo tengo es que son felices prescribiendo el tramadol a todo el mundo. O sea, es mi percepción desde lo que yo veo desde la farmacia en el proceso de dispensación. Es uno de los medicamentos que más se consumen en la clínica. Entonces, pues no sé hasta qué punto de verdad sea necesario pues hay otras alternativas, ¿sí?, no son tan buenas de pronto, pero no sé. Es que más bien es como desde la prescripción". (Entrevista 72, Facatativá - Cundinamarca).

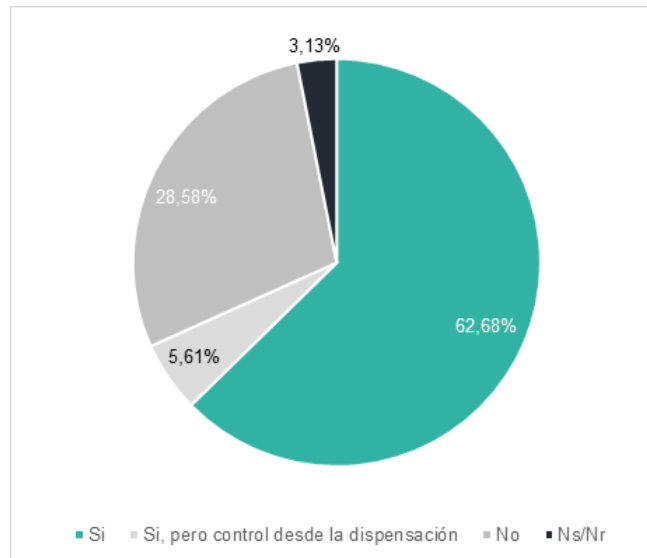
"Sí, me parece que se le tiene que dar un diagnóstico específico con dosis y con un tiempo de tratamiento específico". (Entrevista 98, Ibagué - Tolima).

Un grupo minoritario manifiesta su desacuerdo con establecer controles (5,61%). En algunos casos se mencionó que tales controles pueden dificultar el acceso al medicamento o plantean no conocer mayores riesgos en su uso:

"No con el tramadol, pues, digamos, claramente, pues, nosotros sabemos que es importante tener como mucho cuidado con esto, pero someter más y más y más medicamentos a, de pronto, cuidado, sería hacer mucho más tema burocrático para el paciente para el acceso[...]. Y eso podría generar también inadherencia a tratamientos". (Entrevista 77, Barrancabermeja, Santander).

"No, creería que no. pues desde mi punto de vista, como tal el tramadol, hasta donde tengo entendido, no genera una dependencia [...], entonces digamos que no. Siento que además los volúmenes que se manejan son bastante grandes, pues creo que sería un proceso muy dispendioso, la verdad, y creo que no amerita que el tramadol se entre a formar parte de este control tan exhaustivo como los otros". (Entrevista 150, Pasto - Nariño).

Gráfica 54. En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación? ⁵⁴



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 40. ¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?

La pregunta se realizó con el fin de identificar la percepción del uso de Tramadol en las instituciones. Tal y como se presenta en la Gráfica 55, el 79,39% de las respuestas manifiestan que no han observado un uso indiscriminado de Tramadol. Por otro lado, el 9,89% de las respuestas afirma Sí haber observado este uso indiscriminado.

En las respuestas donde se respondió afirmativamente, el término “uso indiscriminado” fue descrito en dos sentidos. El primero está relacionado con observar una gran cantidad de prescripciones de Tramadol, la prescripción de tramadol para diversos tipos de dolor o cuando el profesional del servicio farmacéutico identifica casos de pacientes intrahospitalarios con uso prolongado de Tramadol sin justificativa aparente, como en las siguientes citas:

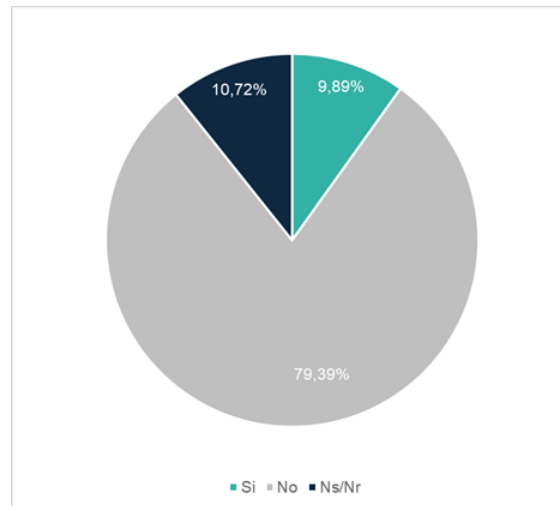
"Si. O sea, indiscriminado es que llega a pacientes, sobre todo de urgencia, tramadol para todos los pacientes que vengan con dolores. o sea, no revisan de pronto todas las interacciones o el tipo de paciente, los riesgos que puede haber". (Entrevista 82 San Gil, Santander).

"Si, muchísimo. Con unas intervenciones farmacéuticas preguntamos al doctor, ¿porque ese paciente lleva tantos días con tramadol y dosis plena?, entonces si se usa muchísimo". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

En el segundo caso, los profesionales del servicio farmacéutico relacionaron el termino con la identificación de interacciones medicamentosas por la prescripción de varios analgésicos, generalmente dos o más opioides, como en la siguiente cita:

"Si, a veces si tenemos duplicidad de pronto de medicamentos entonces que el paciente tiene morfina y tramadol, entonces pues ahí en ese seguimiento del indicador que yo llevo pues le llevo mirando como la pertinencia al uso de esos medicamentos". (Entrevista 94 Ibagué - Tolima).

Gráfica 55. ¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?⁵⁵



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 42. La METADONA solución oral 10mg/mL frasco por 120 mL está indicado para el tratamiento de desintoxicación de la adicción a los opioides (heroína u otros fármacos similares a la morfina), este medicamento debe ser diluido antes de su administración (1ml en 30 mL de agua) e inicio su comercialización a inicios del año 2024.

En este apartado se exploran varias percepciones del personal del servicio farmacéutico sobre la presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, disponible en el país desde inicios de 2024. El análisis busca identificar valoraciones sobre su utilidad, adecuación técnica y posibles ajustes en su formulación o campo de uso. Al respecto, se solicitó a los entrevistados contestar de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes cinco afirmaciones:

1. La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica
2. La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada
3. El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada

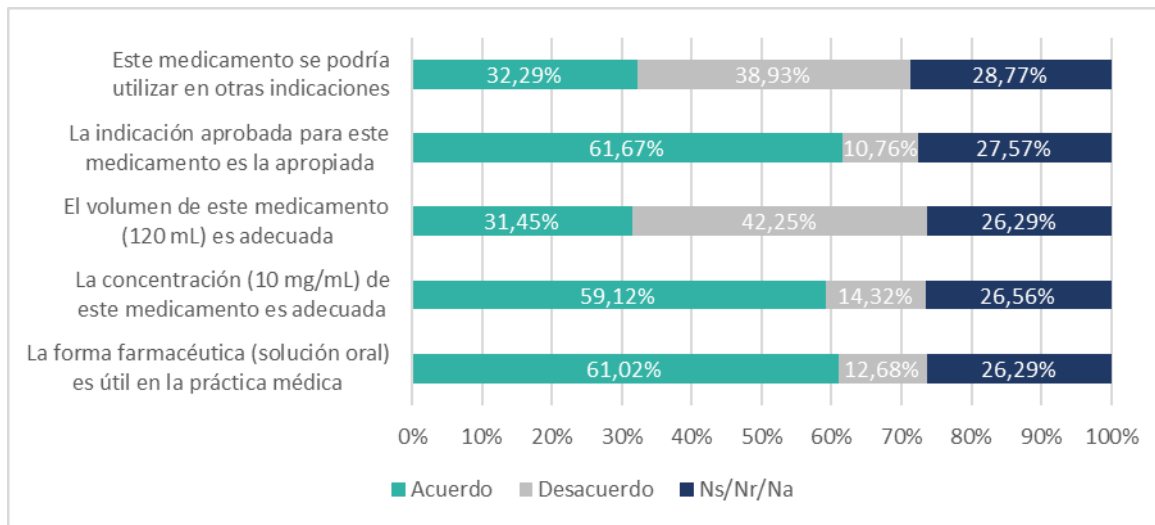
4. La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada
5. Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones

La Gráfica 56 presenta la distribución de respuestas frente a los cinco aspectos evaluados. El ítem con mayor nivel de acuerdo fue el relacionado con La indicación aprobada para el medicamento es la apropiada (61,67%). En segundo lugar, está la opción relacionada con la utilidad de la solución oral en la práctica médica (61,02%), y, en tercer lugar, la opción que referencia que La concentración de 10 mg/mL es la adecuada (59,12%).

La afirmación relacionada con que El Volumen de 120mL es la adecuado obtuvo un nivel menor de acuerdo (31,45%), porcentaje similar al de la frase que afirma que Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones (32,29%).

En resumen, se encuentra una percepción mayoritariamente positiva para la forma farmacéutica, las indicaciones y la concentración del medicamento, y minoritariamente positiva para ampliar el abanico de indicaciones para el medicamento y para el volumen en que se dispensa el medicamento, aspecto este último que conviene revisar a futuro por parte del FNE, Fondos rotatorios y proveedores.

Gráfica 56. Percepción sobre metadona solución oral 1,2g/120mL⁵⁶



Fuente: Construcción propia.

Presentamos a continuación una descripción cualitativa de las respuestas para cada ítem que se indagó.

1. Forma farmacéutica (solución oral)

La mayoría del personal de servicio farmacéutico estuvo de acuerdo en que la presentación en solución oral es útil en la práctica, aunque un grupo relevante manifestó desacuerdo. Entre los argumentos favorables, se destacó que *"es más fácil de dosificar, permite hacer reenvase de diferentes dosis y así evitar pérdidas por entrega personalizada a cada paciente por mililitros"* (Entrevista 60, Bogotá), y que podría ser útil para *"el tema de multidosis y manejo del dolor"* (Entrevista 145, Quibdó - Chocó). Otros participantes señalaron que su uso podría ser más apropiado en entornos ambulatorios, dado que a nivel hospitalario *"por el tema de la multidosis... sería difícil de manejar"* (Entrevista 111, Medellín - Antioquia). Entre las reservas, se mencionó el bajo uso de la metadona en solución oral, salvo en pediatría (Entrevista 60, Bogotá), y la percepción de que *"entre más le des al cuerpo pues se vuelve tolerante... creas la adicción en el paciente"*. (Entrevista 13, Soledad - Atlántico).

2. Concentración (10 mg/mL)

Mayoritariamente los entrevistados están de acuerdo con la concentración, aunque con observaciones relevantes. Algunos participantes indicaron que es adecuada, pero manifestaron: *"no estoy de acuerdo con que nos pongan a diluir... porque entre más procesos haya para dar el medicamento, más posibilidades de error"* (Entrevista 61, Bogotá). También se sugirió que *"sería mejor poder administrarlo sin la necesidad de tener que diluirlo"* (Entrevista 12, Soledad - Atlántico). El proceso de dilución fue visto como una carga operativa y un riesgo de error por varios entrevistados.

3. Volumen (frasco 120 mL)

Respecto del volumen las opiniones estuvieron divididas, con una proporción importante en desacuerdo. Entre las críticas, se señaló que *"el frasco es muy grande y el volumen de administración mucho"* (Entrevista 144, Quibdó - Chocó) y que *"de pronto, un volumen de 90, 100 mililitros sería más adecuado"* (Entrevista 110, Medellín - Antioquia). Desde la perspectiva hospitalaria, se advirtió que el volumen es *"muy grande. Me parece que para un tratamiento largo y prolongado de una recuperación de un paciente que sea adicto, pues es adecuado, pero para casos de mucho más fácil manejo, pues debería de haber una presentación de menor volumen"* (Entrevista 132, Villavicencio - Meta). Otros participantes consideraron que en pediatría y neonatología el volumen sería excesivo (Entrevista 61, Bogotá).

4. Indicación aprobada (desintoxicación de adicción a opioides)

En general, el personal de los servicios farmacéuticos valoró como adecuada la indicación aprobada de la solución oral de metadona para la desintoxicación de la adicción a opioides. Sin embargo, se planteó la necesidad de ampliar su uso a otros contextos terapéuticos, especialmente el manejo del dolor, incluido el desescalonamiento de

opioides de mayor impacto: *"de acuerdo, si se utiliza para el manejo del dolor y para desintoxicar bienvenido"* (Entrevista 130, Inírida - Guainía); *"sí, pero si es solo ese, pues faltaría manejo del dolor"* (entrevista 86, Neiva - Huila). También se sugirió incorporar indicaciones para poblaciones no contempladas, como la neonatal, advirtiendo que "no se está haciendo considerar". (Entrevista 59, Bogotá).

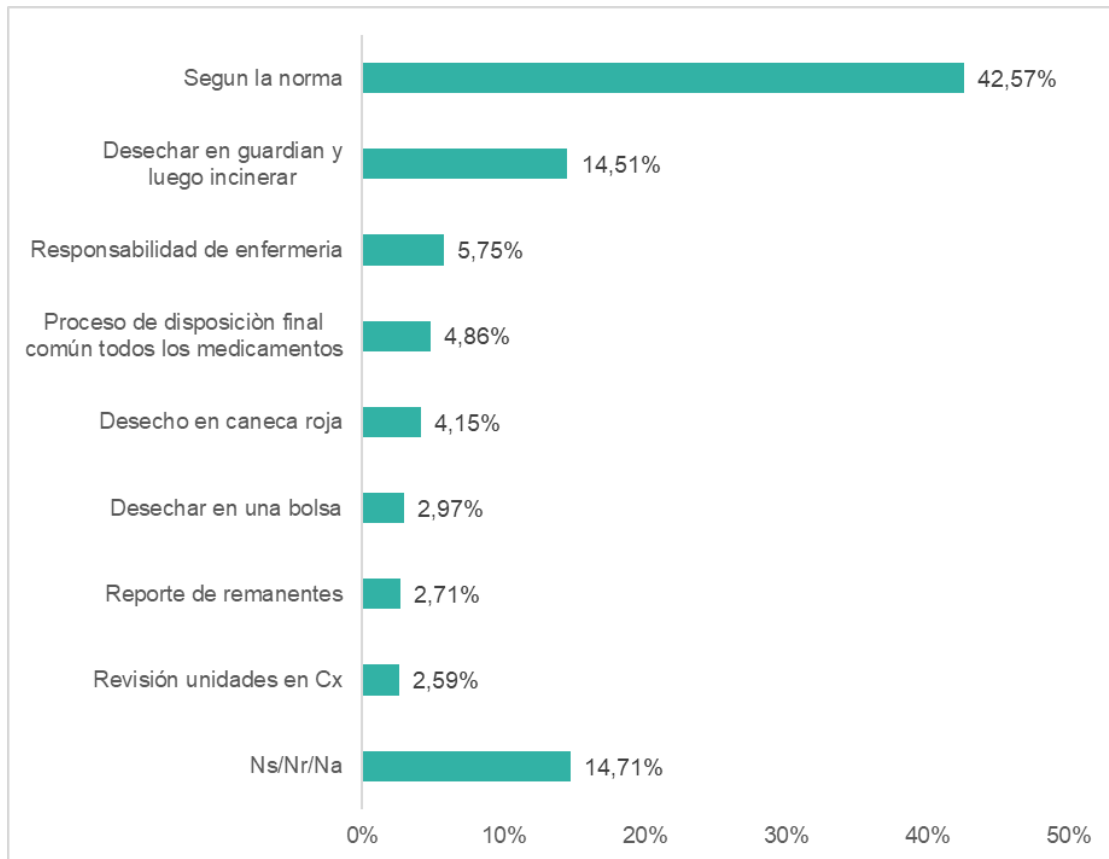
5. Posible uso en otras indicaciones

En los resultados cuantitativos, se observó una alta proporción de respuestas afirmativas. Entre las alternativas mencionadas, el manejo del dolor fue la más frecuente, incluyendo situaciones como *"des escalonamiento de opioides de mayor impacto"* (Entrevista 86, Neiva - Huila). También se mencionó su utilidad potencial en contextos de multidosis y en escenarios de desabastecimiento de otros opioides fuertes, siempre que su uso se ajuste a los lineamientos de la OMS (Entrevista 4, Barranquilla - Atlántico).

Pregunta 45. ¿Qué controles se ejercen en la institución en cuanto a la disposición final de medicamentos opioides, incluidos remanentes?

La pregunta busca indagar cómo el personal del servicio farmacéutico reconoce, comprende y reporta aplicar en la práctica los procedimientos de eliminación de opioides o medicamentos controlados. La Gráfica 57 presenta las respuestas más representativas de las actividades realizadas en la disposición final de los medicamentos opioides.

Gráfica 57. Actividades más representativas en la disposición final de medicamentos opiode ⁵⁷



Fuente: Construcción propia.

El 42,57% del personal del servicio farmacéutico realiza la disposición final de medicamentos opioides de acuerdo con la normatividad vigente, específicamente la Resolución 1478 de 2006 y sus anexos correspondientes. Así lo describe un entrevistado:

"Nosotros seguimos la norma, o sea, la normatividad. Sabemos que cuando hay algún medicamento con vencimiento, se hace el reporte de acuerdo con los formatos anexos determinados en la resolución al Fondo Rotatorio. Ellos hacen la visita al servicio farmacéutico y

con ese formato ya firmado por ellos, se hace la solicitud al Fondo Nacional". (Entrevista 95, Ibagué - Tolima).

Otro entrevistado detalla un procedimiento similar, señalando además las limitaciones frente a los remanentes:

"La disposición final se hace de acuerdo a la norma, todo el proceso, con el proveedor logístico de biológicos. Pero el remanente, como no tenemos cómo reutilizarlo, simplemente se desecha porque no se puede aprovechar". (Entrevista 10, Puerto Colombia - Atlántico).

En segundo lugar, el 14,51% de los entrevistados mencionó como práctica de disposición final el desecho de medicamentos opioides en guardianes, y luego su incineración a través de empresas autorizadas. Un participante lo describe de la siguiente manera: *"Se entrega pues el guardián a la empresa incineradora y ellos incineran".* (Entrevista 5, Barranquilla - Atlántico).

En tercer lugar, el 5,75% indicó que la disposición final de los remanentes recae principalmente en el personal de enfermería, especialmente en áreas como la UCI. Un participante lo explicó así: *"Cuando se presentan remanentes en sala, el personal de enfermería debe registrarlos en el manual de manejo de residuos hospitalarios, indicando cantidad, paciente y motivo del descarte. Las unidades completas deben devolverse al servicio farmacéutico".* (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

Por otra parte, el 4,86% de los entrevistados afirmó que la disposición final de los opioides se realiza de la misma manera que la de los demás medicamentos, sin establecer un procedimiento diferenciado para su manejo. Esto puede reflejar una omisión de la norma en algunas instituciones, o simplemente el desconocimiento del personal que asevera tal situación. En proporciones menores, algunos participantes mencionaron la eliminación de opioides mediante el desecho en caneca roja (4,15%) o en bolsa (2,97%), prácticas que no corresponden a los lineamientos establecidos para el manejo de medicamentos de control especial. La siguiente cita refleja lo dicho anteriormente: *"como todos los*

medicamentos deben ser desechados en las cadenas rojas y luego pues la empresa como tal no nos va a distribuir los medicamentos por tipo, porque ellos si nos clasifican como los desechos de acuerdo a riesgo, entonces mentirte sería decirte que ellos los van a clasificar de acuerdo a opioides o no opioides". (Entrevista 4, Barranquilla - Atlántico).

El reporte de remanentes y revisión de unidades sobrantes en cirugía también son nombradas, en el 2,71% y 2,59% de las respuestas, respectivamente. Ambas categorías tienen relación en la medida que la actividad es realizada en otras áreas u otro personal.

Sección 6: Educación o formación

Pregunta 46. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?

Frente a la pregunta sobre la calidad y suficiencia de la información ofrecida por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides, los resultados obtenidos son los siguientes (ver Gráfica 58): el 81,30% de las respuestas indicaron que No reconocen como óptima y suficiente la información ofrecida, y el 19,80% considera que Sí es óptima y suficiente la información divulgada, y el 0,84% correspondió a la categoría Ns/Nr.

Algunas respuestas señalan la falta de información precisa por parte de los entes de control acerca de las características de los medicamentos opioides, por ejemplo, en términos de cambios en las presentaciones disponibles a lo largo del tiempo. La siguiente entrevista lo ilustra explícitamente:

"No, de hecho, pienso que el inserto que traen los medicamentos es corto, en relación con toda la información a la que deberíamos

acceder. Por ejemplo, mira que metadona, pues yo en ningún lado había visto la divulgación de que hubiera una presentación en solución oral. No la había escuchado, ni los fondos le hacen notificación digamos a las instituciones de una variación de la presentación o algo disponible". (Entrevista 8, Barranquilla - Atlántico).

Otras entrevistas indican la ausencia de orientación de parte de los entes de control en temas relacionados con los protocolos de preparación y administración de medicamentos opioides. Por ejemplo:

"No, me gustaría recibir por lo menos estrategias que nos servirían a nosotros para el tema del control. En instituciones dentro de las cuales no tenemos central de mezcla, si hay alguna forma de hacer un control más adecuado, que nos faciliten protocolos de preparación y administración, nosotros somos un apoyo indispensable para la enfermería, y ellos siguen nuestras recomendaciones de preparación y administración. Entonces, tener protocolos de preparación por medicamento nos serviría mucho". (Entrevista 44, Sincelejo - Sucre).

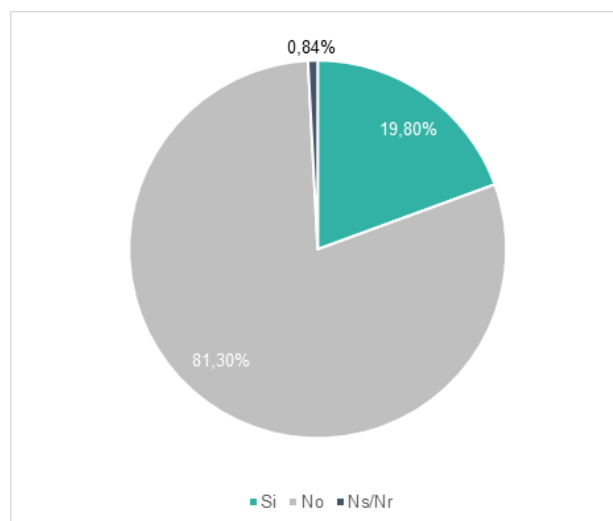
Por otro lado, algunos participantes argumentan sobre la calidad de la información recibida y valoran las estrategias de divulgación, aunque también hacen recomendaciones para mejorar los procesos informativos en cuanto a medicamentos opioides:

"Si, el año pasado tuvimos una, eso fue como una capacitación de medicamentos en opioides, de cómo se debe hacer el seguimiento de los medicamentos, que cómo se debe manejar aquí en la clínica, como tal y eso fue distribuido también al personal de aquí de la clínica". (Entrevista 168, Cali - Valle del Cauca).

"Si, yo digo que si uno le presta atención a todo lo que están divulgando. Es óptima porque es clara, precisa, incluso la norma nos habla a nosotros muy detallado de cómo es el manejo de los mismos, faltaría como eso, como el apartado exclusivo o ese

espacio exclusivo que hablen de opioides, porque nosotros tenemos ahí medicamentos de control, pero tenemos otros opioides que no están dentro de ese listado de medicamentos de control, entonces sería bueno que saliera como el específico manejo de opioides como tal, le faltaría un poquito más”. (Entrevista 3, Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 58. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?⁵⁸



Fuente: Construcción propia.

Asimismo, algunas respuestas incluyeron argumentos por los cuales los participantes consideran suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides. Las principales razones expresadas fueron las siguientes (ver Gráfica 59): el 13,96% de las menciones considera que falta en general más información y divulgación, el 11,81% señala que falta más divulgación sobre manejo de medicamentos de control/opioides en particular, y el 9,05% indicó que falta más capacitación/socialización sobre el tema. Con porcentajes más pequeños inferiores al cinco por ciento, el 4,03% de las menciones declaró

que se debe capacitar más sobre el tema al personal de medicina y enfermería, el 3,93% consideró que la información divulgada por los entes de control no es óptima y es insuficiente, el 3,67% indicó que la información sobre medicamentos opioides puede mejorarse, y el 3,49% señaló que debe capacitarse más al personal farmacéutico. Finalmente, el 2,99% de las menciones afirmó que la información divulgada por los entes de control es óptima, actualizada y precisa, y el 2,79% recomendó reforzar programas educativos y preventivos.

La siguiente declaración de Popayán confirma la necesidad de fortalecer la divulgación acerca de la seguridad en el uso de medicamentos opioides:

"No, falta más divulgación para que justamente los pacientes tengan seguridad en el uso de los medicamentos. Hay un término que circula en la práctica médica que es la opiofobia, los pacientes también son, digamos, permeados por ese tipo de información, le tienen miedo al consumo de los opioides porque consideran que pueden tener algún tipo de adicción". (Entrevista 143, Popayán - Cauca).

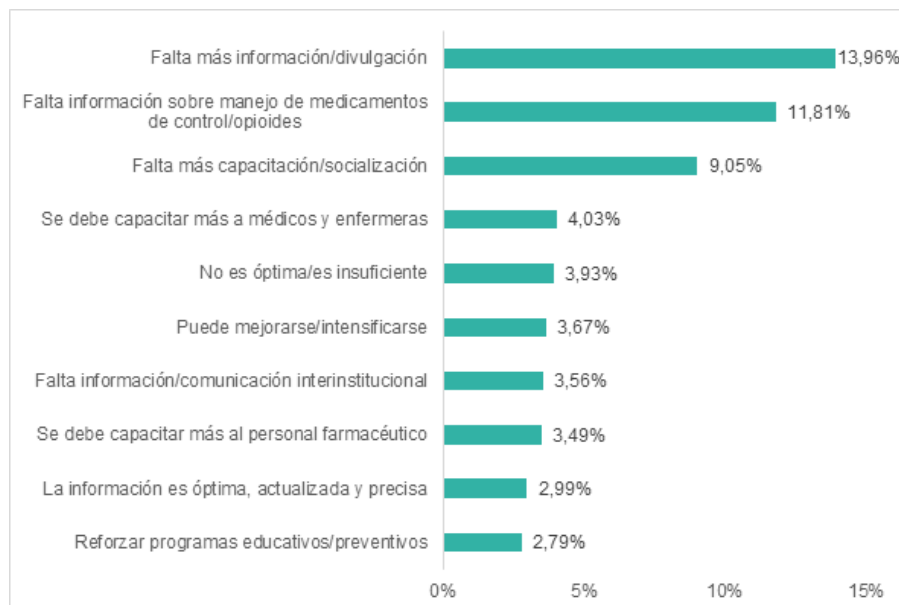
Por su parte, la siguiente respuesta de Sincelejo señala la importancia de que los entes de control mejoren la información ofrecida a las instituciones y sus profesionales, por ejemplo, en asuntos como la disposición final de medicamentos opioides y de control:

"No, hay que reforzar muchísimo. Ahora que estamos hablando en cuanto a disposición final, me gustaría eso. La verdad nunca me había puesto como que a mirar la importancia de que, si me queda un remanente, así sea mínimo, un c.c., si he quedado con él. Entonces si me gustaría como que nos den ese apoyo en cuanto a educación, de cómo debemos nosotros desechar el tipo de medicamentos de control, de que sean más comprometidos, más cercanía con el tema de los opioides y este tipo de medicamentos". (Entrevista 45, Sincelejo - Sucre).

Otro aspecto que señalan algunas entrevistas es la escasa oferta de capacitaciones, socializaciones y cursos de formación en medicamentos opioides por parte de los entes de control:

"No, bueno en mi caso particular en lo que yo trabajo la información que he recibido es poca, pienso que el gobierno y los entes de control deberían ofrecer cursos ya sean gratuitos, ya sean pagos, pero si deben ofrecer capacitación al personal asistencial para el manejo de opioides específicamente para los servicios farmacéuticos, para que implementen procedimientos e indicadores para el control del uso de opioides desde la dispensación hasta la administración del medicamento". (Entrevista 134, Villavicencio - Meta).

Gráfica 59. Razones por las cuales se considera suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides⁵⁹



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 47. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?

En relación a la pregunta sobre la suficiencia o no de la formación universitaria de pregrado recibida por los profesionales de la salud, respecto al uso de medicamentos opioides, los resultados se describen a continuación (ver Gráfica 60): el 75,82% de las respuestas declaró que No considera suficiente la formación en uso de medicamentos opioides en los programas de pregrado en el área de la salud, el 17,13% afirmó que Sí es suficiente la educación recibida, y el 4,32% corresponde a la categoría Ns/Nr.

Algunas respuestas negativas dejan ver diferencias de formación según la profesión del área de la salud, por ejemplo:

"No, pues en la parte de nosotros farmacéuticas vivimos mucho sobre medicamentos opioides y en general de todos, por la cantidad de farmacologías que vemos, pero yo creo que en algunos otros integrantes del grupo de salud que no son tan farmacológicos, sino que son más asistenciales, creo que ellos lo ven mucho más leve, mucho, como dándole mucho menos importancia y cuando llegan aquí al manejo donde nosotros empezamos a exigir ciertos criterios, eso genera que ellos no le den tanta importancia al seguimiento de ese tipo de medicamentos y toca educarlos e insistirles para que cumplan con todos los requisitos". (Entrevista 132 Villavicencio - Meta).

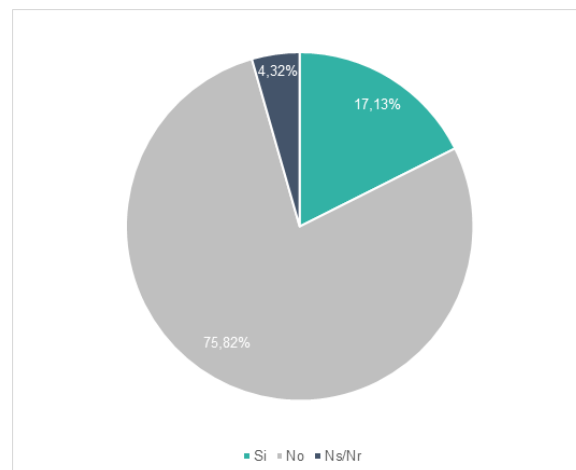
"Si, en mi experiencia, creería que al personal que está involucrado en farmacia directamente, es decir, tanto como auxiliares, regentes de farmacia, químicas farmacéuticas, considero que es adecuado. Pero me parece que es inadecuada en cuanto al personal tanto de enfermería como del médico. Muchas veces nos damos cuenta que

no conocen la normatividad como tal, no están familiarizados con el recetario, no saben por qué". (Entrevista 150, Pasto - Nariño).

Otras declaraciones reconocen que los procesos de formación en pregrado en temas específicos de medicamentos opioides son los adecuados, sin embargo, señalan falencias frente a la educación desde perspectivas más amplias en términos de salud pública:

"No, pues es que en los programas de pregrado si se ahonda en el tema, venga, cómo funciona el medicamento, qué tipos de receptores son los que van a captar ese medicamento, por así decirlo, los tipos de opioides que generan. Pero de alguna u otra manera, la educación en salud pública con respecto a la problemática actual es mínima. Entonces, considero pues que se debería de ampliar ese tipo de educación o de formación sobre todo en cuanto a ese impacto en salud pública, en cuanto al uso racional de ese tipo de medicamentos y estrategias para evitar su uso indiscriminado sobre todo". (Entrevista 147, Ipiales - Nariño)

Gráfica 60. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?⁶⁰



Fuente: Construcción propia.

Por otra parte, algunas de las respuestas expresaron información complementaria acerca de las razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud, respecto al uso de medicamentos opioides en los programas de pregrado. A continuación, se describen los resultados (ver Gráfica 61): el 17,78% de las menciones considera que hace falta formación en el manejo de medicamentos opioides y controlados, y el 16,78% indica que debe reforzarse, en general, la formación de los profesionales de la salud. Asimismo, el 7,80% de las menciones considera que la educación es muy básica y general, el 6,18% señala que se aprende con la experiencia y la práctica laboral, y el 5,25% considera que la educación es escasa e insuficiente. Finalmente, el 3,23% de las menciones indica que es necesaria la actualización de los programas de pregrado, y el 2,01% señala que falta formación en manejo del dolor.

Algunos participantes señalan como debilidad la falta de formación en medicamentos opioides en los programas de pregrado, lo que puede evidenciarse, por ejemplo, en la siguiente declaración:

"No, de pronto respecto a normativas de medicamentos de control o a los riesgos, hacer más énfasis en el grupo de medicamentos de opioides para evitar efectos adversos de esos medicamentos. O sea, se maneja dentro del plan de trabajo general de todos los grupos de medicamentos, pero de pronto hacer un medicamento que sea de riesgo, sería bueno hacer un mayor énfasis. ¿Y qué es lo que tenemos que reportar nosotros si estamos en IPS como éstas, o como directores técnicos a las secretarías de salud? esa información es poco divulgada en los pregrados". (Entrevista 86, Neiva - Huila).

Otras entrevistas señalan falencias en los planes académicos de pregrado en lo concerniente a medicamentos opioides y de control especial:

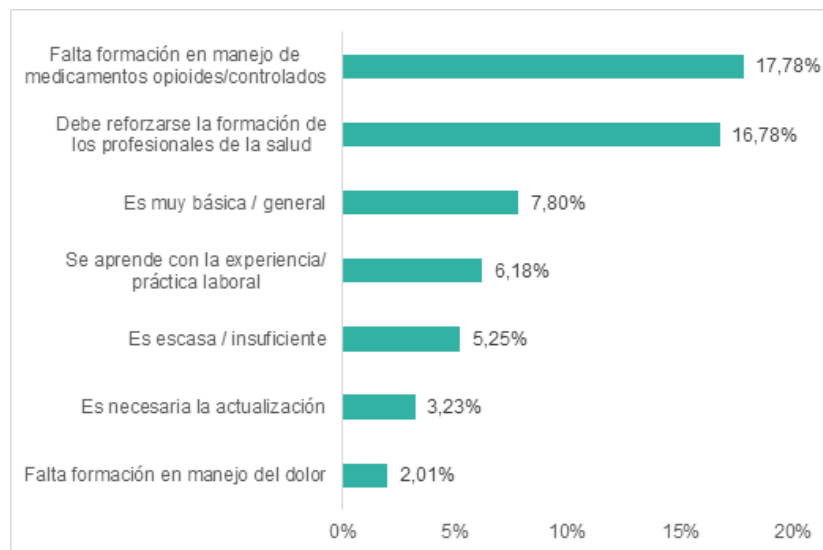
"Me parece que podría reforzarse un poquito más en el pensum de ese tema, porque pues yo que soy química farmacéutica nuestro objetivo vamos son los medicamentos en sí, no se enfocan mucho en el tema opioides sino que uno pasa por ahí brincando como se dice, eso lo muestran así muy genérico, es como por ejemplo casi que similar a medicamento oncológico, uno no ve nada de oncología en una universidad, uno lo aprende ya con la práctica, entonces en cuanto a medicamentos de control especial, tampoco es que nos hayan enseñado dentro de mi pensum, pues en el tiempo que yo estudié no había algo enfocado solamente en medicamentos de control". (Entrevista 104, Envigado - Antioquia).

Es importante resaltar la necesidad que plantean algunos entrevistados de reforzar la formación en medicamentos opioides en todas las profesiones del área de la salud:

"Se tiene que reforzar, no solamente en la parte de química farmacéutica, sino en todo, en enfermería, en medicina, en la parte de fisioterapia, que es fundamental también, instrumentación

quirúrgica, porque igual alrededor de todos ellos se dan una serie de efectos y reacciones adversas que se pueden confundir y ellos no lo manejan y de hecho no es tanto porque no les dan la connotación a ellos, a diferencia que si le dan a otro tipo de reacciones o profundizaciones, por ejemplo en psiquiatría, que si se ve esa profundización". (Entrevista 12, Soledad - Atlántico).

Gráfica 61. Razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado⁶¹



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 48. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?

En lo concerniente a la pregunta por la realización o no de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto a los medicamentos opioides, los resultados obtenidos son los siguientes (ver Gráfica 62): el 49,85% de las respuestas indicó la No realización de actividades de

educación sobre medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, el 36,10% afirmó que Sí realizan acciones de educación en las instituciones, y el 14,04% se ubicó en la categoría Ns/Nr.

Una de las razones por las cuales no se llevan a cabo en las instituciones actividades formales de educación en medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, es porque el tratamiento con estos medicamentos se realiza in situ y no fuera de la institución. En el contexto intrahospitalario se da información básica y los pacientes al salir reciben recomendaciones generales:

"No, como de aquí no sale nadie formulado con ese tipo de medicamentos entonces no se realiza, simplemente se le explica al paciente durante su recuperación que estuvo bajo una sedación, se le explica que tipo de sensaciones o qué tipo de síntomas va a tener en la recuperación y cuando ya se siente mejor pues es que le damos el alta. Con la información de que en caso de que se sienta mal o haga alguna novedad pues se comunica directamente con nosotros". (Entrevista 132, Villavicencio - Meta).

Desde el área farmacéutica algunas entrevistas indican que el trabajo de educación no es de su competencia y que es responsabilidad de otros profesionales de la salud. Por ejemplo:

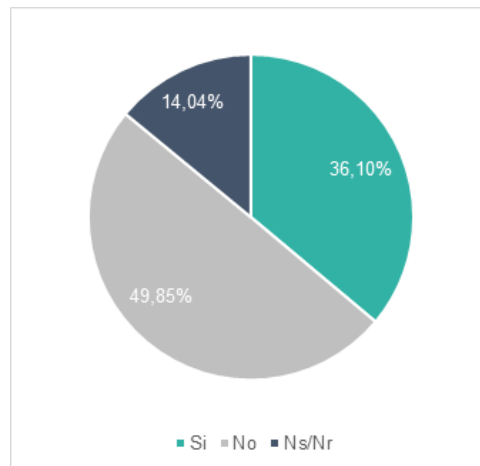
"No, nosotros no tenemos contacto con el paciente ni con los familiares. Nosotros solo dispensamos salas y hospitalización. Dentro de lo que sé, los enfermeros deben decirle al paciente lo que le van a administrar y que el paciente tenga conocimiento". (Entrevista 163, Cali - Valle del Cauca).

En contraste, otros profesionales del área farmacéutica si realizan actividades de educación con los pacientes, tanto en opioides como en otros medicamentos:

"Si, digamos que nosotros por el lado de farmacia, nosotros hacemos atenciones farmacéuticas a pacientes de artritis, y pues el químico farmacéutico hace tanto la validación de los medicamentos

que tiene y pues la educación acerca de la adherencia, no sólo de los medicamentos de artritis, en general de terapias biológicas, sino pues también de los otros medicamentos que consumen”. (Entrevista 49, Bogotá).

Gráfica 62. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?⁶²



Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas positivas dadas en la pregunta anterior contenían información complementaria acerca del tipo de actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides. Los valores se distribuyeron de la siguiente manera (ver Gráfica 63): el 19,31% de las menciones indicó la realización de actividades de educación en uso seguro de medicamentos opioides, el 10,24% indicó acciones educativas en automedicación con opioides, el 9,57% señaló educación desde el área de atención farmacéutica, y el 9,31% reportó actividades educativas en manejo del dolor. Por otro lado, el 7,45% de las respuestas mencionó acciones educativas en seguridad del paciente, el 7,08% indicó educación desde el área de enfermería, el 4,57% educación desde el área de medicina, el 4,18% comentó actividades de educación en medicamentos de control

especial, y el 4,01% educación en medicamentos en general. Finalmente, el 3,74% de las respuestas mencionó actividades de educación en medicamentos opioides y cuidados paliativos, y el 3,17% reportó acciones educativas a pacientes de unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios.

Se debe resaltar que hay instituciones que implementan programas educativos para el uso seguro de medicamentos opioides, dirigidos a pacientes y familiares, haciendo uso de diversas estrategias pedagógicas:

"Si, pues nosotros estamos implementando un instructivo de uso racional de medicamentos y ahí aplicamos opioides también. Por ejemplo, en los seguimientos farmacológicos y terapéuticos, nosotros hacemos una entrevista directamente con el paciente o con sus familiares. Si el paciente tiene opioides, pues ahí le brindamos toda la información, todas las dudas sobre su uso, efectos adversos, todo lo que se requiera y estamos implementando también realizar videos que se suban en la página del hospital para incentivar ese uso racional de estos medicamentos". (Entrevista 129, Yopal - Casanare).

Otras instituciones adelantan acciones educativas en administración de medicamentos opioides en casa, automedicación y efectos adversos. La siguiente entrevista de Tunja es ilustrativa:

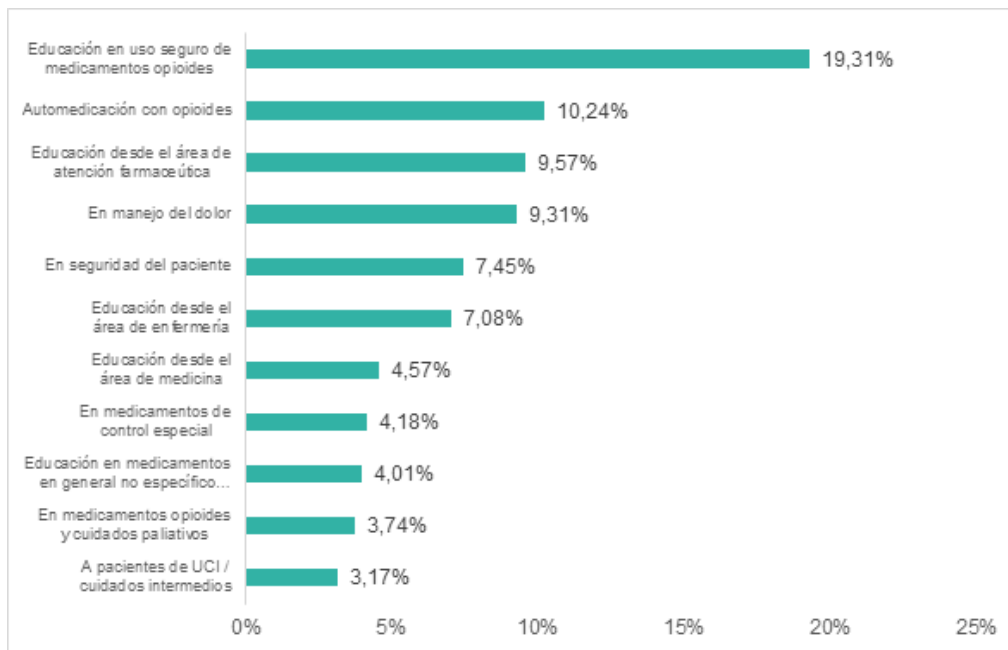
"Si, digamos que se incluye dentro de temas de farmacovigilancia, nosotros incluimos todos los medicamentos. No específicamente para opioides, pero se hacen parte de los programas que nosotros educamos aquí a los pacientes. Si se identifican que hay medicamentos de alto riesgo o que el paciente va con ingresos, se le da mucha educación con respecto a eso, al consumo de medicamentos en casa o de los efectos adversos que eso puede traer. Sobre todo, porque sabemos que medicamentos opioides tienden a producir mucho estreñimiento en el paciente ambulatorio,

entonces como para darle las recomendaciones para que le den manejo a esa situación". (Entrevista 67, Tunja - Boyacá).

La siguiente declaración dada en Pasto, demuestra que desde el área de atención farmacéutica la educación a pacientes y cuidadores en el uso de medicamentos opioides es una actividad importante, que se fundamenta en las características y necesidades de los pacientes:

"Si, en el programa de atención farmacéutica se hace educación a los pacientes. La educación se hace dependiendo del tipo de paciente y de la necesidad. Entonces si el paciente requiere, yo como química farmacéutica si veo que el paciente requiere de algún tipo de educación y medicamentos de control (...) sin embargo, yo pues les pregunto a los pacientes, usted toma medicamentos desde la casita, que es el listado de medicamentos de uso crónico de los pacientes y cuando hay medicamentos de control pues se brindan recomendaciones generales sobre el almacenamiento, sobre cómo se deben tomar los medicamentos y sobre la adherencia al tratamiento farmacoterapéutico". (Entrevista 149, Pasto - Nariño).

Gráfica 63. Actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides⁶³



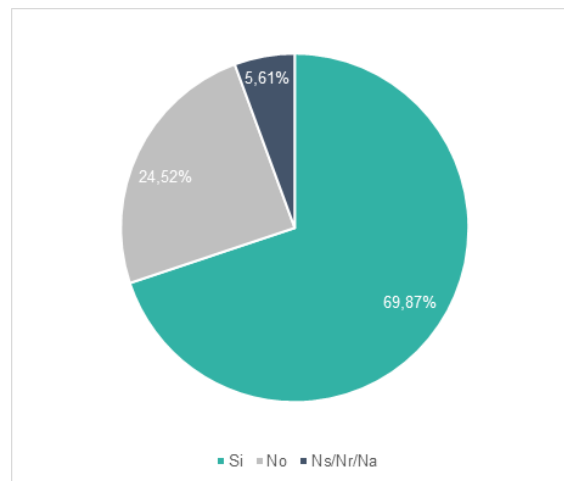
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 49. ¿En la institución se llevan a cabo capacitaciones respecto a la correcta prescripción de medicamentos, incluidos los de control especial?

Esta pregunta tiene como propósito identificar si las IPS realizan capacitaciones acerca de la prescripción de medicamentos, y medicamentos de control especial.

Como se ilustra en la Gráfica 64, en más de dos tercios de las IPS se llevan a cabo capacitaciones (69,87%) relacionadas con prescripción de medicamentos en general y medicamentos controlados.

Gráfica 64. IPS en donde se llevan a cabo capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados⁶⁴



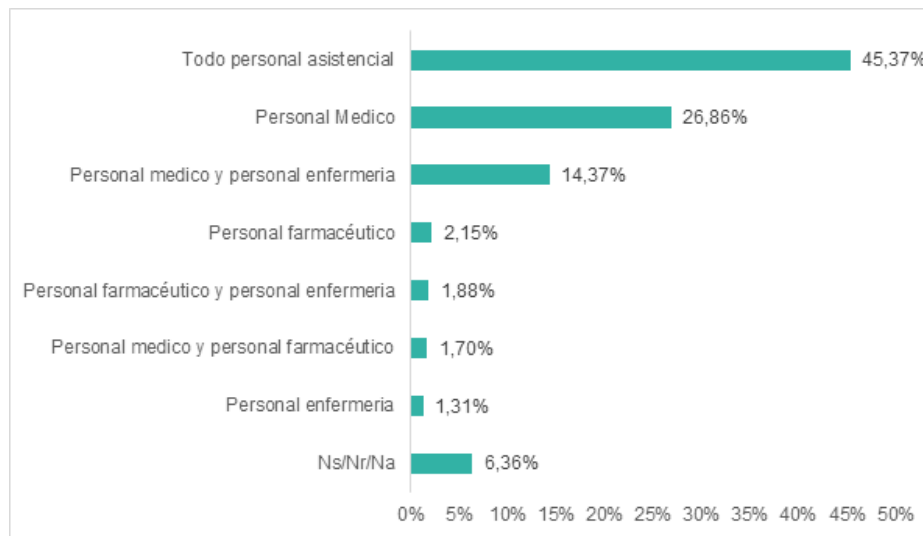
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 49.1. ¿A qué profesionales van dirigidas estas capacitaciones? y ¿Cada cuánto realizan estas capacitaciones?

A partir de la pregunta anterior, se solicitó a los entrevistados especificar, en caso de realizar capacitaciones en su IPS, qué profesionales las reciben y con qué frecuencia o regularidad las realizan.

En este aspecto la respuesta más frecuente, como se ilustra en la Gráfica 65, fue que las capacitaciones se dirigen a todo el personal de la IPS (45,37%). En segundo lugar, se focaliza en el personal médico (28,86%), y en tercer lugar en el personal médico y de enfermería (14,37%). Las capacitaciones focalizadas en el personal farmacéutico son menos frecuentes, exclusiva para este tipo de personal solo en el 2,15% de las respuestas, y porcentajes inferiores al 2,00% algunas combinaciones con personal farmacéutico, enfermería o personal médico.

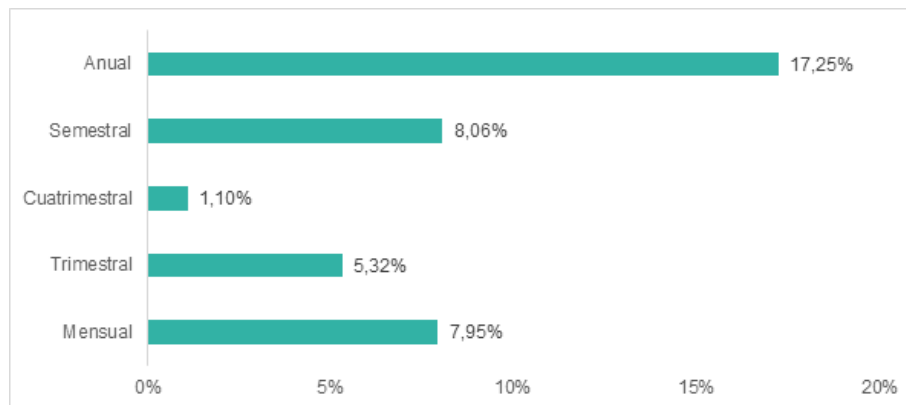
Gráfica 65. Personal al que van dirigidas las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados⁶⁵



Fuente: Construcción propia.

Respecto a la regularidad de las capacitaciones (Gráfica 66), se reportan con más frecuencia las más espaciadas en el tiempo, es decir anuales (17,25%) o semestrales (8,06%). Existe un grupo importante de instituciones en las que se mencionan las capacitaciones mensuales, tercera categoría en importancia con el 7,95%.

Gráfica 66. Regularidad de las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados⁶⁶



Fuente: Construcción propia.

En algunos casos se encontró que los temas de información y divulgación son vistos como equivalentes a las capacitaciones, y hacen parte de los espacios habituales de gestión y comunicación entre los profesionales de la IPS, por ejemplo, los comités que se realizan regularmente para revisar temas propios de las labores que se llevan a cabo:

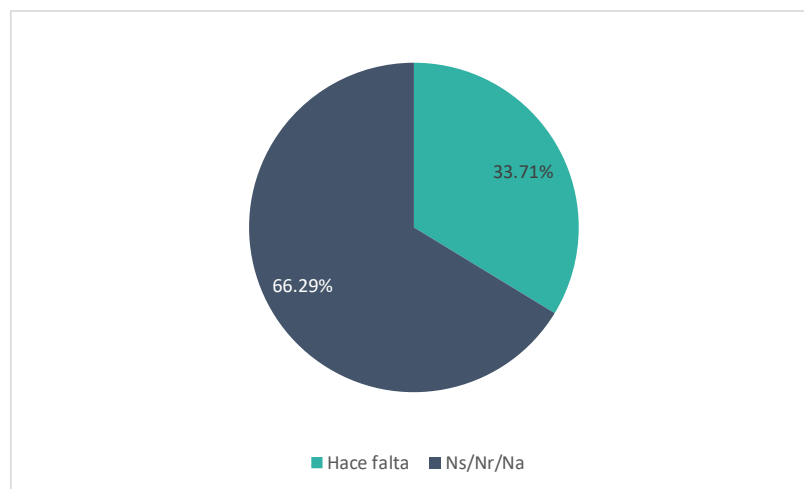
"Si, nosotros, los químicos. más que todo los hallazgos obtenidos durante el mes se divulgan en comités y cuando se detecta y se dialoga, se socializa con el médico que cometió el error. también obviamente con los regentes de farmacia y en general en piso a los médicos prescriptores, porque obviamente son muchos los médicos y hay siempre cambio de turno, entonces como para que todos sepan la información en general". (Entrevista 63, Duitama - Boyacá)

"Si, en los comités de farmacia, con todos los líderes de los servicios, se lleva a esas reuniones como digamos si se veía alguna, como errores en la prescripción, entonces se le indica al químico como para que les hagan el recordéris a todos los líderes de los problemas, digamos de las fallas que están habiendo sobre eso". (Entrevista 140, Mitú - Vaupés)

Pregunta 49.2. Si responde no, ¿Considera que hace falta?

Se preguntó a las personas que reportaron la no realización de capacitaciones sobre medicamentos en las IPS donde trabajan, si consideran importante realizarlas. Se encontró que la mayoría (66,29%) los profesionales en farmacia con tal característica manifiestan reconocer la importancia de realizarlas, según la Gráfica 67.

Gráfica 67. Personal de farmacia que considera o no que hace falta realizar capacitaciones en instituciones que no las realizan⁶⁷



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 50. ¿En la institución se realizan capacitaciones respecto al manejo de medicamentos opioides?

En contraste con lo anterior, referente a la capacitación realizada en las instituciones para el personal del servicio farmacéutico, los resultados que se observan en la Gráfica 68, estiman que si bien si se realizan capacitaciones en buena parte esta población (60,02%), existe un importante 32,19% que no la recibe, lo cual muestra una posible brecha en la formación continua sobre el manejo de estos medicamentos que podría afectar la calidad del servicio, dado que en particular el personal de farmacia debe estar al tanto de los aspectos técnicos y manejo de opioides.

La siguiente entrevista realizada en Bogotá, describe algunas características de procesos de capacitación sobre medicamentos opioides:

"Si, hacemos retroalimentaciones. Tenemos dentro del programa de fármacos y la hacen unas rondas. Dentro de las rondas de seguridad de medicamentos están los medicamentos de control especial, en ese momento de la retroalimentación recordamos lo que es almacenamiento, bueno la solicitud, adecuada dosificación, almacenamiento, administración y destrucción de estos, y se hace la lista de chequeos y firma la enfermera jefe". (Entrevista 47, Bogotá).

Otras instituciones llevan a cabo desde el área farmacéutica capacitaciones periódicas sobre medicamentos opioides y controlados, dirigidas a todo el equipo de profesionales de la salud. Por ejemplo:

"Si, yo procuro hacerlo al menos una vez al año. Pero, por ejemplo, en farmacia a medida que se van generando como incidentes o que vemos a que algo estamos como fallando, intervenimos de una vez y hacemos alguna adicional puntual con el grupito que genere el tema. Cuando llega personal nuevo, asistencial, médicos, enfermeras, auxiliares, ya están pasando por farmacia, van a la

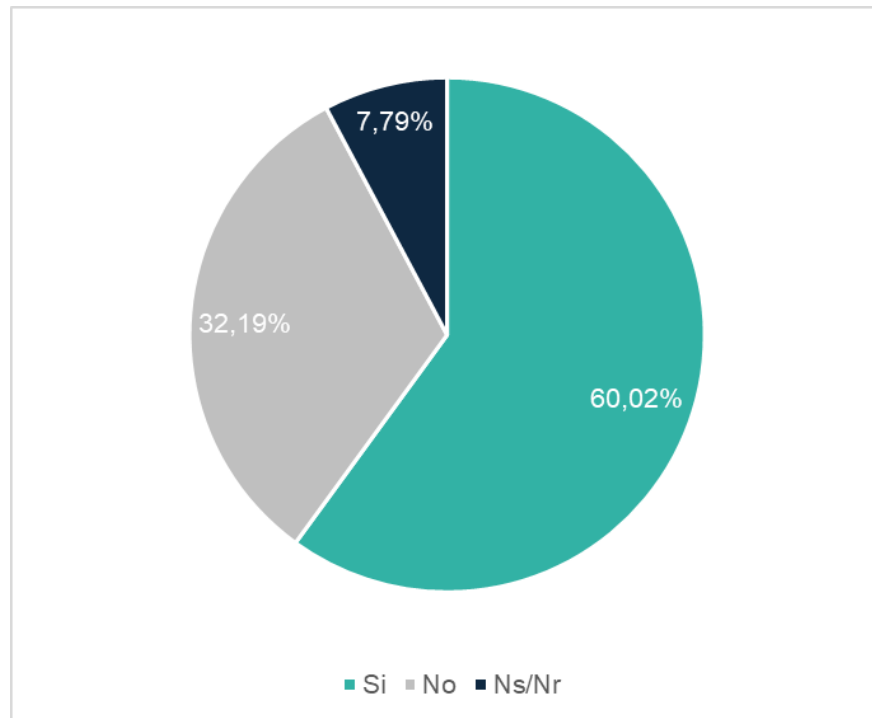
farmacia a hacer inducción y nosotros ahí les explicamos el tema de los controlados. Desde la prescripción hasta la disposición, con todo el personal nuevo. Digamos que es como una mejora que hicimos el año pasado a raíz de tanto rollo que había". (Entrevista 72, Facatativá - Cundinamarca).

Entre las razones por las cuales no se realizan capacitaciones sobre medicamentos opioides en algunas instituciones, se argumenta que las acciones de capacitación giran alrededor de temas más generales:

"No, yo hago capacitaciones de medicamentos, uso racional de medicamentos en general, pero no la hago específica de opioides". (Entrevista 88, Puerto Asís - Putumayo).

"No, de opioides en específico no, pero en general de todos los medicamentos. ahí están internos". (Entrevista 146, Ipiales - Nariño).

Gráfica 68. Realización de capacitaciones institucionales sobre el manejo de medicamentos opioides⁶⁸



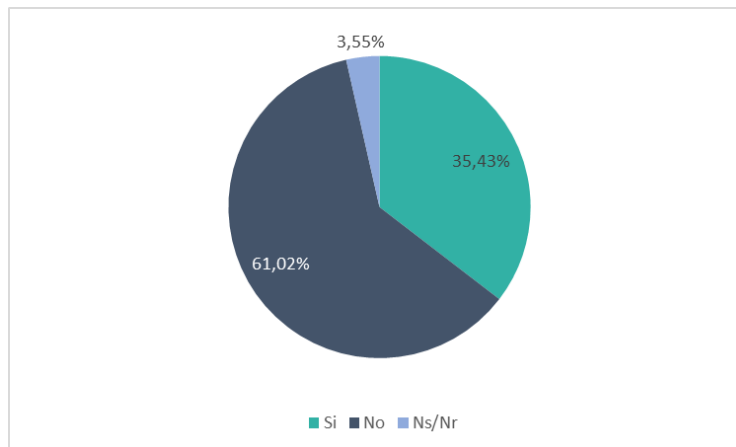
Fuente: Construcción propia.

Sección 7: Percepción

Pregunta 51. Trastornos de uso de opioides en profesionales de la salud
¿Usted conoce algún caso de este tipo en la institución? ¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?

Al preguntar al personal farmacéutico si conocían casos de consumo problemático de opioides en colegas, el 35,43% afirmó conocer al menos un caso, mientras que el 61,02% manifestó no haber conocido ninguno, como se aprecia en la Gráfica 69.

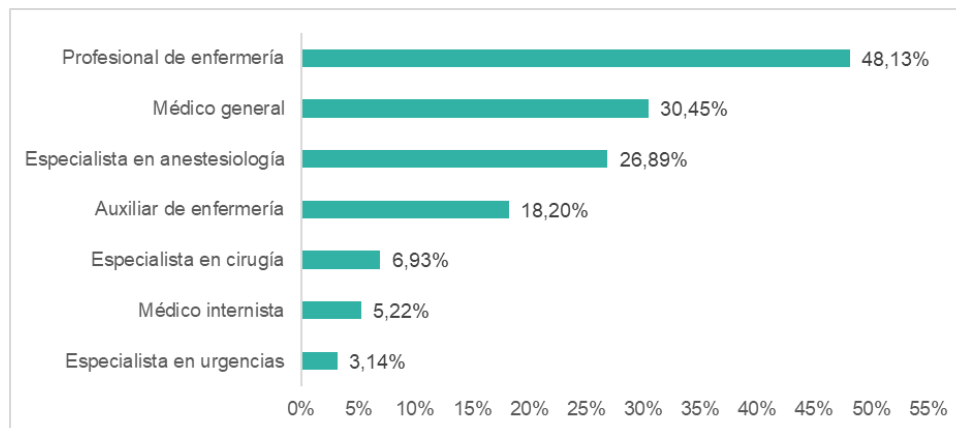
Gráfica 69. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 70, los profesionales más mencionados por el personal farmacéutico como vinculados a situaciones de consumo problemático fueron enfermería (48,13%), médicos generales (30,45%) y anestesiólogos (26,89%), seguidos de auxiliares de enfermería (18,20%) y, en menor proporción, especialistas en cirugía (6,93%), medicina interna (5,22%) y urgencias (3,14%). Estos resultados coinciden con lo referido en las otras partes de las entrevistas, donde se identificó que la exposición frecuente a opioides potentes en áreas quirúrgicas y de cuidados críticos, incrementa la vulnerabilidad al uso indebido.

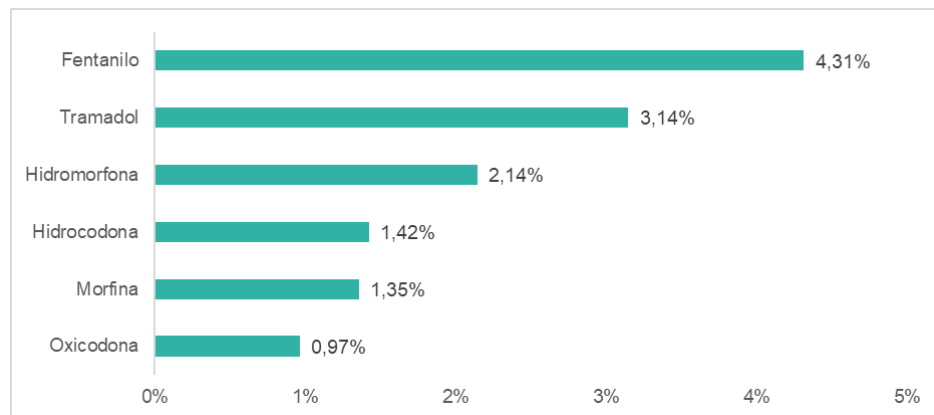
Gráfica 70. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de farmacia⁶⁹



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los medicamentos específicos, la Gráfica 70 evidencia que el fentanilo es el opioide más reportado en los casos de consumo problemático (4,31%), seguido de tramadol (3,14%), hidromorfona (2,14%), hidrocodona (1,42%), morfina (1,35%) y oxicodona (0,97%). La predominancia del fentanilo refuerza lo mencionado en las narrativas, donde este opioide aparece reiteradamente como de mayor riesgo, tanto por su alta potencia como por el fácil acceso en entornos hospitalarios.

Gráfica 71. Medicamentos opioides identificados por el personal de farmacia en el trastorno por consumo de opioides en profesionales de la salud⁷⁰



Fuente: Construcción propia.

-
- ¹ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ² Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ³ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.
- ⁴ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.
- ⁵ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ⁶ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.
- ⁷ Se categorizaron todas las respuestas de los entrevistados que nombraron los medicamentos opioides que maneja la institución y cuáles eran sus presentaciones. Se marcaron uno o varios medicamentos para cada respuesta, así como respuestas que declararon no utilizar opioides.
- ⁸ C16A Se marcaron con este código las respuestas que indicaron los tipos de medicamentos opioides adquiridos por la institución según la siguiente clasificación: Medicamentos de control especial, Medicamentos no controlados, Monopolio del Estado, Ns/Nr.
- ⁹ C16B Se marcaron con este código las respuestas que indicaban el tipo de proveedor de medicamentos usado por las instituciones para la adquisición de medicamentos opioides.
- ¹⁰ Se marcaron con este código las respuestas que describían, según el tipo de proveedor, el procedimiento administrativo mediante el cual las instituciones adquieren los medicamentos opioides.
- ¹¹ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr, Na), dependiendo de la respuesta acerca de si se reportan limitaciones en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides en las instituciones.
- ¹² Se marcaron las respuestas que contestaron Si en la respuesta anterior (C17A). Se marcaron las respuestas según información complementaria y/o aclaratoria acerca de las limitaciones en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides en las instituciones.
- ¹³ Nota Metodológica: Todas las respuestas fueron marcadas con algún código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta sobre la existencia de algún protocolo o lineamiento para la gestión de dificultades logísticas en el acceso a medicamentos opioides.
- ¹⁴ Nota metodológica: Se codificaron las menciones más representativas de las acciones tomadas en casos de dificultades en abastecimiento de medicamentos.
- ¹⁵ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo con la consideración del entrevistado sobre la suficiencia (oferta) de medicamentos opioides en la institución. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No responde" asignados de acuerdo con la consideración del entrevistado sobre la suficiencia de estos medicamentos en la institución.
- ¹⁶ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C19A) fue negativa. Se categorizó según el listado de medicamentos que los entrevistados reportaron como no suficientes. Se marcaron uno o varios medicamentos de cada respuesta según las menciones de los mismos.
- ¹⁷ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo con la opinión del entrevistado sobre si consideraba que la presentación de los medicamentos opioides en Colombia son las adecuadas y/o suficientes para la práctica clínica. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe/No responde" asignados de acuerdo a la opinión del entrevistado.
- ¹⁸ Se clasifican las respuestas negativas que contienen un complemento sobre la ausencia de presentaciones y/o concentraciones de los medicamentos existentes o sobre la adecuación y/o ajuste de las presentaciones disponibles en el inventario de la farmacia.

¹⁹ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C20A) fue negativa. Se categorizó según la opinión del entrevistado a la consideración de si las presentaciones de medicamentos opioides existentes en Colombia son las adecuadas y/o suficientes para la práctica clínica. Se marcaron uno o varios medicamentos de cada respuesta según las menciones de los mismos, así como las formas farmacéuticas o concentraciones que consideran hacen falta en Colombia.

²⁰ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si en la institución se han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe/No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.

²¹ Se clasifican las respuestas afirmativas que contienen un complemento sobre los errores en la prescripción de medicamentos opioides más evidentes en la institución. Se marcaron uno o varios de los errores identificados.

²² Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C22A) fue afirmativa. Se categorizó según el listado de los errores de prescripción que fueron evidenciados en las prescripciones de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios errores de cada respuesta según las menciones de los mismos.

²³ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.

²⁴ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron codificadas utilizando una de tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr" (No sabe / No responde / No aplica). Estas se asignaron según la postura expresada por cada participante frente a si, en la institución, los médicos diligencian correctamente el recetario oficial para la prescripción de medicamentos opioides de control especial.

²⁵ Nota metodológica: Se codificaron las respuestas que describen los errores más representativos en el diligenciamiento del recetario oficial para la prescripción de medicamentos opioides de control especial.

²⁶ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron codificadas utilizando una de las tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr" (No sabe / No responde). Estas se asignaron según la postura expresada por cada participante frente a si se lleva a cabo un seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes medicados con opioides.

²⁷ Nota metodológica: Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior fue positiva o negativa frente a la necesidad de llevar el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes medicados con opioides.

²⁸ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según ocho (8) opciones de respuesta para esta pregunta ("Ns/Nr/Na"; "No"; "No, en proceso de construcción"; "Si"; "Si, conciliación de medicamentos"; "Si, conciliación de medicamentos en proceso de implementación"; "Si, conciliación y salida segura (o plan de egreso)" y "Si, salida segura o plan de egreso"), dependiendo de la respuesta si la institución cuenta con programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros.

²⁹ Aplica para respuestas negativas codificadas en la pregunta anterior ("C27A No"; "C27A No, en proceso de construcción" o "C27A Ns/Nr/Na"). Se marcaron códigos según tres (3) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr"), dependiendo de la respuesta a si considera que hace falta.

³⁰ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "Si, opioides no controlados" o "Si, por falta de disponibilidad"), dependiendo de la respuesta si la institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides.

³¹ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según siete (7) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr", "Si, casos no serios", "Si, fallo terapéutico", "Si, en el último año o más tiempo" o "Si, sin especificar en qué periodo de tiempo"), dependiendo de la respuesta sobre los casos

serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides presentados en la institución durante el último trimestre.

³² Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "si, otros medicamentos de control especial" o "Si, por vencimiento"), dependiendo de la respuesta a si ha presentado perdidas de medicamentos opioides.

³³ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "si, control de inventarios" o "Si, está en construcción"), dependiendo de la respuesta a si cuenta con protocolo/procedimientos que indiquen como proceder en caso de pérdida de medicamentos opioides.

³⁴ Se marcaron códigos según dos opciones de respuesta a la pregunta anterior ("C31A. Si, control de inventarios" o "C31A. Si, está en construcción"), dependiendo el complemento a la solicitud de descripción sobre los protocolos o procedimientos. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta relacionadas con protocolos/procedimientos relacionados al control de inventarios o al proceso de construcción de los protocolos o procedimientos.

³⁵ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según una opción de respuesta a la pregunta anterior ("C31A. No" ó "C31A Ns/Nr"), dependiendo de la respuesta a la solicitud de información de como procede en caso de presentar perdida de medicamentos opioides, considerando que no reporta con protocolos o procedimientos.

³⁶ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante frente a la existencia de guías de práctica clínica, procesos, procedimientos o manuales establecidos para el manejo de medicamentos opioides.

³⁷ Nota metodológica: Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C32A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía o lineamiento que expresaron contener en la institución.

³⁸ Nota metodológica: Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C32A) fue negativa. Se asignaron códigos según si expresaron positiva o negativamente la necesidad de poseer una guía o lineamiento de práctica clínica establecida para el manejo de medicamentos opioides con los códigos "Sí" o "No".

³⁹ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), se asignaron según lo manifestado por cada participante frente a si las guías o lineamientos de práctica clínica, los procesos, procedimientos o manuales que utilizan hacen referencia a guías nacionales o internacionales.

⁴⁰ Nota metodológica: Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue afirmativa. Se codificó según la respuesta expresada discriminando la referencia o fuente y nombre.

⁴¹ Nota metodológica: Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta fue positiva o negativa frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides.

⁴² Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde / No aplica" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.

⁴³ Se clasifican las respuestas afirmativas que contienen un complemento sobre los indicadores de gestión definidos en la institución respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se marcaron uno o varios de los indicadores mencionados de acuerdo con la respuesta.

⁴⁴ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró cual era el indicador (o indicadores) de gestión definido(s) que discrimina el uso de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios indicadores de acuerdo a cada respuesta.

⁴⁵ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado que respondió de forma negativa al discriminar los indicadores de gestión definidos en de la institución respecto al uso y manejo de medicamentos opioides y su consideración sobre su necesidad. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No aplica / No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.

⁴⁶ Se clasifican las respuestas afirmativas que contienen un complemento sobre la consideración del entrevistado para la necesidad de tener un indicador que discrimine la información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides.

⁴⁷ Se clasifican las respuestas negativas que contienen un complemento sobre la consideración del entrevistado justificando la no necesidad de tener un indicador que discrimine la información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides.

⁴⁸ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si la institución cuenta con un lugar habilitado para la adecuación de medicamentos en dosis unitarias, certificado en BPE "central de mezclas". Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.

⁴⁹ Se clasifican las respuestas, afirmativas o negativas, que contienen un complemento sobre el lugar indicado por el entrevistado donde se realiza la adecuación de los medicamentos en dosis unitarias.

⁵⁰ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C37A) fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró las adecuaciones de medicamentos opioides que se llevan a cabo en la "central de mezclas". Se marcaron uno o varios medicamentos nombrados, así como el tipo de adecuación realizado.

⁵¹ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C37A) fue negativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que, al no contar con central de mezclas, nombró cómo llevan a cabo la preparación y/o adecuación de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios procedimientos utilizados, así como el personal encargado de su realización.

⁵² Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde / No aplica" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.

⁵³ Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C38A) fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró el tipo de aprovechamiento y el lugar donde se realiza. Solo se marcó un tipo de aprovechamiento por cada respuesta.

⁵⁴ Se marcaron todas las respuestas con un solo código. Se usaron tres categorías: "Si", "No", "Ns/Nr", de acuerdo a si los entrevistados reportan uso indiscriminado de Tramadol en su institución.

⁵⁵ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL en la institución. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe /No responde /No aplica" asignados de acuerdo con las respuestas recibidas.

⁵⁶ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica"

⁵⁷ Nota metodológica: Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según los controles a la disposición final de medicamentos opioides mencionados por los entrevistados.

⁵⁸ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si consideraban óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.

⁵⁹ Se marcaron con uno o varios códigos todas las respuestas que presentaran información complementaria y/o aclaratoria, mencionada por los informantes y mediante la cual consideraban o no óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.

⁶⁰ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si consideraban suficiente o no, la educación universitaria de los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.

⁶¹ Se marcaron con este código las respuestas con información complementaria con las razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.

⁶² Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si en la institución se llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a medicamentos opioides

⁶³ Se clasifican las respuestas positivas en (C48A) que contienen información complementaria acerca del tipo de actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides.

⁶⁴ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si tenían capacitaciones sobre correcta prescripción de medicamentos incluidos los de control especial

⁶⁵ Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C49A) fue afirmativa. En esta se categorizo a quienes o que perfiles van dirigidas las capacitaciones sobre la correcta prescripción.

⁶⁶ Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C49A) fue afirmativa. Se codificaron las respuestas que refirieron cada cuanto realizan las capacitaciones

⁶⁷ Para esta pregunta se tuvieron en cuenta las preguntas que la (C49A) fuera negativa y se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de si el entrevistado considera si hace falta este tipo de capacitaciones.

⁶⁸ Todas las respuestas fueron codificadas de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre la existencia de capacitaciones institucionales en el manejo de medicamentos opioides. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na).

⁶⁹ Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C51A) fue afirmativa. Se codificaron los perfiles profesionales en los que se ha presentado trastorno por uso de opioides

⁷⁰ Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C51A) fue afirmativa. Se codificaron los medicamentos opioides por los que se ha presentado trastorno por uso de opioides.

..

Anexo 3

Análisis médico entrevista personal

Tabla de contenido

Nota aclaratoria sobre selección de preguntas	11
Sección 1: Información general	11
Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?.....	11
Preguntas 3. Y 4. Edad y sexo biológico del entrevistado.....	13
Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo?13	
Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?	14
Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional posee?	15
Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional en la institución?	16
Sección 2: Manejo de medicamentos opioides en la práctica médica ...	17
Pregunta 14. ¿Los medicamentos opioides son necesarios en la práctica médica?	17
Pregunta 15. Desde su percepción, ¿Los medicamentos opioides son seguros en la práctica médica?	23
Pregunta 16. ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?	28
Pregunta 17. Del siguiente listado de diagnósticos indique en cuales se encuentra de acuerdo en que se traten con medicamentos opioides y en cuales se debería restringir su uso	33
Pregunta 18. ¿Cuáles son los criterios con los que lleva a cabo la elección del medicamento opioide a manejar y la dosis correspondiente?	35
Sección 3: Lineamientos o guías de manejo de medicamentos opioides	41
Pregunta 19. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos,	

procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?	41
Pregunta 20. ¿Qué lineamientos o guías de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?	47
Pregunta 21. En algunos países se emplea consentimiento informado de carácter obligatorio (contrato opioide) a la hora de utilizar medicamentos opioides ya que proporciona seguridad tanto al paciente como al médico. En su práctica clínica, ¿Utiliza consentimiento informado en el manejo de medicamentos opioides?	53
Pregunta 22. ¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	60
Pregunta 23. ¿Quién es el responsable del seguimiento al paciente tratado con medicamentos opioides?	65
Pregunta 25. ¿Podría describir detalladamente la ruta que debe seguir para prescribir un medicamento opioide? Le agradezco indicar los softwares, aplicativos y formatos empleados, así como la información que posea sobre los procesos administrativos o de autorización que deban ser realizados	68
Pregunta 26. En la ruta descrita, ¿evidencia alguna limitación o barrera de acceso para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos prescritos?	74
Pregunta 27. ¿Cuál es su percepción sobre el diligenciamiento del Recetario Oficial para la prescripción de medicamentos de control especial? ¿Ha tenido alguna limitación al respecto?	82
Sección 4: Revisión, sustitución y analgesia	88
Pregunta 29. La METADONA solución oral 10mg/mL frasco por 120 mL está indicado para el tratamiento de desintoxicación de la adicción a los opioides (heroína u otros fármacos similares a la morfina), este medicamento debe ser diluido antes de su administración (1ml en 30 mL de agua) e inicio su comercialización a inicios del año 2024. Según	

su experiencia, nos podría indicar si está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados:.....	88
Pregunta 30. En caso de que ingrese un paciente que se encuentre en terapia de mantenimiento con metadona ¿la institución se encuentra en la capacidad de darle continuidad a la terapia?	93
Pregunta 31. ¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol?	94
Pregunta 32. ¿Considera que es fácil adquirir TRAMADOL?	98
Pregunta 33. ¿Considera que el TRAMADOL debería ser un medicamento de control especial?	99
Pregunta 34. ¿Cuál cree que sería una estrategia para disminuir el riesgo de dependencia a TRAMADOL y otros opioides?	102
Pregunta 36. Pertinencia de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal	108
Sección 5: Trastorno por consumo de medicamentos opioides.....	115
Pregunta 37. ¿Como se determina en la institución si un paciente está presentando trastorno por consumo de medicamentos opioides? Realizar una breve descripción.....	115
Pregunta 38. Identificación de abstinencia a medicamentos opioides en pacientes y uso de escalas	118
Pregunta 39. Manejo del paciente en estado de trastorno por consumo de medicamentos opioides	124
Pregunta 40. Trastornos de uso de opioides en profesionales de la salud ¿Usted conoce algún caso de este tipo en la institución? ¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?	130
Sección 6: Formación y actividades educativas.....	134
Pregunta 41. ¿Cuál es el manejo que la institución brinda a profesionales de la salud que desarrollan consumo problemático de opioides?	134

Pregunta 42. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	137
Pregunta 43. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	140
Pregunta 44. ¿Usted ha recibido formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial	142
Sección 7: Percepción	145
Pregunta 45. ¿Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides?.....	145
Pregunta 46. A continuación, le leeré algunas afirmaciones o mitos expresados por pacientes y le pediré que indique si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.....	150
Bibliografía	153

Tabla de ilustraciones

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.	12
Gráfica 2. Pirámide poblacional de los profesionales de la salud.	13
Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del personal de la salud.....	14
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.	15
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	16
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución.....	17
Gráfica 7. Necesidad de los opioides en la práctica médica.	18
Gráfica 8. Criterios condicionantes del uso de medicamentos opioides.	19

Gráfica 9. Ámbitos clínicos señalados para el uso de opioides.	22
Gráfica 10. Percepción de seguridad al usar opioides.	23
Gráfica 11. Razones de percepción negativa sobre la seguridad de los opioides.	25
Gráfica 12. Factores asociados a la percepción de seguridad de los opioides.	26
Gráfica 13. Consideración de los profesionales médicos sobre la suficiencia de medicamentos opioides disponibles en la institución.	29
Gráfica 14. Consideraciones sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en las instituciones.	31
Gráfica 15. Listado de medicamentos opioides y sus formas farmacéuticas que los profesionales médicos consideran hacen falta en las instituciones.	33
Gráfica 16. Recomendación de uso o restricción de opioides según diagnóstico. Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.	35
Gráfica 17. Criterios médicos para la elección de medicamentos opioides y su dosis correspondiente a la hora de realizar la prescripción.	40
Gráfica 18. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.	42
Gráfica 19. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría.	43
Gráfica 20. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	46
Gráfica 21. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	48
Gráfica 22. Fuente o referencia de Guías o lineamientos.	49
Gráfica 23. Necesidad de referente nacional o internacional.	53

Gráfica 24. Uso de un consentimiento informado para el tratamiento con opioides.	54
Gráfica 25. Consentimientos usados por las IPS en procedimientos que involucran el uso de opioides.	55
Gráfica 26. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.	57
Gráfica 27. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.	58
Gráfica 28. Consideraciones para no implementar el uso de consentimiento informado en las IPS.	60
Gráfica 29. ¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	62
Gráfica 30. Programas de seguimiento existentes en la institución para pacientes tratados con medicamentos opioides.	63
Gráfica 31. ¿Considera que hacen falta en su institución programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	65
Gráfica 32. Perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	67
Gráfica 33. Tipo de atención.	68
Gráfica 34. Modalidades de prescripción hospitalaria.....	69
Gráfica 35. Procedimiento intrahospitalario.....	70
Gráfica 36. Manejo en servicios clínicos.	71
Gráfica 37. Modalidad de prescripción ambulatoria.	72
Gráfica 38. Procedimiento ambulatorio.....	73
Gráfica 39. Presencia de barreras de acceso.	74
Gráfica 40. Barreras de acceso identificadas.	75
Gráfica 41. Dificultades en el diligenciamiento de R.O.....	83
Gráfica 42. Principales dificultades en el diligenciamiento del R.O.	84

Gráfica 43. Aspectos percibidos cuando no se reportan dificultades en el uso del Recetario Oficial.	86
Gráfica 44. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	90
Gráfica 45. Capacidad de darle continuidad a la terapia de mantenimiento con metadona.	94
Gráfica 46. ¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol?	95
Gráfica 47. Complementos de las respuestas afirmativas de los profesionales médicos que han tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol.	96
Gráfica 48. Complementos de las respuestas negativas de los profesionales médicos que no han tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol.	98
Gráfica 49. Facilidad de acceso a tramadol.	99
Gráfica 50. Personal de salud que considera o no que el tramadol debe ser un medicamento de control especial.	100
Gráfica 51. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol sí debe ser un medicamento de control especial.	101
Gráfica 52. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol no debe ser un medicamento de control especial.	102
Gráfica 53. Estrategias propuestas por los profesionales médicos para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides.	108
Gráfica 54. Falta de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en Colombia.	109
Gráfica 55. Motivos a favor de la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia.	110
Gráfica 56. Motivos dados para no tener la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia.	113

Gráfica 57. Tipo de identificación de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides según los profesionales médicos.	118
Gráfica 58. Herramientas usadas en la identificación de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides.	119
Gráfica 59. Escalas reportadas en la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en pacientes.	121
Gráfica 60. ¿Considera que hace falta una escala para la determinación del síndrome de abstinencia?	123
Gráfica 61. Abordaje y manejo del paciente con trastorno por consumo de medicamentos opioides.	125
Gráfica 62. Consumo problemático de colegas.	130
Gráfica 63. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de asistencial.	131
Gráfica 64. Medicamentos opioides identificados en el trastorno por consumo de opioides en profesionales de la salud.	132
Gráfica 65. Manejo del profesional de salud con trastorno por consumo de opioides.	135
Gráfica 66. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	138
Gráfica 67. Complementos de respuestas afirmativas que cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	139
Gráfica 68. Complementos de respuestas negativas que cree que no es óptima ni suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	140
Gráfica 69. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	141

Gráfica 70. Razones por las cuales se identifica como insuficiente la educación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	142
Gráfica 71. Formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.	143
Gráfica 72. Tipos de formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.	144
Gráfica 73. Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	147
Gráfica 74. Actividades de educación realizadas a los pacientes y sus cuidadores respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	150
Gráfica 75. Percepción frente a mitos mencionados por los pacientes.	152

Resultados cualitativos

Nota aclaratoria sobre selección de preguntas

En el proceso de análisis cualitativo se aplicó un criterio de depuración metodológica que consistió en excluir algunas de las preguntas repetidas entre los tres formularios utilizados. Dichas preguntas fueron consolidadas en una única versión, seleccionada según el perfil del informante más pertinente para cada temática. Esta decisión responde a la necesidad de evitar redundancias, garantizar la coherencia del corpus y optimizar la comparabilidad de los hallazgos, manteniendo la relevancia analítica y la rigurosidad del estudio.

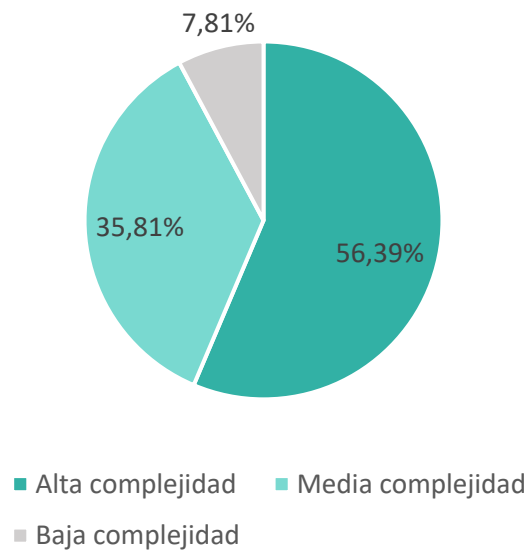
Por tal razón, se excluyeron de este informe las siguientes preguntas: 1, 5, 7, 8, 9, 13, 24, 28, y 35.

Sección 1: Información general

Pregunta 2. ¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?

Los resultados presentados en la Gráfica 1 muestran que la mayoría (56,39%) de las instituciones de salud que utilizan habitualmente opioides corresponden a un nivel de alta complejidad. En segundo lugar, un 35,81% fueron clasificadas como de mediana complejidad, mientras que únicamente un 7,81% se identificó como de baja complejidad.

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones¹

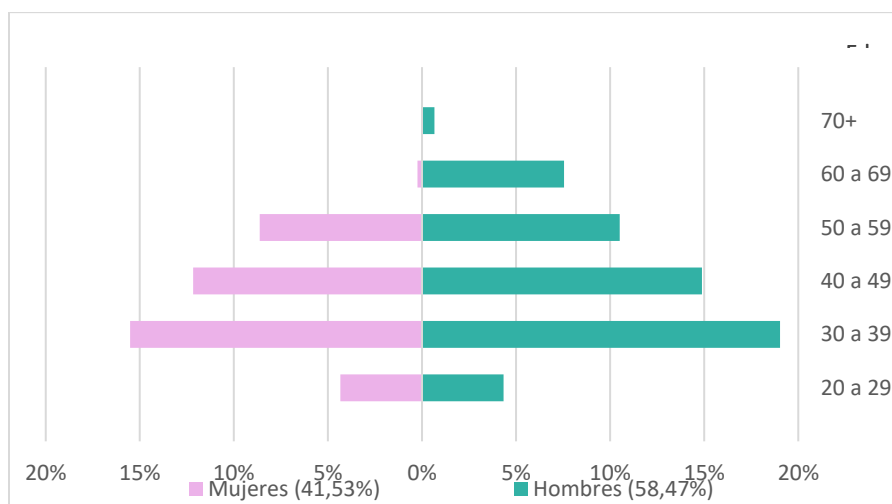


Fuente: Construcción propia.

Preguntas 3. Y 4. Edad y sexo biológico del entrevistado

La pirámide poblacional de los profesionales de la salud se representa en la Gráfica 2, donde se evidencia un predominio general del sexo masculino (58,47%), frente al femenino (41,53%). En cuanto a la distribución por edad y sexo, la mayor concentración corresponde al grupo de 30 a 39 años (34,55%), con una participación marcadamente superior de los hombres (19,03%), frente a las mujeres (15,52%). Le siguen los rangos de 40 a 49 años (27,05% total, 14,89% hombres, 12,16% mujeres) y de 50 a 59 años (19,14%), en los que también predomina el personal masculino (10,51%) frente al femenino (8,63%). En contraste, en el grupo de 20 a 29 años (8,68%), la proporción de mujeres es casi exactamente la misma que la de los hombres (4,34% para cada sexo). Finalmente, en las edades de 60 años en adelante, que son el grupo de edad menos representado, con un 8,46%, se presenta una casi total predominancia de los hombres (8,22%) frente a las mujeres (0,24%).

Gráfica 2. Pirámide poblacional de los profesionales de la salud²

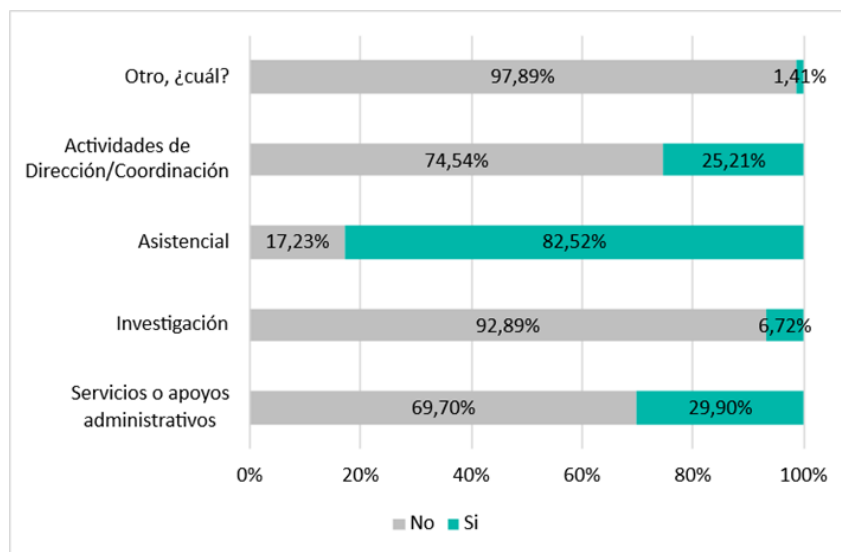


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 6. ¿Cuál es la actividad laboral que más describe su cargo?

En cuanto a las actividades laborales que mejor describen el cargo, la distribución representada en la Gráfica 3 muestra un predominio de funciones asistenciales (82,52%). En segundo lugar, se identifican actividades relacionadas con servicios o apoyos administrativos (29,90%). En tercer lugar, las labores de dirección o coordinación (25,21%). En menor proporción, se reporta la participación en investigación (6,72%) y en otras actividades diferentes a las mencionadas (1,41%).

Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del personal de la salud³



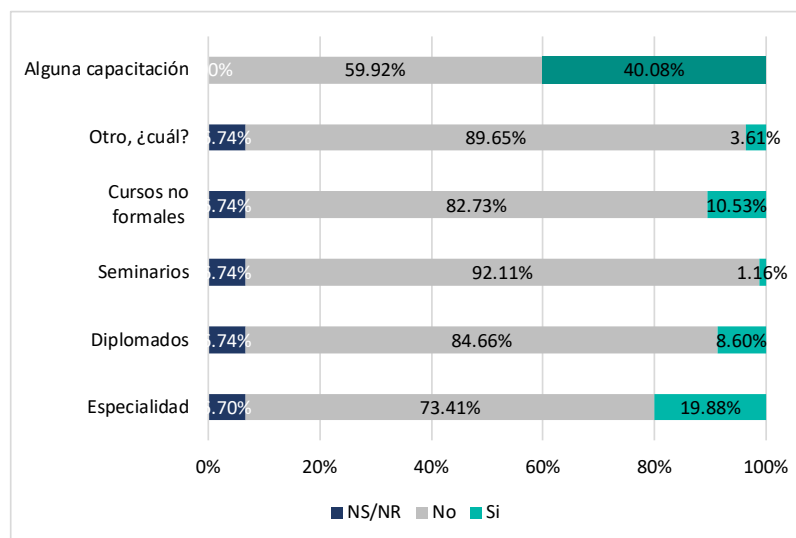
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 10. ¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?

Con referencia a la formación específica sobre el manejo de medicamentos opioides, la Gráfica 4 muestra que la mayor frecuencia de menciones en las respuestas corresponde a la ausencia de capacitación,

pues el 59,92% reporta no haber recibido alguna capacitación específica. En cuanto a las menciones de una o varias capacitaciones en cada respuesta, la mención más frecuente corresponde a formación específica para manejo de opioides en especializaciones o especialidad, mencionada en el 19,88% de las respuestas. Le siguen cursos no formales (10,53%), y en tercer lugar los diplomados (8,60%). Finalmente, los seminarios como el nivel específico menos frecuentemente mencionado (1,16%). El 3,61% de las respuestas mencionó algún otro tipo de capacitación distinta a las opciones anteriores.

Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides⁴



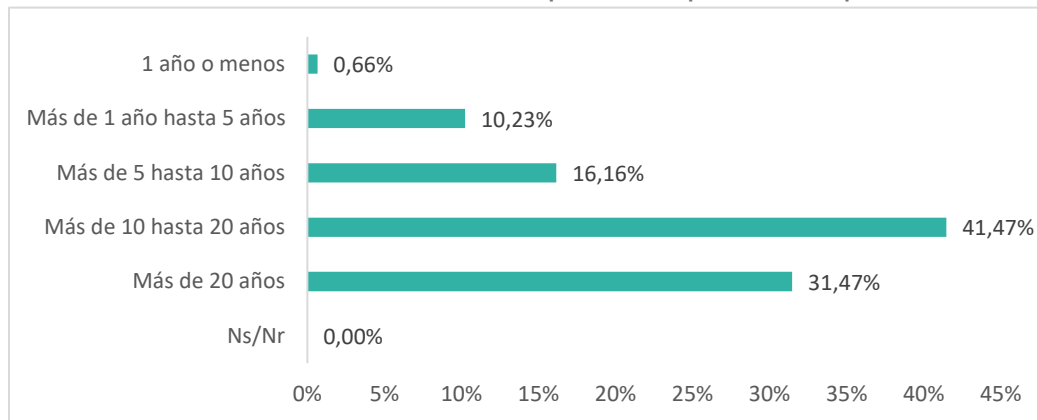
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 11. ¿Cuánto tiempo de experiencia profesional posee?

La distribución del tiempo de experiencia profesional representada en la Gráfica 5 muestra que la mayor parte de los entrevistados menciona contar con entre 10 y 20 años de experiencia profesional (41,47%). En segundo lugar, está la categoría de personal con más de 20 años de experiencia (31,47%) y, en tercer lugar, quienes tienen entre 5 y 10 años

(16,16%). En menor medida están representados los grupos con menor experiencia: quienes afirman contar con entre 1 hasta 5 años (10,23%), y el grupo con un año o menos de experiencia, que representa solo el 0,66%. Ninguno de los entrevistados dejó sin especificar su tiempo de experiencia.

Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional⁵



Fuente: Construcción propia.

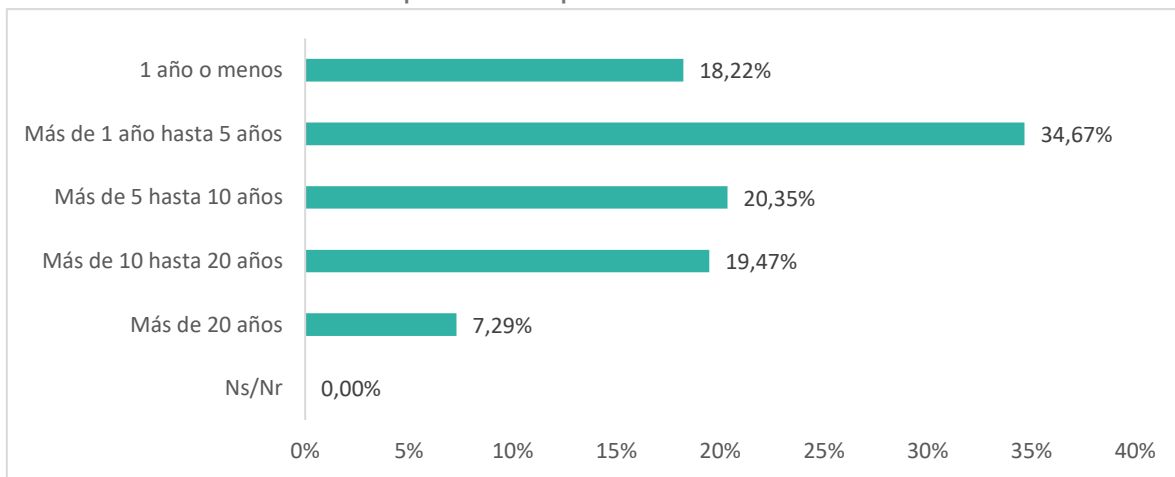
Pregunta 12. ¿Cuánto tiempo tiene usted de experiencia profesional en la institución?

Los resultados de la Gráfica 6 muestran que la mayoría de los profesionales de la salud cuentan con un periodo de permanencia relativamente corto en la institución donde laboran actualmente. El grupo más representativo corresponde a quienes tienen entre 1 y 5 años de permanencia, con el 34,67%, seguido por aquellos con un año o menos, que representan el 18,22%. Estas dos categorías de experiencia menor a 5 años representan, sumadas, más de la mitad de los entrevistados (52,89%).

En contraste, los profesionales con mayor antigüedad institucional presentan en conjunto un grupo minoritario respecto del anterior (47,11%), desglosado del siguiente modo: el 20,35% se ubica en el rango

de 5 a 10 años de permanencia, el 19,47% entre 10 y 20 años y el 7,29% cuenta con más de 20 años de trayectoria en la institución. Ninguno de los entrevistados dejó sin especificar su tiempo de permanencia.

Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución⁶



Fuente: Construcción propia.

Sección 2: Manejo de medicamentos opioides en la práctica médica

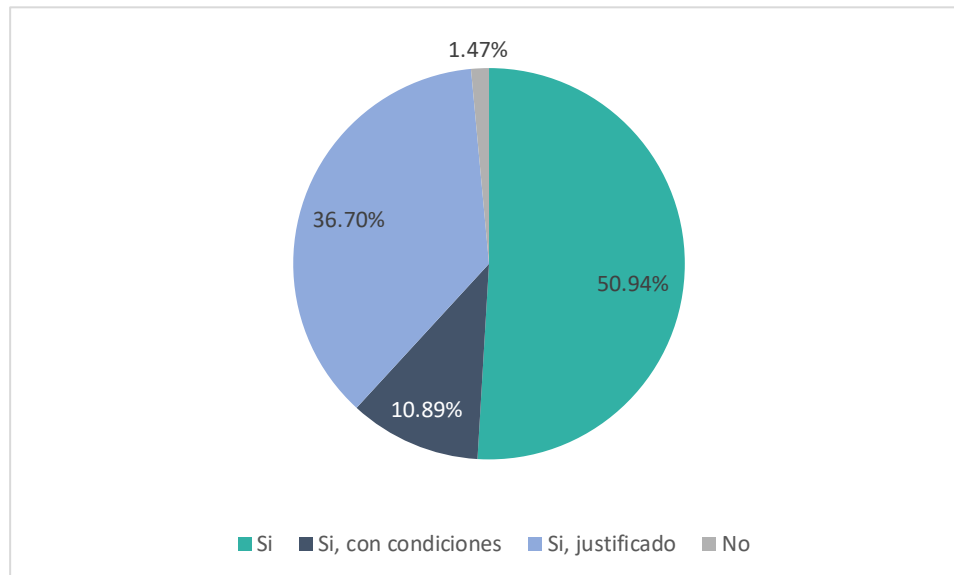
Pregunta 14. ¿Los medicamentos opioides son necesarios en la práctica médica?

Se consultó al cuerpo médico sobre la necesidad de los medicamentos opioides en la práctica médica como pregunta abierta. Todas las respuestas fueron codificadas con una de cuatro categorías. Se codificaron con "Sí" a las respuestas afirmativas sin explicaciones o argumentaciones adicionales (50,94%). Las respuestas afirmativas que incluyeron una explicación o argumentación adicional para el uso médico de los opioides fueron codificadas como "Sí, justificado" (36,70%). Las respuestas afirmativas que incluyeron condiciones de control o

restricciones fueron marcadas como “Sí, con condiciones” (10,89%). Estas tres categorías afirmativas suman casi la totalidad de las respuestas (98,53%). El código “No” se asignó a las respuestas negativas, las cuales fueron muy poco frecuentes (1,47%).

La Gráfica 7 presenta la distribución general de las respuestas, clasificadas en los cuatro grupos.

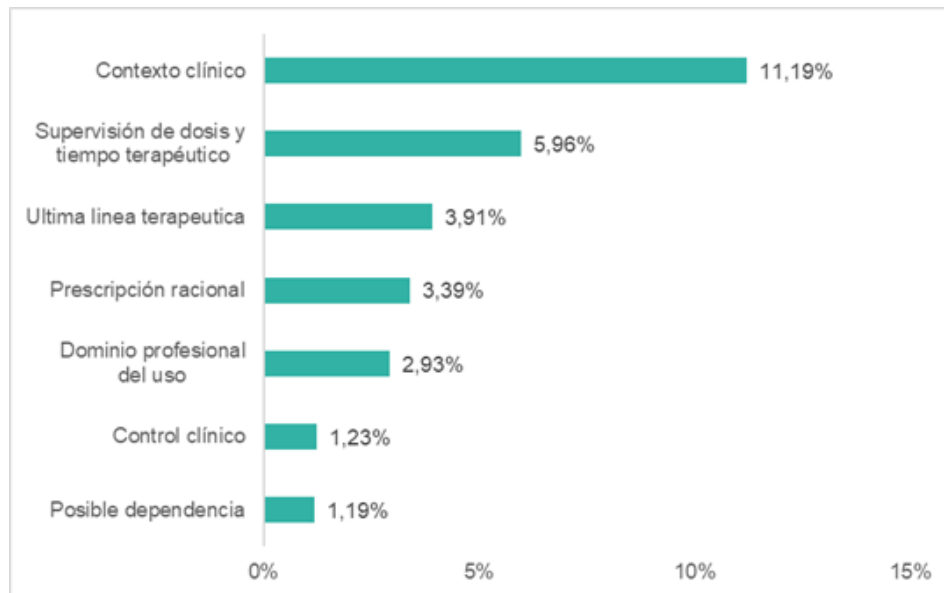
Gráfica 7. Necesidad de los opioides en la práctica médica⁷



Fuente: Construcción propia.

Entre quienes afirmaron que los opioides son necesarios, pero bajo ciertas condiciones, se identificaron distintas consideraciones orientadas al control y restricción de su uso. En la Gráfica 8 se enumeran las condiciones mencionadas.

Gráfica 8. Criterios condicionantes del uso de medicamentos opioides⁸



Fuente: Construcción propia.

La mención más frecuente fue el contexto clínico (11,19%), tema relacionado en el de las menciones de la necesidad de control clínico (1,23%). En estas respuestas se recalcó que los opioides deben emplearse en escenarios específicos, con indicaciones claras y bajo seguimiento estricto al paciente, un profesional lo dice así:

“Sí, en algunos casos, tienen indicaciones claras, específicas y deben respetarse, son de mucho cuidado, son de bastante cuidado por la dosis y tiempos específicos, además debe hacerse seguimiento al paciente una vez se prescriben” (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

La supervisión de dosis y tiempo terapéutico representó el 5,96% de las menciones, destacando que su uso debe limitarse a periodos cortos y controlados, particularmente en casos de dolor intenso, por ejemplo, como en la siguiente respuesta:

"Sí, pues pienso yo que, en debidas ocasiones, si es un dolor muy agudo, insoportable, pienso yo que sí debería administrarse algo que ayude a controlar como tal ese tipo de dolor, pero en un corto plazo" (Entrevista 360, Cali - Valle del Cauca).

Un 3,91% del cuerpo médico planteó que los opioides deben reservarse como última línea terapéutica, priorizando antes otros grupos farmacológicos. Un entrevistado lo manifiesta de la siguiente forma:

"Sí, aunque yo opino que el paciente se debe manejar inicialmente en el dolor agudo con medicamentos de otro prototipo, tipo AINES o medicamentos analgésicos de otros grupos farmacéuticos. Soy de las que pienso que manejar un medicamento opioide podría cargar a futuro alguna problemática en el paciente" (Entrevista 257, Manizales - Caldas).

La prescripción racional (3,39%) resalta que los opioides son necesarios solo si se prescriben con control y están bien indicados, como lo expresó un participante: *"Sí, necesarios, pero tienen que ser controlados y bien indicados"* (Entrevista 265, Armenia - Quindío).

En la misma línea, el 2,93% resaltó el dominio profesional del uso como condición indispensable, señalando que, utilizados adecuadamente, los opioides son una herramienta eficaz para el control del dolor:

"Sí, porque yo considero que son necesarios, usándolos bien son necesarios también por el tema de las enfermedades que se están presentando hoy en día. Sí ayudan muchísimo para el control del dolor, utilizándolos bien" (Entrevista 90, Bogotá).

Finalmente, un 1,19% advirtió sobre el riesgo de posible dependencia, señalando la importancia de un uso juicioso y un seguimiento estricto para evitar problemas de adicción:

"[...] Yo pienso que el manejo de los opioides debe ser de un uso muy juicioso, de un seguimiento muy estricto. Porque no sabemos qué paciente va a tener su disparador para adquirir una dependencia"

a los opioides y después esto convertirse en un problema” (Entrevista 301, Villavicencio - Meta).

La Gráfica 9 muestra el detalle de las respuestas de quienes respondieron que los opioides son necesarios con una justificación médica, las menciones se concentraron principalmente en su utilidad para la analgesia (29,45%); procedimientos de anestesia y sedación (25,53%); dolor agudo (14,73%) y dolor crónico (11,84%). Finalmente, algunos participantes los señalaron como una opción terapéutica complementaria (4,71%) o en el ámbito del dolor paliativo (2,98%).

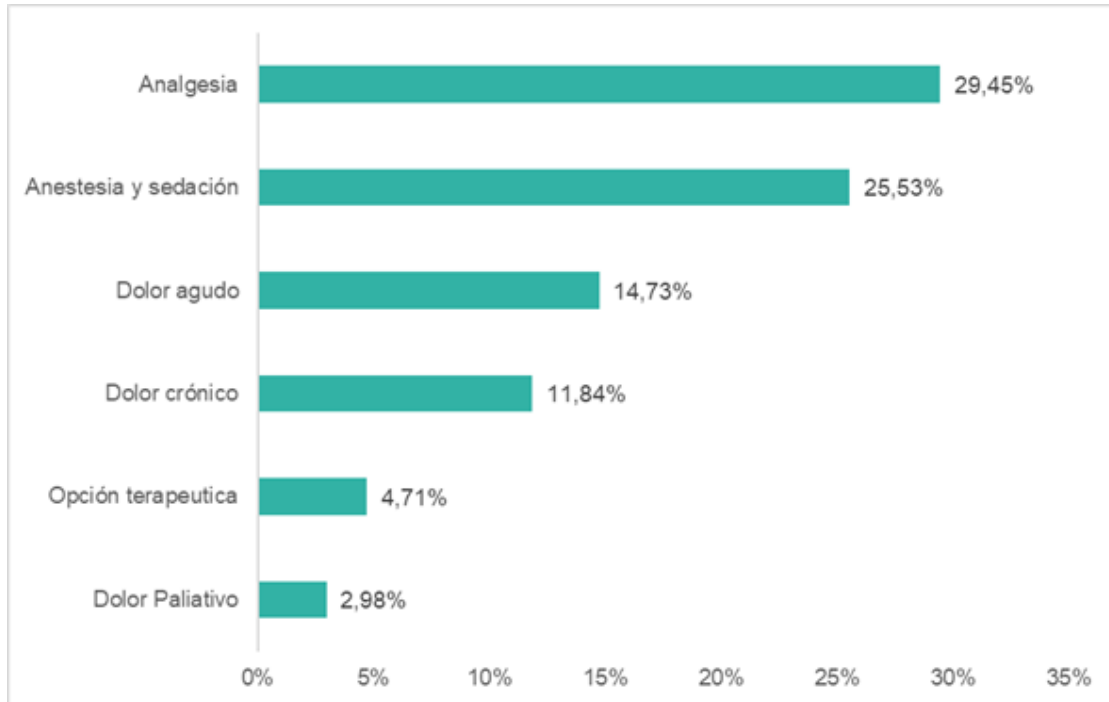
Las siguientes citas expresan, en gran medida, los usos médicos más representativos:

“Si, bueno, brindan bastante analgesia, cuando tenemos dolores crónicos o agudos fuertes, es bastante útil por ese lado, por el lado del manejo del dolor, por el lado de anestesia que es a lo que yo me dedico, me ayuda al mantenimiento del paciente mientras está en anestesia general, [...]” (Entrevista 47, Montería - Córdoba).

“Si, sobre todo para los pacientes que tienen manejo con dolor crónico y algunos casos específicos de manejo con dolor agudo.” (Entrevista 74, Santa Marta - Magdalena).

“Si, porque alivian bastante el dolor del paciente, sobre todo que nosotros somos una clínica de trauma, los dolores son bastante fuertes [...]” (Entrevista 66, Ciénaga - Magdalena).

Gráfica 9. Ámbitos clínicos señalados para el uso de opioides⁹



Fuente: Construcción propia.

Algunas menciones, aunque poco frecuentes, destacaron beneficios adicionales de los opioides más allá del manejo del dolor, señalando su utilidad para calmar ansiedad, favorecer la tolerancia y su bajo costo.

"Los opioides, aparte de aliviar el dolor, calman ansiedad, disnea y estados de agitación, y son muy útiles en intubaciones" (Entrevista 122, Bogotá).

"En cirugías ambulatorias ayudan a mantener al paciente relajado y a evitar recuerdos desagradables durante el procedimiento" (Entrevista 364, Cali - Valle del Cauca).

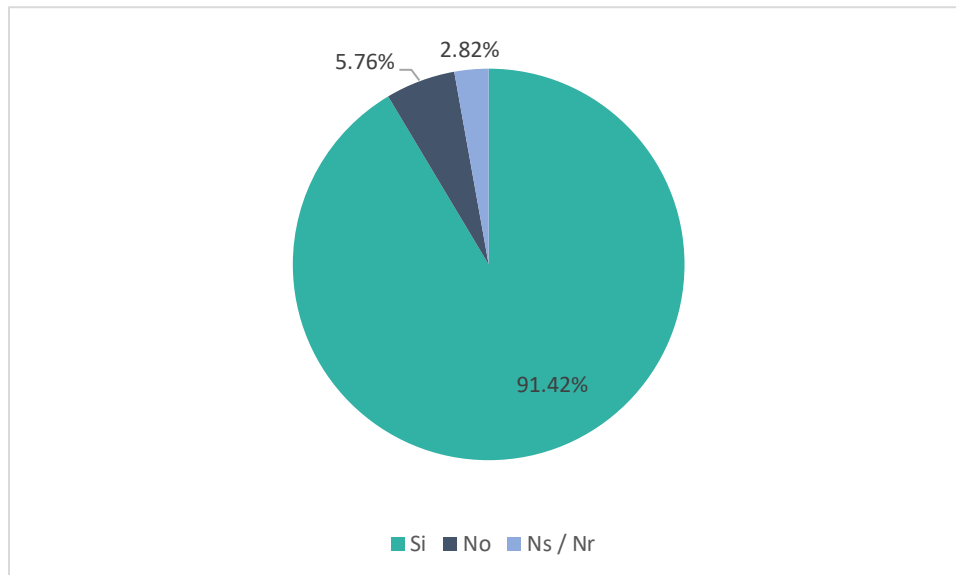
"Son medicamentos con buena tolerancia, fáciles de aplicar y de bajo costo" (Entrevista 44, Valledupar - Cesar).

Pregunta 15. Desde su percepción, ¿Los medicamentos opioides son seguros en la práctica médica?

El interés de este interrogante es explorar la seguridad de los opioides desde la percepción general del personal médico, sin pretender derivar lineamientos clínicos concretos. La Gráfica 10 representa las proporciones de esa percepción por parte del personal del área médica.

La mayoría respondió afirmativamente (91,42%), mientras que un 5,76% consideró que no lo son. La menor proporción, un 2,82%, indicó no saber o no responder.

Gráfica 10. Percepción de seguridad al usar opioides¹⁰



Fuente: Construcción propia.

Dentro de las respuestas negativas se evidencian percepciones que ponen en duda la seguridad médica de los opioides, asociándolos a riesgos de

efectos secundarios, dependencia y desvío. Algunas respuestas que podemos citar aquí ilustran estas preocupaciones:

“No, tienen su riesgo. tienen sus efectos secundarios que hay que tenerlos muy presentes. entonces, toca mirar el beneficio clínico en contra de los efectos secundarios y los riesgos.” (Entrevista 12, Puerto Colombia - Atlántico).

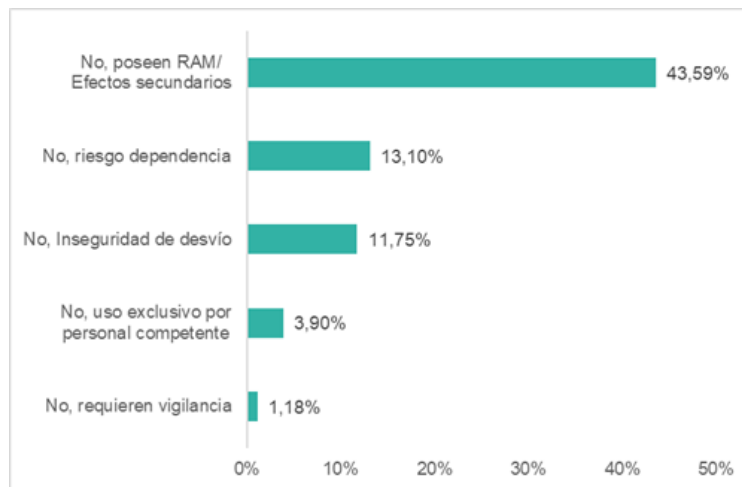
“No, el alto riesgo de dependencia, sobre todo en pacientes jóvenes. Dependencia.” (Entrevista 55, Sahagún - Córdoba).

“No, realmente no son seguros porque hay personas que quieren robárselos. y hay profesionales que son adictos a esos.” (Entrevista 102, Bogotá).

Para cada una de las opciones de respuesta referenciadas, se clasificó el detalle de los temas que se mencionaron. Pasamos a exponer el detalle de cada opción a continuación.

Para los casos con respuestas negativas, es decir quienes no perciben seguridad en el uso de opioides, se clasificaron las respuestas según las menciones más representativas de condiciones o restricciones que justifican esa percepción negativa, tal y como se referencia en la Gráfica 11.

Gráfica 11. Razones de percepción negativa sobre la seguridad de los opioides¹¹



Fuente: Construcción propia.

El factor más mencionado para en las respuestas negativas fue la presencia de reacciones adversas y efectos secundarios (43,59%), como por ejemplo las siguientes:

"No, porque tiene muchos efectos secundarios." (Entrevista 260, Manizales - Caldas), o *"[...], los efectos secundarios que realizan y los efectos adversos que puede haber con los diferentes pacientes que podemos manejar."* (Entrevista 238, Medellín - Antioquia).

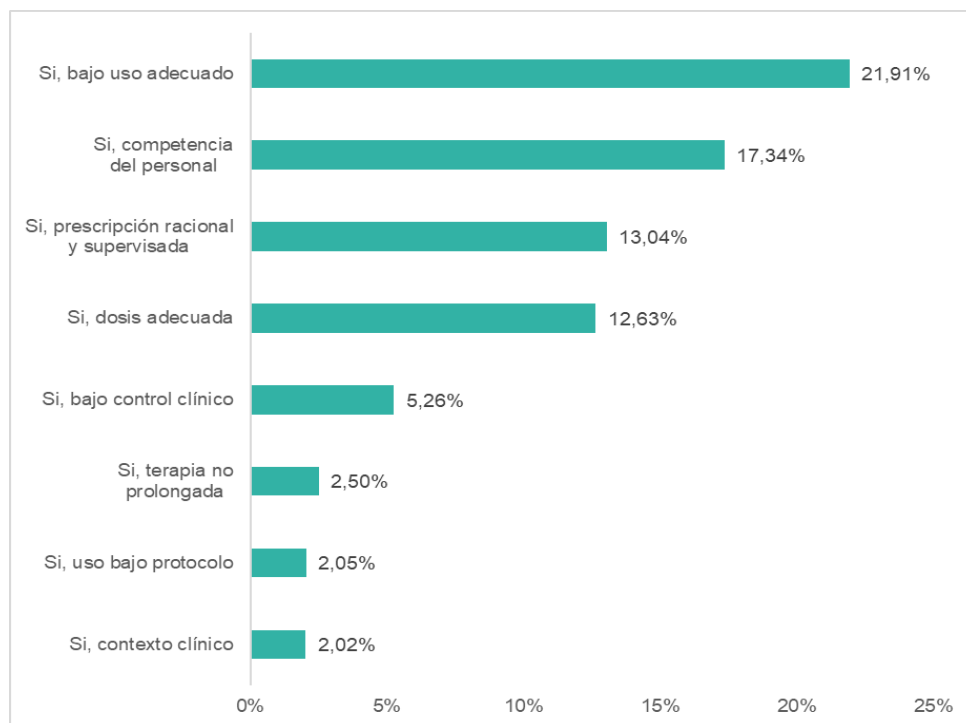
El riesgo de dependencia es mencionado en un 13,10% de las respuestas, en algunos casos, haciendo especial referencia a poblaciones vulnerables como los pacientes jóvenes: *"no, el alto riesgo de dependencia, sobre todo en pacientes jóvenes"*. (Entrevista 55, Sahagún - Córdoba). Dentro del mismo tema, otra cita expresa el riesgo de dependencia por su acción en el sistema nervioso central:

"No, sobre todo porque algunos tienen efectos a nivel del sistema nervioso central que producen dependencia o adicción a los medicamentos." (Entrevista 87, Sincelejo - Sucre).

Otro grupo señaló la inseguridad asociada al desvío (11,75%), haciendo referencia tanto al riesgo de robo como al posible uso indebido por parte de profesionales o pacientes. En menor medida, se mencionó la necesidad de que los opioides sean de uso exclusivo por personal competente (3,90%) y la exigencia de una vigilancia estricta en su administración y seguimiento (1,18%).

Por otro lado, entre quienes manifestaron que lo opioides son seguros en la práctica médica, igualmente se clasificaron las menciones más representativas, las cuales se presentan en la Gráfica 12. Las respuestas estuvieron acompañadas de condiciones que matizan o especifican esa percepción positiva.

Gráfica 12. Factores asociados a la percepción de seguridad de los opioides¹²



Fuente: Construcción propia.

La categoría más mencionada entre quienes perciben a los opioides como seguros fue el uso adecuado (21,91%). También se mencionó la necesidad de una prescripción racional y supervisada (13,04%). Estas respuestas enfatizan en general que la seguridad de estos medicamentos no es absoluta, sino que depende directamente de un conjunto de condiciones que aseguran ese manejo correcto, ejemplo: que contemple la dosis, la duración del tratamiento y la supervisión clínica. Como señaló un entrevistado: *“Sí, son seguros, siempre y cuando se manejen adecuadamente; si no, no son seguros, pues tienen bastantes efectos”* (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

En la misma línea, otro profesional remarcó la importancia de la dosificación y del tiempo prudencial como condiciones esenciales para prevenir riesgos de dependencia: *“Sí, con uso adecuado y dosificación adecuada dan seguridad, con el criterio del tiempo prudencial para no producir dependencia”* (Entrevista 192, Mocoa - Putumayo).

También se hizo referencia a un rango de seguridad alcanzable únicamente bajo un uso correcto: *“Sí, usándolos de la forma adecuada hay un rango de seguridad”* (Entrevista 212, Ibagué - Tolima).

Se resaltaron otros factores que condicionan la seguridad de los opioides, entre ellos el control clínico (5,26%), la necesidad de que la terapia no sea prolongada (2,50%), el cumplimiento de un protocolo establecido (2,05%) y la consideración del contexto clínico (2,02%). Estas respuestas hacen énfasis en la importancia de un manejo estricto, ajustado a la farmacología y a las características individuales del paciente, por ejemplo, como se señala en estas citas:

“Sí, bajo un control adecuado y desde que no se den durante un tiempo tan prolongado que el paciente vaya a hacer síndrome de abstinencia” (Entrevista 97, Bogotá).

“Sí, con uso adecuado y dosificación adecuada dan seguridad, con el criterio del tiempo prudencial para no producir dependencia” (Entrevista 192, Mocoa - Putumayo).

“Sí, usados de acuerdo a lo que la farmacología describe como dosis terapéutica, son muy seguros [...], utilizándolos a las dosis que son, son muy seguros” (Entrevista 152, Facatativá - Cundinamarca).

“Sí, son seguros porque tenemos la facilidad de manejar la bomba de infusión, se calcula la dosis en microgramo/kilogramo y es lo indicado para el peso del paciente” (Entrevista 328, Quibdó - Chocó).

También se mencionó que su uso debe limitarse a ciertos escenarios específicos: *“Sí, solo para manejo intraoperatorio no ambulatorio” (Entrevista 53, Montería - Córdoba).*

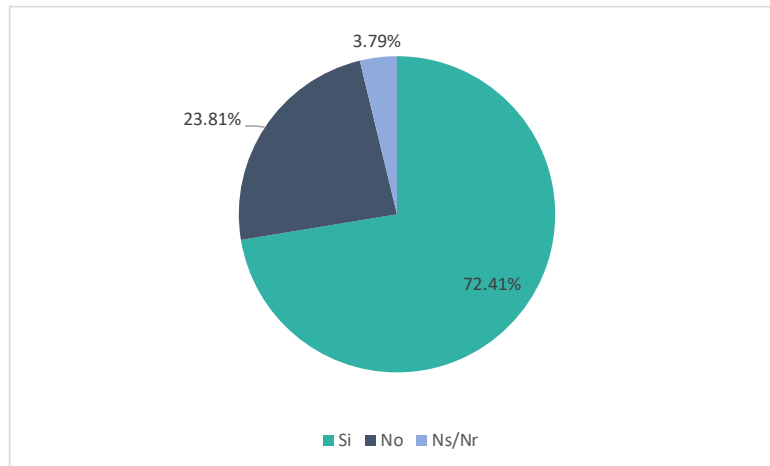
En conjunto, estas respuestas muestran que la percepción de seguridad está directamente asociada a diversas condiciones de uso responsable, supervisión profesional y control clínico, más que a una confianza absoluta o incondicional en la línea de medicamentos opioides.

Pregunta 16. ¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?

Con el fin de identificar carencias en la oferta de medicamentos opioides en las instituciones, se cuestionó a los profesionales del servicio médico su consideración sobre la suficiencia de estos medicamentos en la institución. En la Gráfica 13 se evidencian los resultados obtenidos.

Se estima que un 72,41% de las respuestas recibidas por parte de los profesionales, considera que la oferta de medicamentos opioides disponibles en la institución es suficiente. En contraparte, un 23,81% de las respuestas recibidas manifestaron que los medicamentos opioides disponibles en la institución no son suficientes.

Gráfica 13. Consideración de los profesionales médicos sobre la suficiencia de medicamentos opioides disponibles en la institución¹³



Fuente: Construcción propia.

Las respuestas de algunos de los entrevistados que consideraron que los medicamentos opioides disponibles en la institución no son suficientes, mencionaron argumentos adicionales o complementarios, los cuales fueron clasificadas en tres grupos de acuerdo con la Gráfica 14.

Dentro de estos complementos, el 12,99% manifestó que, a pesar de que los medicamentos opioides disponibles no son suficientes, los profesionales médicos se ajustan al inventario y utilizan los medicamentos disponibles en la farmacia. En algunas de las respuestas se evidencia que la justificación de la insuficiencia de los medicamentos está relacionada con el nivel de la institución, ya que aclararon que en niveles más bajos cuentan solo con “lo básico”, refiriéndose principalmente a la morfina en presentación de solución inyectable. Ejemplificamos lo anterior con dos citas que ilustran el tema:

“No, yo no sé si la respuesta esté condicionada a que nos acostumbremos a que eso es lo que tenemos y con eso trabajamos, pero en esencia yo creo que con eso nos defendemos. de pronto, si contáramos con hidromorfona, podríamos trabajar un poquito más

el manejo del dolor, que a veces nos quedamos cortos. pero yo creo que con lo que tenemos, nos defendemos.” (Entrevista 131 Duitama - Boyacá)

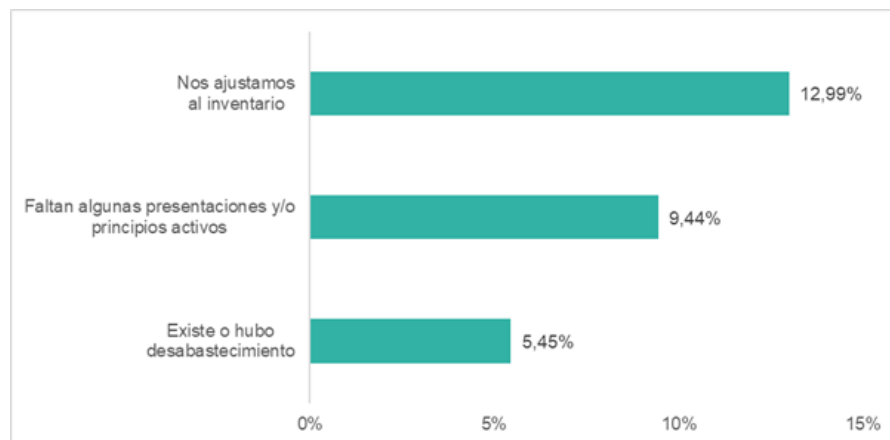
“Si, puede que haga falta alguno, pero digamos que esos son los que usualmente se usan en la mayoría de las instituciones, la mayoría es lo básico que se usa y lo que hay y lo que uno aprendió a utilizar con seguridad, entonces por eso son los que uno regularmente utiliza, porque uno ya los ha utilizado, tiene experiencia y conoce el perfil de seguridad que tiene cada medicamento y cuándo puedo o cuándo no lo puedo utilizar.” (Entrevista 146 Chía - Cundinamarca)

El segundo complemento o argumento presentado para las respuestas que manifiestan insuficiencia de opioides en instituciones, es el relacionado con que deberían existir otras presentaciones, otros principios activos o medicamentos que aún no existen en el país, pero si son ampliamente utilizados a nivel internacional (9,44%). Ejemplificamos con algunas citas relacionadas con este tema:

“No, fíjese que hay algunas presentaciones de medicamentos súper interesantes de algunos pacientes que están... y es que de hecho eso no es de la institución, es digamos como de todo a nivel nacional. por allá había un paciente que tenía una dosis de fentanilo sublingüado. y digamos dentro de los opioides, el fentanilo se presenta como un medicamento supremamente interesante en el sentido de que pues en pacientes con falla renal avanzada, en pacientes con falla hepática avanzada, es una opción segura. entonces a veces uno toca como improvisar con los medicamentos porque no existen las presentaciones. (...) Si por ejemplo uno tuviera los parches de fentanilo y esta dosis de medicamentos sublinguales o los medicamentos transnasales, uno podría homogeneizar y manejar de una manera un poco más adecuada de acuerdo a ciertas guías, sobre todo europeas, este tipo de casos.” (Entrevista 356 Cali - Valle del Cauca)

Finalmente, algunas de las respuestas estuvieron enfocadas en reconocer que existe o existió desabastecimiento de algunos medicamentos (5,45%). En varios casos se menciona que se trata principalmente de desabastecimientos de orden nacional.

Gráfica 14. Consideraciones sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en las instituciones¹⁴



Fuente: Construcción propia.

Para quienes manifestaron la no suficiencia de opioides en instituciones, se hizo adicionalmente otra pregunta: ¿cuáles harían falta?

Los resultados obtenidos a esta pregunta condicionada se presentan en la Gráfica 15, con la clasificación de las menciones principios activos y por forma farmacéutica. Un 21,59% de las respuestas se clasifica como “No sabe o No responde”, los casos donde el entrevistado reconoce la insuficiencia de medicamentos opioides, sin indicar nombres o presentaciones específicas de los mismos.

El medicamento más frecuentemente mencionado en las respuestas fue la buprenorfina en varias presentaciones (20,45%), principalmente parches transdérmicos. En segundo lugar, aproximadamente un 16,73%



de las respuestas considera que hacen falta medicamentos opioides en general, sin indicar un principio activo en particular ni una forma farmacéutica en especial, en términos generales estos profesionales consideran que el desabastecimiento continúa siendo la causa principal de este tipo de necesidad.

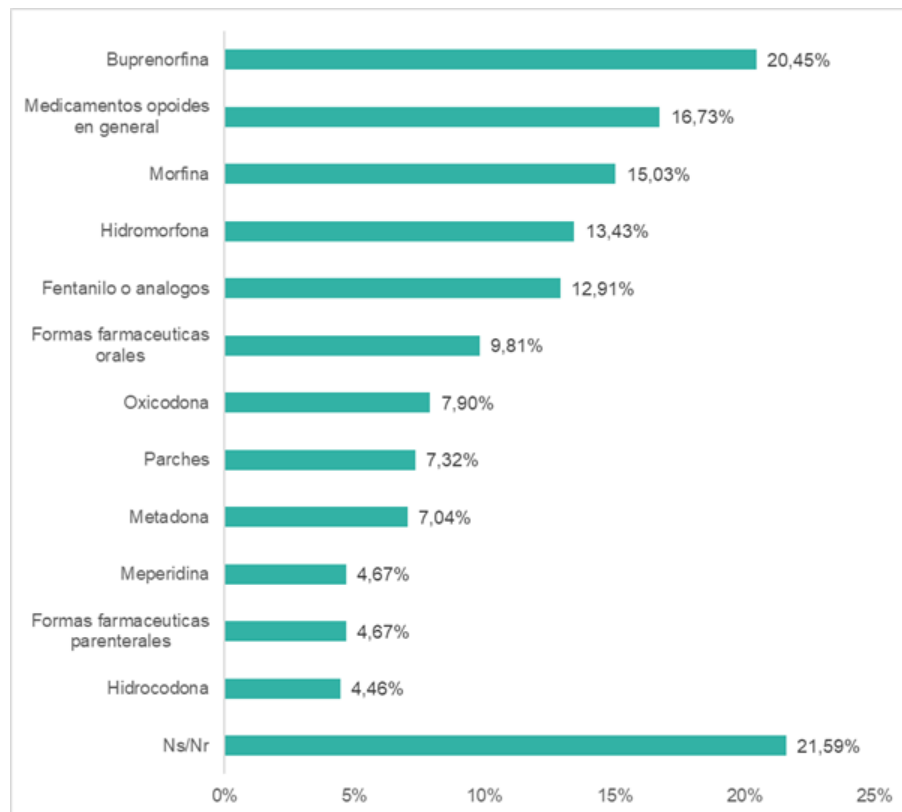
Respecto de menciones de más medicamentos, el 15,03% considera que hace falta morfina, un 13,43% hidromorfona, un 12,91% fentanilo y/o remifentanilo y un 7,90% oxicodona entre otros.

Un 9,81% de las respuestas de los profesionales considera que hacen falta las formas farmacéuticas orales para continuar los tratamientos a nivel ambulatorio o para complementar los tratamientos.

“Hace falta medicaciones de manejo ambulatorio, en el clima de transición, al uso continuo, cuando vea el uso que se da en el centro de los intensivos. claro. cortes adultos en el centro de los intensivos.” (Entrevista 216 Ibagué - Tolima)

“Medicamentos orales para complementar el tratamiento como por ejemplo, hidrocodona, hidromorfona, parches de buprenorfina” (Entrevista 275 Arauca - Arauca)

Gráfica 15. Listado de medicamentos opioides y sus formas farmacéuticas que los profesionales médicos consideran hacen falta en las instituciones¹⁵



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 17. Del siguiente listado de diagnósticos indique en cuales se encuentra de acuerdo en que se traten con medicamentos opioides y en cuales se debería restringir su uso

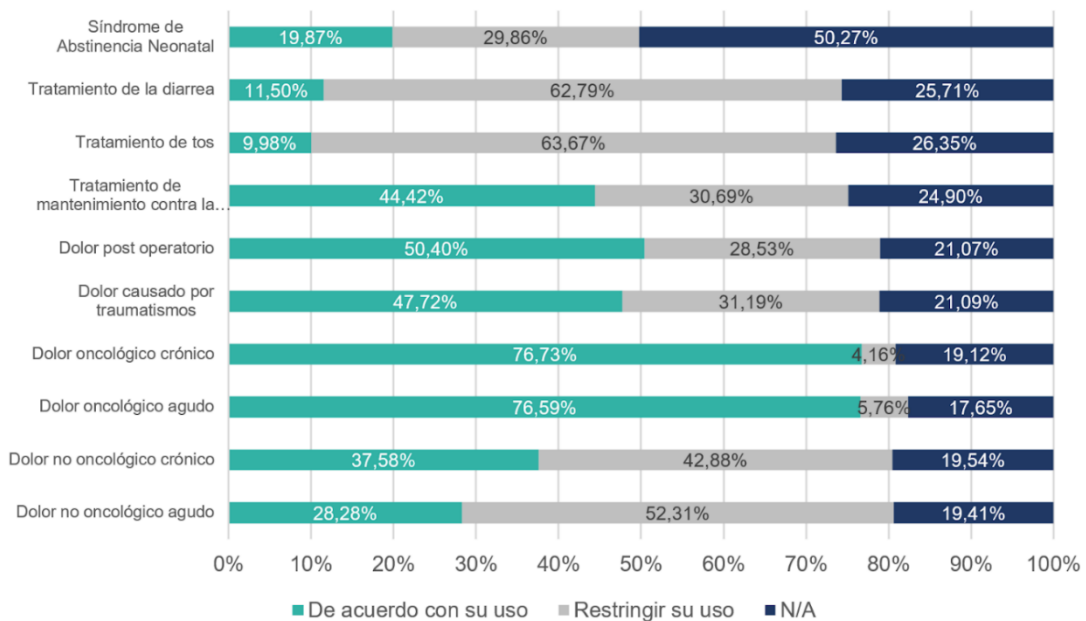
En cuanto a las indicaciones de uso de opioides, los resultados representados en la Gráfica 16 muestran que existe un mayor nivel de acuerdo en su empleo para el manejo del dolor oncológico, tanto crónico (76,73%) como agudo (76,59%). Asimismo, una proporción considerable

del personal médico y de enfermería aprueba su uso en el dolor postoperatorio (50,40%) y en el dolor causado por traumatismos (47,72%).

En contraste, se evidencia una mayor tendencia a no recomendar su utilización en diagnósticos no oncológicos, como el dolor agudo (52,31%), y el dolor crónico (42,88%). En el caso del síndrome de abstinencia neonatal, el 50,27% señaló no saber o no responder, mientras que solo el 19,87% estuvo de acuerdo con su uso. Una situación similar se observa en el tratamiento de mantenimiento contra la dependencia de opioides, donde el 24,90% seleccionó Ns/Nr, y aunque un 44,42% estuvo de acuerdo con su uso, un 30,69% opinó que debería restringirse.

Por su parte, la mayoría de entrevistados considera que los opioides no deben emplearse en el tratamiento de la diarrea (62,79%), ni de la tos (63,67%), diagnósticos en los que se concentran los porcentajes más altos de restricción.

Gráfica 16. Recomendación de uso o restricción de opioides según diagnóstico¹⁶



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 18. ¿Cuáles son los criterios con los que lleva a cabo la elección del medicamento opioide a manejar y la dosis correspondiente?

Para establecer los principales criterios que los profesionales médicos tienen en cuenta a la hora de realizar la prescripción de medicamentos opioides, se les formuló de manera abierta la pregunta en cuestión. Las respuestas fueron clasificadas de acuerdo con enfoque dado por los profesionales en las categorías presentadas en la Gráfica 17.

Para el 55,80% de los entrevistados, el enfoque es en el paciente, sus características particulares como son edad, talla, peso, tipo de dolor, comorbilidades e incluso el uso previo de medicamentos opioides. Este tema representa el criterio más importante a la hora de seleccionar el

tratamiento a prescribir y la dosis correspondiente. De forma general, las respuestas de los profesionales que manifestaron como criterio principal las características del paciente también expresaron que el tipo de dolor, su intensidad, las manifestaciones clínicas de la patología, el uso de otros analgésicos concomitantes e incluso las vías de administración de medicamentos deben ser consideradas a la hora de escoger el medicamento y garantizar la eficacia del tratamiento.

Dentro de esta categoría algunos de los profesionales con especialización o estudios más avanzados, manifestaron argumentos más detallados, relacionados, por ejemplo, con características metabólicas del paciente para la elección del tratamiento.

“Son varios. por ejemplo, el tipo de metabolismo que tenga el paciente. si es un acetilador rápido, si es un acetilador normal o lento. acá es muy difícil, pero en europa se hacen pruebas para ver qué tipo de acetilador es el paciente y así ver la posibilidad de usar profármacos como codeína y hidrocodona en estos pacientes. Aquí yo lo hago de manera verbal preguntando los antecedentes tóxico-alérgicos, sobre todo si es bebedor frecuente o si ha consumido otro tipo de sustancias psicoactivas, si es un bebedor frecuente y resiste mucho el alcohol, entonces es un acetilador lento, rápido. y ese acetilador rápido no va a ser candidato a opioides fuertes porque lo metaboliza muy rápido y lo que va a tener es efectos secundarios. Entonces van a ser problemas más por el efecto secundario del medicamento que por el efecto analgésico. Y el acetilador lento nunca va a convertir la codeína morfina o la hidrocodona a hidromorfona, entonces no va a tener un efecto terapéutico adecuado. Y sí puede tener estreñimiento, que es el más frecuente, entonces más o menos así.” (Entrevista 113 Bogotá).

En segundo lugar, el 39,52% de los entrevistados manifestó como criterio principal el uso de escalas analgésicas o la estimación de la sensación del dolor por parte del paciente (escala del dolor), para seleccionar el medicamento adecuado. La gran mayoría de los entrevistados cuyas

respuestas fueron clasificadas en esta categoría, manifestaron que la selección del medicamento opioide responde principalmente a la evolución del dolor y/o su falta de respuesta a medicamentos analgésicos no opioides previamente administrados.

El inicio de tratamientos con AINES como acetaminofén, ibuprofeno o diclofenaco de acuerdo con tipo de dolor y su respuesta, seguido de medicamentos opioides “débiles” como tramadol o AINES acompañados con opioides, se presentó como el tipo de argumentos más referenciado.

Finalmente en esta categoría, algunos entrevistados manifestaron que la selección de un medicamento opioide deriva de la falta de respuesta a los analgésicos descritos anteriormente, sin dejar de lado que consideraciones como edad del paciente (pediátricos o geriátricos), comorbilidades presentes o alergias a los AINES, eran tenidas en cuenta para pasar escalar a una segunda línea de analgésicos.

“Yo particularmente como opioide solo receto tramadol. es como el único que tengo a la mano y lo hago más que todo de manera ambulatoria. es más que todo en pacientes que son alérgicos a los aines o pacientes que sabemos que van a tener mucho dolor por quirúrgicos solamente en esos casos. De resto, manejamos a los pacientes con aines o con acetaminofén. no es que haga así muchas recetas. Iniciando con la dosis más baja posible de acuerdo al procedimiento que se le haya realizado a un paciente.” (Entrevista 89 Sincelejo - Sucre).

En tercer lugar, algunos entrevistados manifestaron que en las instituciones en las cuales atienden sus pacientes, contaban con protocolos o guías para procedimientos específicos (27,13%). Entre los usos más nombrados en esta categoría están: la sedación, la ventilación mecánica invasiva o el trabajo de parto entre otros, mencionando que estos procedimientos incluyen el uso de medicamentos opioides en dosificaciones precisas y por periodos concretos.

Adicionalmente fueron clasificadas en esta categoría, las respuestas de entrevistados que nombraron el uso de guías de la OMS (Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence - WHO 2009) o la guía del CDC de Atlanta (CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016) para el uso y prescripción de medicamentos opioides. Es preciso manifestar que, en el primer documento mencionado, la OMS estableció las directrices para el tratamiento farmacológico de personas dependientes de heroína u otros opioides, con medicamentos como la metadona, la buprenorfina, naltrexona y la clonidina, en combinación con apoyo psicosocial. Mas allá de los tópicos revisados en la guía, no se evidencian pautas o directrices específicas para la prescripción y uso de medicamentos opioides en el ámbito clínico ni de uso ambulatorio.

En el segundo documento, la CDC establece recomendaciones para los profesionales de atención que prescriben medicamentos opioides para el dolor crónico fuera del tratamiento activo del cáncer, cuidados paliativos y cuidado de fin de vida. Uno de los tópicos abordados en la guía incluye la selección, la dosis, la duración, el seguimiento y la suspensión del tratamiento con medicamentos opioides, lo cual se ajusta de forma más precisa al soporte requerido como criterio dentro del ejercicio de prescripción.

En la cuarta categoría, con el 5,32% de menciones, los profesionales entrevistados enfocaron sus respuestas en términos de uso de medicamentos opioides específicamente en la analgesia intrahospitalaria dentro del quirófano, definida como analgesia balanceada o para anestesia con la combinación de un medicamento opioide y un anestésico. Estas respuestas estuvieron enfocadas en mostrar que la combinación de estos medicamentos opioides con anestésicos, buscando iniciar la anestesia de forma más rápida, potenciar y/o alargar los efectos analgésicos.

“Pues en el contexto de mi profesión como tal, la anestesia es basada prácticamente en el uso de opioides. aquí digamos que la

anestesia general, casi que exclusivamente hacemos técnicas de anestesia que se llama balanceada, donde usamos un halogenado, un anestésico inhalado mezclado con un opioide para garantizar el mantenimiento de la anestesia. entonces digamos que en la práctica es de manera permanente. En las técnicas regionales usamos también como coadyuvante, en la anestesia regional administración de opioides en dosis bajas como coadyuvante analgésico para dar analgésico posoperatorio. y en el posoperatorio, el dolor agudo posoperatorio es un dolor generalmente severo que implica la utilización de opioides (...)" (Entrevista 201 El Espinal - Tolima).

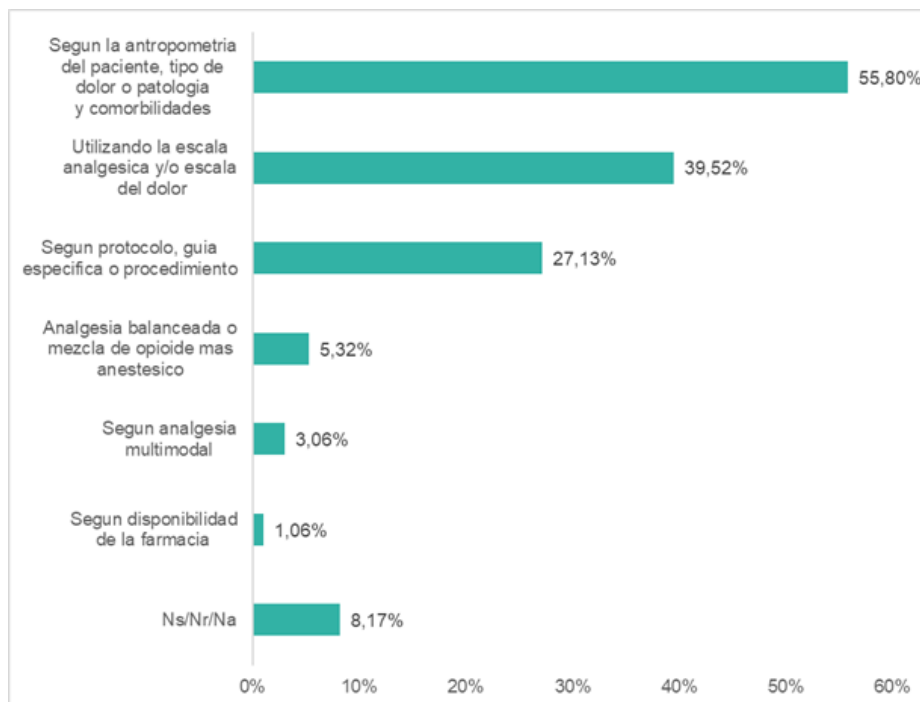
Se evidencia que para los profesionales que manifestaron este tipo de respuestas, el criterio de selección está más enfocado en la necesidad de seleccionar un medicamento opioide y combinarlo con otro medicamento para dar inicio rápido al proceso de sedación (inducción) y mejorar su mantenimiento y duración.

Un caso similar se presenta en la siguiente categoría, Analgesia multimodal (3,06%), en la cual las respuestas de los profesionales estuvieron más enfocadas en la escogencia de un medicamento opioide para incluirlo dentro de un abanico de anestésicos no opioides y con diferentes mecanismos de acción, buscando con esto incrementar la eficacia de los procesos analgésicos sin utilizar más de un medicamento opioide.

De modo general, la analgesia multimodal se refiere al uso simultáneo de varios medicamentos o técnicas analgésicas diferentes para actuar sobre múltiples receptores dentro de las vías nociceptivas y neuropáticas, reduciendo así el dolor posoperatorio agudo y la respuesta al estrés quirúrgico. El esfuerzo por proporcionar anestesia sin opioides mediante la aplicación de técnicas multimodales se centra en la anestesia regional (1), cuando son incluidos medicamentos opioides en este tipo de analgesia, se busca reducirlos al máximo en dosis y tiempo de uso para evitar efectos de dependencia.

En el último grupo de respuestas se encuentra “Según disponibilidad de farmacia” con un 1,06%. Bajo esta categoría fueron clasificadas las respuestas donde el criterio principal de selección se basa en los medicamentos disponibles en la farmacia, acompañado generalmente de un segundo criterio como la antropometría del paciente y su diagnóstico específico: *“Uno, la disponibilidad en la institución. dos, la edad, talla y peso del paciente. y tres, lo que se va a tratar, la patología, sea quirúrgica o no quirúrgica.”* (Entrevista 143, Tunja - Boyacá).

Gráfica 17. Criterios médicos para la elección de medicamentos opioides y su dosis correspondiente a la hora de realizar la prescripción¹⁷



Fuente: Construcción propia.

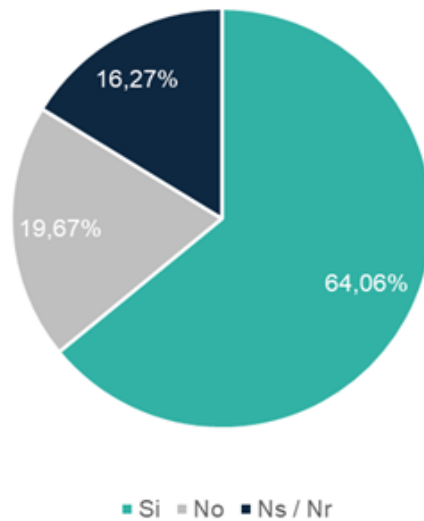
Sección 3: Lineamientos o guías de manejo de medicamentos opioides

Pregunta 19. ¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?

La pregunta se dirige al personal del área clínica con la intención de conocer la aplicación de marco operativo y/o normativo bajo el cual se desarrolla el manejo y control de los medicamentos opioides en las instituciones.

La Gráfica 18 muestra la proporción de las respuestas dadas entre un “sí”, “no” o un “no sabe/no responde”. Se estima que un 64,06% personal del área médica afirma contar con guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides, el 19,67% afirmó no disponer de ellos y el 16,27% manifestó desconocer el tema o decidió no responder.

Gráfica 18. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides¹⁸



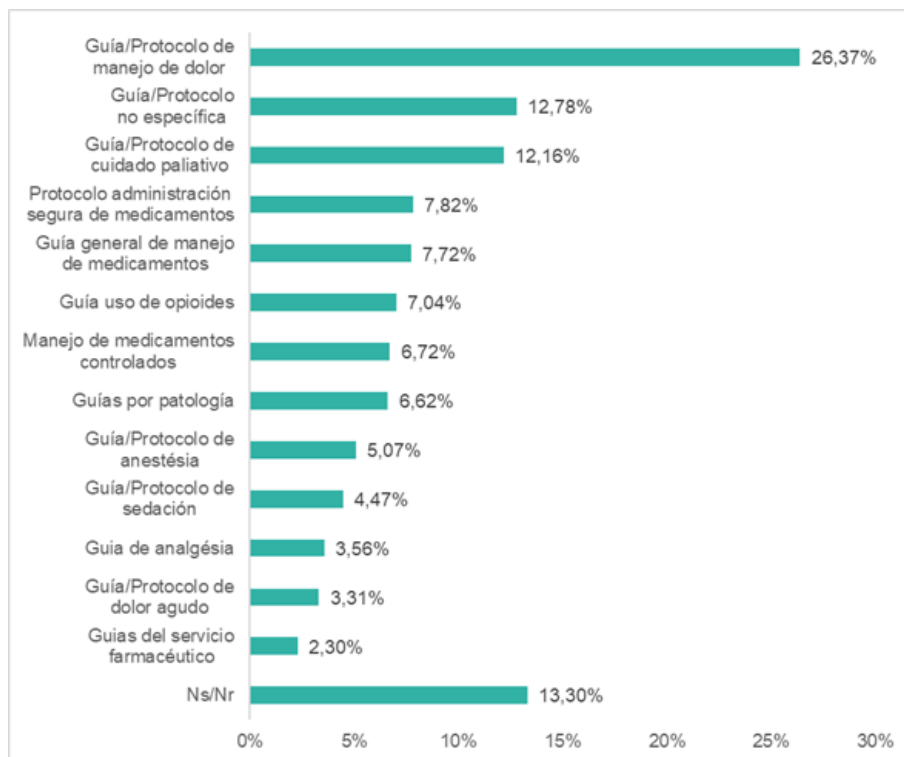
Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados con respuestas positivas se les indagó por el nombre o tipo de guías utilizadas en la institución. Las respuestas a esta pregunta se clasificaron en las categorías expuestas en la Gráfica 19. Cada participante podía mencionar una o más guías protocolos o lineamientos relacionados con el manejo de medicamentos opioides.

Las guías o protocolos de manejo de dolor, mencionadas por el 26,37% del cuerpo médico, son la referencia más frecuente. Aquí se encuentran reunidas las menciones a guías especializadas en tratamiento del dolor en general, en distintas especialidades como pediatría, dolor en UCI, en urgencias, post operatorio, etc., pero sin especificar si son enfocadas hacia el tratamiento del dolor crónico o agudo, menciones específicas que son categorizadas aparte. Ejemplificamos lo anterior con la siguiente cita, que menciona cómo la existencia de diversos documentos relacionados al manejo del dolor, involucran en cierta medida los opioides, sin tener un documento exclusivo:

“Tenemos guías para manejo de los grupos operatorios, tenemos guía de infusiones, tenemos guía de dolor neuropático que a veces se aplica, tenemos por lo pronto dolor lumbar que se puede beneficiar, manejo de infusiones en uci, y atendiendo los grupos operatorios. tenemos manejo de escalas que también es indirectamente eso. no, específica opioides no tenemos. específica que ya uso opioides, no. tenemos por patologías que donde sabemos que está ahí incluido el opioide”. (Entrevista 117, Bogotá).

Gráfica 19. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría¹⁹



Fuente: Construcción propia.

Las guías para el manejo del dolor, que especifican el tipo de dolor representan porcentajes relativamente bajos: Un 3,31% de menciones específicas de dolor agudo y 1,25% para el dolor crónico. Este último resultado es particularmente llamativo, pues sugiere que el manejo del dolor crónico no constituye una prioridad o que carece de un respaldo normativo o técnico sólido.

Otra categoría de respuestas no específicas pero importantes por su frecuencia es la de las respuestas que mencionan contar con alguna guía o protocolo que involucra el manejo de los medicamentos opioides, pero sin especificar su nombre o especialidad, como lo dice, simplemente, la siguiente cita: "*Guías institucionales*" (Entrevista 176, Floridablanca - Santander).

Las respuestas agrupadas como "guías por patología", con un 6,62% de frecuencia en mención, pueden considerarse también como respuestas genéricas. La segregación de ambas categorías se basa en que la documentación existente cubre la necesidad del control y el manejo de medicamentos sin especificar opioides. Por ejemplo ésta cita, que ilustra el tipo de respuestas codificadas en esta categoría: "[...] *por patologías, por medicamentos para manejo de cada caso y etc.*" (Entrevista 367, Cali - Valle del Cauca).

Las guías de cuidado paliativo, con un 12,16% de menciones, son la tercera categoría más frecuente. Generalmente, este tipo de respuestas se presentó en IPS de mediana y alta complejidad, así como instituciones especializadas en este campo o en el manejo de enfermedades terminales. Las guías del Ministerio de Salud, "GPC para la atención de pacientes en cuidado paliativo (adopción)" de 2016, son citadas de forma explícita en pocas ocasiones, aunque en algunos casos se hacen referencias indirectas a ellas como lo mencionan los entrevistados en las siguientes citas:

"[...] *las guías del ministerio de salud de cuidado paliativo, nos guiamos por esas.*" (Entrevista 163, Cúcuta - Norte de Santander)

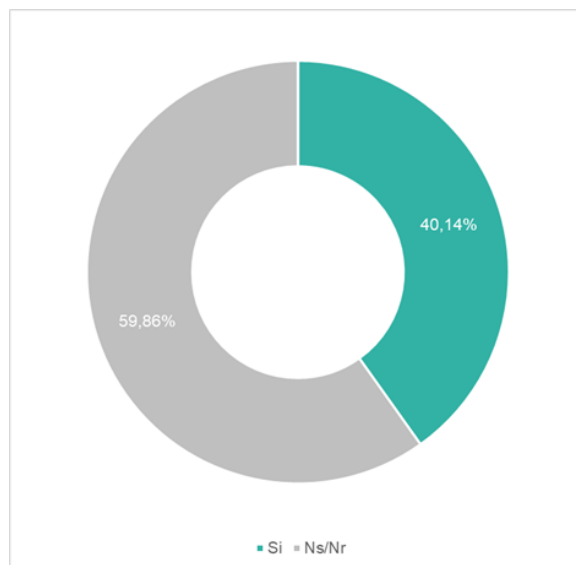
"[...] protocolo transversal para el manejo de dolor agudo y hospitalario y agudizado oncológico que fue basado en la guía de dolor y cuidado paliativo del ministerio". (Entrevista 204, Ibagué - Tolima).

Las menciones a documentos como el "Protocolo de administración segura de medicamentos" (7,82%), la "Guía general de manejo de medicamentos" (7,72%), la "Guía de opioides" (7,04%), el "Manejo de medicamentos controlados" (6,72%) y "Guías del servicio farmacéutico (2,30%) reflejan, en conjunto, una orientación hacia la adherencia a prácticas de uso seguro de medicamentos, procesos vinculados con los protocolos propios del servicio farmacéutico y enfermería. Estos resultados, considerados en conjunto, no sugieren que se desconozcan las guías de práctica clínica, sino que indican que las respuestas tienden a priorizar los protocolos directamente vinculados con su especialidad clínica, y dejando en un segundo plano aquellos orientados a la seguridad y control de medicamentos, generalmente asociados al ámbito del servicio farmacéutico y de enfermería.

Las guías o protocolos de anestesia fueron mencionadas por el 5,07% de los entrevistados, estas respuestas suelen estar ligadas a la complejidad de la institución, volumen quirúrgico y su naturaleza. Algo similar ocurre para las respuestas que mencionan la sedación (4,47%), tema generalmente vinculado al ámbito quirúrgico.

A los entrevistados que indicaron que no existen guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides, se les consultó si consideraban necesaria su inclusión en el sistema de gestión de calidad institucional. Un grupo importante, aunque no mayoritario, coincidió en que es fundamental contar con directrices claras para el uso racional y controlado de estos medicamentos, e incluirlas en los sistemas de calidad de las instituciones (40,14%). La Gráfica 20 referencia los porcentajes de respuesta.

Gráfica 20. Necesidad de inclusión en sistema de calidad²⁰



Fuente: Construcción propia.

El grupo mayoritario manifiesta que no es necesario (59,86%), argumentando en general aspectos basados en el bajo riesgo o la poca frecuencia de la aplicación de opioides. Por ejemplo, un entrevistado que manifiesta la no necesidad y argumenta sus razones en la siguiente cita:

"No, yo creería que no es necesario, siempre y cuando sea manejado solo por mí. porque fíjate que el tramadol, que si pueden tener acceso el resto del personal, nadie crea dependencia del tramadol, o sea, es muy poco. porque normalmente la gente no crea dependencia al tramadol, a diferencia de lo que es el fentanil [...]" (Entrevista 299, Villavicencio - Meta).

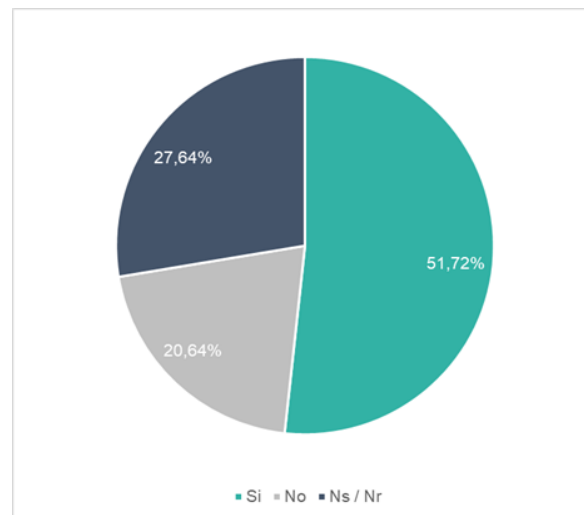
La postura del entrevistado, basada en la confianza personal y en la percepción de bajo riesgo del tramadol, evidencia una subestimación de los riesgos y puede dificultar la adopción de guías institucionales, retrasando la implementación de controles necesarios para el uso seguro y racional de opioides.

Otros entrevistados manifestaron la poca necesidad, pero si la intención de incluirlos en sus sistemas de gestión como lo expresa aquí el entrevistado: “[...] *si bien no es algo que nosotros manejemos con frecuencia si deberíamos estar informados.*” (Entrevista 89, Sincelejo - Sucre).

Pregunta 20. ¿Qué lineamientos o guías de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?

Se indagó sobre la fuente o referencia normativa de dichos documentos, con el fin de establecer si se fundamentan en guías nacionales o internacionales. El 51,72% de los entrevistados mencionó el uso de alguna referencia, ya sea nacional o internacional, para el manejo de medicamentos opioides; el 20,64% manifestó no tener referencias de lineamientos o guías de práctica clínica, y el 27,64% no respondió o afirmó no saber. La Gráfica 21 resume lo anterior.

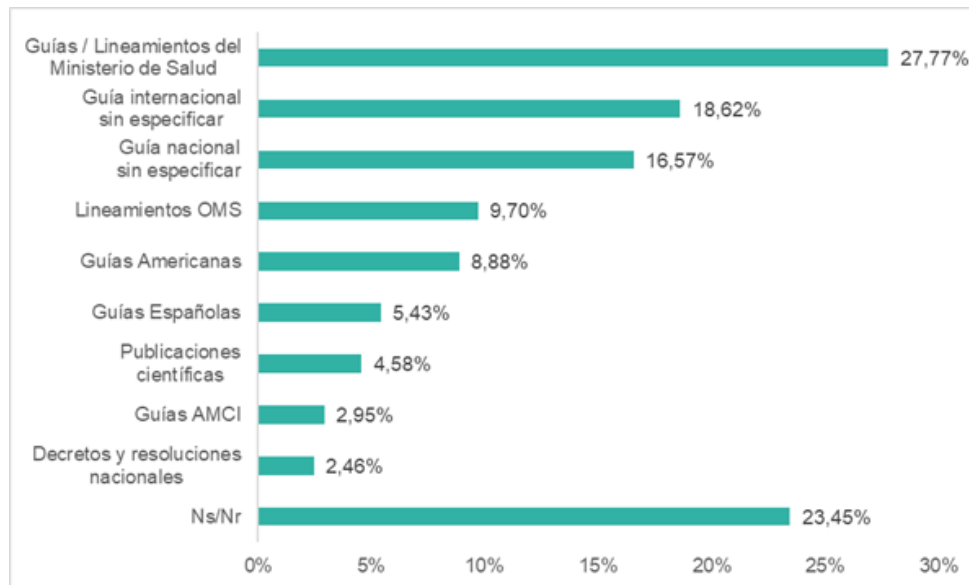
Gráfica 21. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides²¹



Fuente: Construcción propia.

Se les consulto a los entrevistados que respondieron positivamente en la pregunta anterior, cuáles son las referencias o fuentes más usadas. Las respuestas se representan en la Gráfica 22. En la mayor parte de las respuestas se mencionó más de una referencia, pero se las nombra de manera genérica, por ejemplo “las del ministerio” o “sociedades clínicas colombianas” sin especificar nombres concretos, esto es evidenciado, por ejemplo, en la siguiente cita: “[...] guías de la sociedad de anestesiología, sociedad inglesa de anestesiología, la escandinava o la española y guías del ministerio y de la sociedad colombiana de anestesiología y reanimación.” (Entrevista 29, Cartagena - Bolívar).

Gráfica 22. Fuente o referencia de Guías o lineamientos²²



Fuente: Construcción propia.

En el gráfico se evidencia que las Guías del Ministerio se mencionan con la mayor frecuencia como fuente normativa para el manejo de medicamentos opioides, con un 27,77%. Esto posiciona al Ministerio de Salud como la referencia principal de lineamientos o guías, posiblemente por su carácter oficial y por su rol como garante de normatividad nacional.

Las Guías internacionales o nacionales, o de ambos tipos pero sin especificar, fueron nombradas en un 18,62% y 16,57% de las respuestas, respectivamente. En estas categorías están las respuestas muy genéricas que no discriminan nombre, especialidad u organización, generalmente en los casos en que institucionalmente se han generado guías para uso interno institucional a partir de esas fuentes sin especificar en detalle, por ejemplo, como en las siguientes citas:

"hasta donde tengo conocimiento, si, nuestro químico farmacéutico que fue quien lo desarrolló. si, se apoya pues con los alineamientos nacionales" Entrevista 88, Sincelejo - Sucre.

"son como adoptadas de las guías, guía práctica nacional de uso opioides no hay, ¿no? pero si adoptaron como varios que encontraron internacionales y de acuerdo también a otras instituciones, protocolos que tenían de uso de opioides". Entrevista 165 Cúcuta - Norte de Santander

De forma similar, algunos otros entrevistados sostienen que la referencia internacional sin especificar es la más usada, aparentemente por no contar con lineamientos nacionales suficientes, como lo ilustra la siguiente cita:

"[...] sobre todo las internacionales que son las más utilizadas, porque nacionalmente [...] pues siempre lo que hacemos es que nos adherimos a un manejo internacional, casi siempre son las guías americanas de cuidados intensivos, guías europeas de cuidados intensivos, las guías de manejo del dolor, pero localmente las únicas que salieron fue en el momento del COVID, [...]". (Entrevista 331, Ipiales - Nariño).

En la categoría de nacionales se incluyen las guías de organizaciones independientes al ministerio de salud como las asociaciones médicas. Entre las nombradas están las guías de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, de Oftalmología o la Sociedad Colombiana de Cuidado Paliativo (ASOCUPAC), por ejemplo, como en las siguientes citas:

"Guías de la sociedad colombiana, en las normas mínimas de seguridad, esas son tal vez nuestras únicas guías que tenemos puntuales nacionales, no tengo otra guía nacional" (Entrevista 348, Pasto - Nariño).

"Las colombianas de cuidado paliativo." (Entrevista 264, Manizales - Caldas)

Sin embargo, también se encuentran en las respuestas menciones un poco más específicas, al menos frente a los organismos que expiden las guías de referencia. Los lineamientos de la OMS, reconocidos como una de las principales fuentes internacionales, fueron mencionados en el 9,70% de las respuestas. La mayoría de estas menciones no especifica la guía concreta, aunque algunas aluden de forma general a la especialidad a tratar, principalmente en el ámbito del dolor o la anestesia, y muy especialmente las guías de tratamiento de dolor crónico de la OMS, esto lo refleja la siguiente cita:

"[...] en la parte de anestesia, [...] y están los protocolos nacionales e internacionales del uso de estos medicamentos para la cirugía y para los del dolor ya crónico, que realmente los anestesiólogos muy pocos nos dedicamos al dolor crónico, están los lineamientos de la OMS." (Entrevista 79, Santa Marta - Magdalena).

Otras menciones internacionales que tienen importancia por el número de menciones son las "Guías Americanas" (8,88%), en general o con nombres de instituciones de Estados Unidos, aunque con baja proporción de menciones, como por ejemplo, las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) mencionadas en el 1,96% de las respuestas, menciones a la American Heart Association (AHA) con el 0,96%.

Probablemente por el idioma, tienen relativa relevancia las guías españolas, nombradas en un 5,43% de las respuestas.

El 4,58% de los entrevistados mencionan publicaciones científicas, usualmente revistas, como la de Medicina Intensiva, la Americana de Anestesiólogos (ASA) y otras de manera genérica. En esta cita se corrobora: *"Las revistas de la AHA, american heart association, las revistas de la ASA, que es american society of anesthesiology, son las guías de medicamentos que se usan. son bianuales."* (Entrevista 2, Barranquilla - Atlántico).

Por último, en menciones, las guías de la AMCI Asociación de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo están presentes en un 2,95%.

La normatividad nacional también es nombrada de forma muy general, en aproximadamente un 2,46% de las respuestas, en específico solo se mencionó la resolución 1478 de 2006.

A los entrevistados que respondieron negativamente se les consulto por la necesidad de incluir alguna referencia o fuente a sus sistemas de gestión de la calidad, los resultados se aprecian en la Gráfica 23. Respondió positivamente un 40,18%.

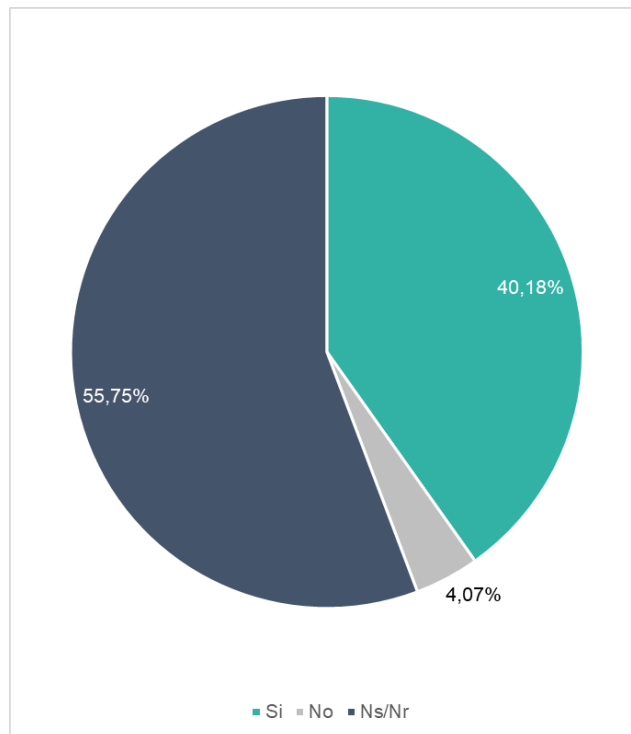
Solo un 4,07% argumenta que no es necesaria, por ejemplo, en esta respuesta un entrevistado dice lo siguiente:

“No, es que realmente es un medicamento que tiene una indicación muy precisa. qué guía le vas a poner si eso no es, o sea, tú lo utilizas de acuerdo a la necesidad que tienes. [...] tienes un criterio abierto [...] es más del criterio clínico del médico que lo está colocando, [...]” (Entrevista 48, Montería - Córdoba).

Esta cita refleja una resistencia a la estandarización del uso de medicamentos opioides y una preferencia por el criterio clínico individual sobre la aplicación de guías o protocolos. El entrevistado percibe que los opioides tienen indicaciones “muy precisas” y que el uso debe depender de la necesidad clínica puntual, lo que lleva a considerar que un protocolo o guía sería una limitación innecesaria.

El 55,75% restante, de la categoría Ns/Nr, se refiere a quienes se les hizo la pregunta al haber contestado que no usaban referencia nacional o internacional, pero decidieron no pronunciarse sobre la necesidad de la misma, y a quienes no se les hizo la pregunta, pues mencionaron contar con referencias en sus instituciones.

Gráfica 23. Necesidad de referente nacional o internacional²³



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 21. En algunos países se emplea consentimiento informado de carácter obligatorio (contrato opioide) a la hora de utilizar medicamentos opioides ya que proporciona seguridad tanto al paciente como al médico. En su práctica clínica, ¿Utiliza consentimiento informado en el manejo de medicamentos opioides?

A la pregunta relacionada con el manejo del consentimiento informado, la mayoría de los participantes indicó no emplear este recurso (79,63%); mientras que un 9,93% señaló utilizar otro tipo de consentimiento, y solo un 2,22% afirmó usarlo específicamente para opioides. Un 8,21% manifestó no saber o no responder, como se ilustra en la Gráfica 24.

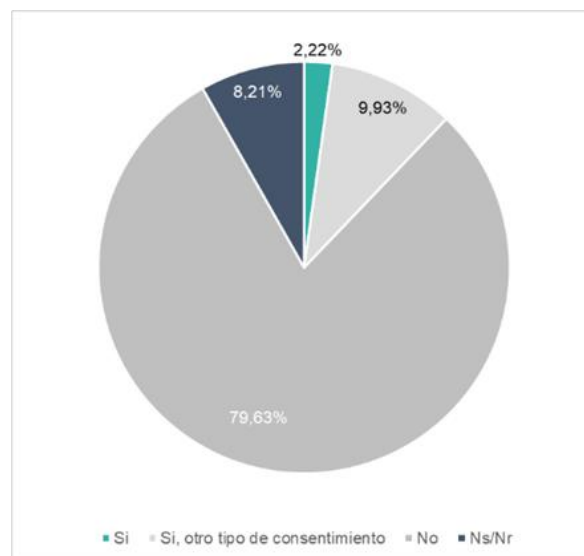
Es interesante referenciar acá el detalle de las respuestas. Algunos profesionales resaltaron que el consentimiento informado debería aplicarse a todos los medicamentos y no únicamente a los opioides, por ejemplo:

“No, pues a ver, si eso vamos, pues todos los medicamentos deberían tener un consentimiento informado, ¿no? no solo los opioides. porque hasta un acetaminofén lo puede matar a uno” (Entrevista 368, Cali - Valle del Cauca).

Otros señalaron en contraste que, aunque lo aplican, su uso es limitado solo a ciertos fármacos de control especial:

“Sí, acá se utiliza el consentimiento informado solamente para morfina y meperidina, porque son medicamentos controlados y hay que informar al paciente sobre los efectos y la posible dependencia” (Entrevista 87, Sincelejo - Sucre).

Gráfica 24. Uso de un consentimiento informado para el tratamiento con opioides²⁴

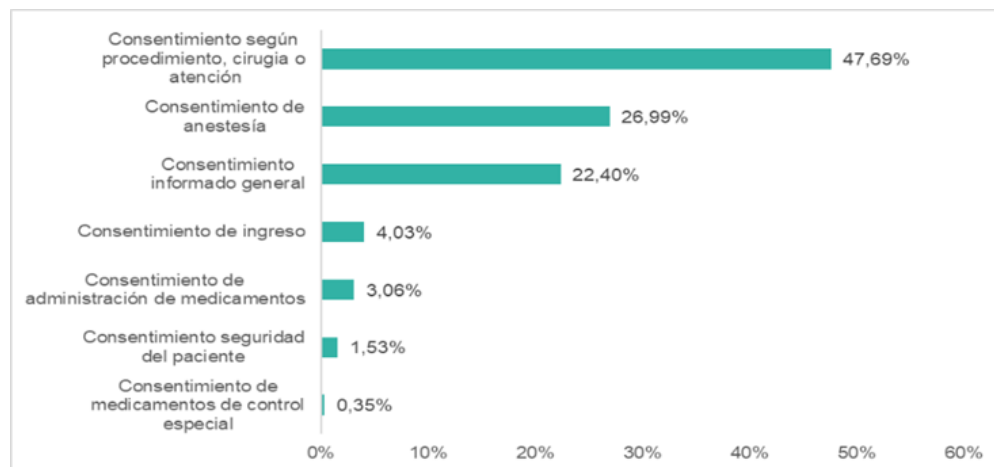


Fuente: Construcción propia.

Quienes afirmaron utilizar consentimiento informado destacaron diferentes modalidades aplicadas en las IPS. Los resultados mostrados en la Gráfica 25 muestran que el consentimiento según procedimiento, cirugía o atención es el más utilizado (47,69%), seguido por el consentimiento de anestesia (26,99%) y el consentimiento informado general (22,40%). Otros formatos menos frecuentes fueron el consentimiento de ingreso (4,03%), el consentimiento para administración de medicamentos (3,06%), el consentimiento de seguridad del paciente (1,53%) y, en proporción mínima, el consentimiento de medicamentos de control especial (0,35%).

Algunos profesionales mencionaron que la inclusión de los opioides en consentimientos asociados a procedimientos quirúrgicos o anestésicos es suficiente para garantizar respaldo legal y ético en su uso, mientras que otros reconocieron que no existen formatos específicos para opioides, sino que se enmarcan en consentimientos generales o de procedimiento.

Gráfica 25. Consentimientos usados por las IPS en procedimientos que involucran el uso de opioides²⁵



Fuente: Construcción propia.

Cuando se preguntó si consideraban necesario implementar este mecanismo (Gráfica 26), un 38,37% respondió afirmativamente y un

32,23% lo condicionó a ciertos contextos, mientras que un 11,29% expresó que no lo considera necesario y un 18,11% no respondió.

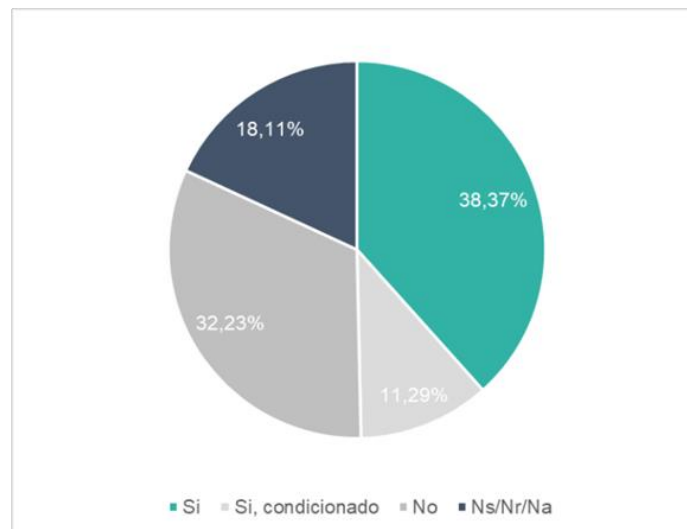
En las respuestas, algunos profesionales justificaron la necesidad de su implementación resaltando la falta de información y educación al paciente:

“Sí, debería implementarse, porque los pacientes que están recibiendo opioides no les están enseñando, no saben qué están recibiendo y no saben el daño que puede ocasionar este medicamento” (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

Otros lo asociaron los derechos de los pacientes, planteando que su uso debería ser obligatorio:

“Estuve ayer revisando mucho ese tema, y realmente uno tiene que tener un consentimiento informado para el paciente. Hablando con otros anestesiólogos, me contaban que, históricamente, muchos médicos aplicaban el analgésico sin decirle al paciente qué medicamento era. Yo creo que el paciente tiene todo el derecho de saber exactamente qué analgésicos tiene. [...] Me da la impresión de que no aparecen como los consentimientos obligatorios, pero debería ser obligatorio” (Entrevista 358, Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 26. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides²⁶



Fuente: Construcción propia.

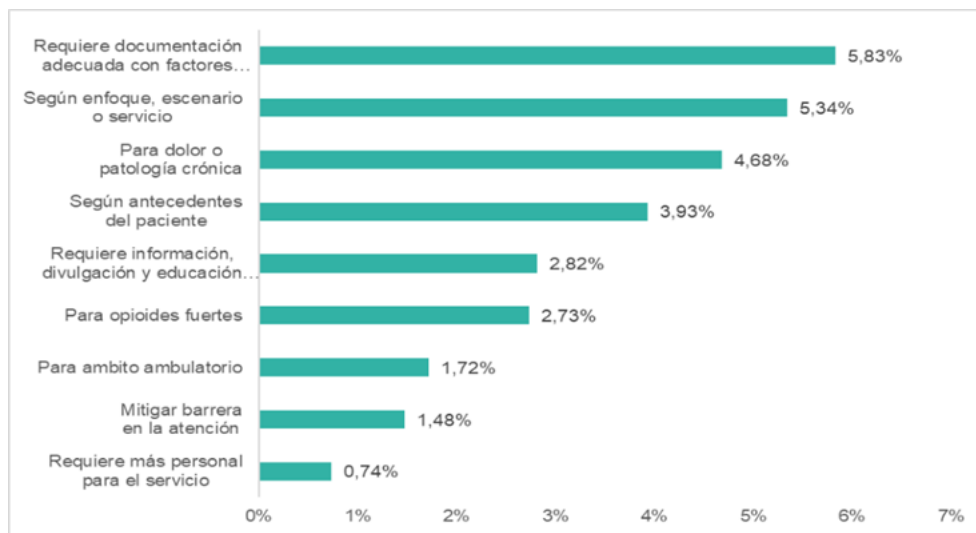
En cuanto a las condiciones propuestas para la implementación de consentimiento informado (Gráfica 27), los participantes mencionaron la necesidad de contar con documentación adecuada y soporte adicional (5,83%), ajustarlo al enfoque, servicio o escenario de atención (5,34%), limitarlo a casos de dolor crónico o patologías específicas (4,68%) o tener en cuenta los antecedentes clínicos del paciente (3,93%). También señalaron que debería acompañarse de procesos de educación (2,82%) y que tendría sentido principalmente en el uso de opioides fuertes (2,73%).

Algunas posturas reflejan tanto la intención de proteger al paciente como las dificultades de llevarlo a la práctica en relación con falta de trazabilidad de las formulaciones entre instituciones, tal como expresó un profesional:

“De alguna forma, es como un saludo a la bandera porque si yo lo hago firmar, perfectamente va a otra institución y se lo prescribe otro médico. No hay un inter cruzamiento de información entre

farmacias, entonces no tengo cómo hacer un seguimiento transversal del uso de opioides” (Entrevista 117, Bogotá).

Gráfica 27. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides²⁷



Fuente: Construcción propia.

Por otro lado, entre quienes no consideran necesario implementar este contrato (Gráfica 28), con mayor frecuencia se sostuvo que el consentimiento general de los procedimientos resulta suficiente (28,69%), mientras que otros argumentaron que la historia clínica y los procesos de educación cumplen ese papel (6,34%) o que se trata de una decisión médica más que administrativa (4,10%).

Algunos advirtieron que hacerlo obligatorio podría generar estigmatización y hacen énfasis, mas bien, en la capacidad del médico y su criterio para formular correctamente de manera segura:

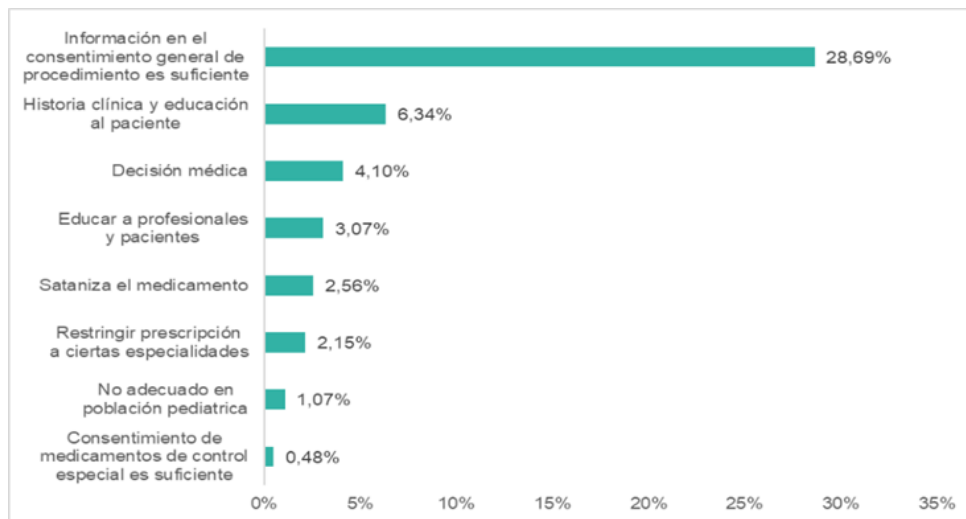
"no, realmente que se necesite crear un consentimiento, desde mi opinión personal, no es necesario. [...] porque pienso que es un

concepto médico. existen riesgos propios, pero no solamente existen con los opioides, también existen con nuestros demás medicamentos, benzodiazepinas, todos los demás que tenemos, inductores con todos los demás medicamentos que tenemos nosotros en la brecha farmacológica. que todos ellos tienen unos efectos y tienen unas posibilidades de riesgo a su uso. No solamente nos podemos centrar en el opioide y me parece a mí que el crear un documento eso genera es pánico, pánico sobre el uso y el uso racional o el uso adecuado no debe generarnos pánico porque es que lo sabemos hacer. Debemos actualizarlo, pero se supone que nosotros lo sabemos hacer. Uno no tiene que tenerle miedo al uso racional de los medicamentos porque para eso hubo la investigación, para eso hubo el desarrollo, para eso se hicieron, para poderlo colocar al paciente que es. lo que debemos es estudiar en quién lo lleva y para eso es que se requiere la actualización continua. Ahí sí, más que hacer un protocolo hay que mantener actualizados a nuestro personal". (Entrevista 303 Villavicencio – Meta)

También se reportaron consideraciones sobre la pertinencia, como la restricción a determinadas especialidades médicas (2,15%) o la exclusión en población pediátrica (1,07%).

Finalmente, un grupo menor (0,48%), señaló que el consentimiento ya establecido para medicamentos de control especial abarca los requerimientos aplicables a los opioides y es suficiente.

Gráfica 28. Consideraciones para no implementar el uso de consentimiento informado en las IPS²⁸



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 22. ¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?

Frente a la pregunta sobre la existencia en la institución de programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides, las respuestas de los entrevistados reflejaron los siguientes valores (Gráfica 29): el 28,95% de las respuestas fueron afirmativas, el 55,42% de las respuestas fueron negativas, y el 15,63% correspondió a Ns/Nr. Es de resaltar que más de la mitad de las instituciones no cuentan con programas diseñados para realizar el seguimiento a los pacientes tratados con opioides, proceso necesario para medir la eficacia del tratamiento, establecer controles y evaluar aspectos importantes a nivel clínico y psicosocial de los pacientes. La siguiente respuesta, expone la situación:

“No, postegreso no, internamente se hace el seguimiento directamente, se hacen rondas de seguridad del paciente, se hacen

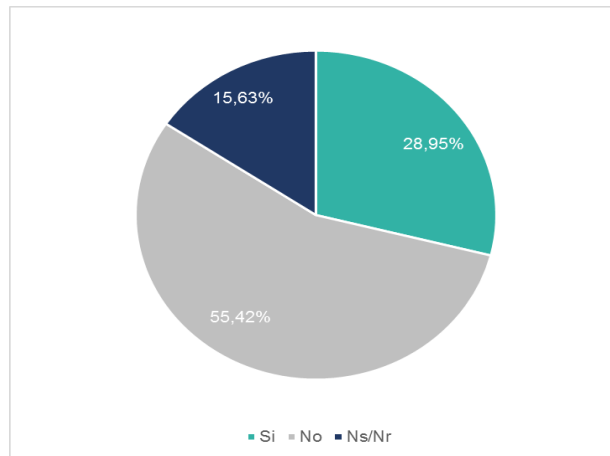
rondas farmacéuticas, pero establecido como tal un seguimiento dentro de lo que es el manejo de opioides no. Así se hacen rondas de seguridad, dentro de las mismas rondas de seguridad se evalúa y se hace el seguimiento a los pacientes que en ese momento se encuentran o no con algún tipo de medicamentos, pero digamos que, establecido como tal un protocolo con un procedimiento así, no” (Entrevista 349, Pasto - Nariño).

Por su parte, un participante en Cali respondió:

“No, nuestro programa de seguridad al paciente está enfocado en las metas internacionales del ministerio y de acuerdo con el servicio que nosotros tenemos, hemos adoptado algunas metas. Una de ellas es el seguimiento postoperatorio en el tema de prevención de infecciones, el de caídas, el de complicaciones posquirúrgicas, el de la gestión y reporte de eventos, pero como tal que yo tengo un programa para decir, yo le administré a este paciente tanto de morfina, entonces vamos a tener que llamarla 24, 48 horas, no. Lo que hacemos en el servicio de recuperación es que manejamos la escala del dolor. Entonces vamos mirando de acuerdo con las indicaciones del especialista que se le va a administrar al paciente en caso de dolor, pero que yo tenga un documento que diga que le hice seguimiento, no” (Entrevista 359, Cali - Valle del Cauca).

Las anteriores declaraciones indican que dichas instituciones no cuentan con programas formales o protocolos establecidos para el seguimiento a mediano y largo plazo de los pacientes tratados con medicamentos opioides, aunque si llevan a cabo acciones in situ de control farmacéutico, seguridad del paciente y manejo del dolor.

Gráfica 29. ¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?²⁹



Fuente: Construcción propia.

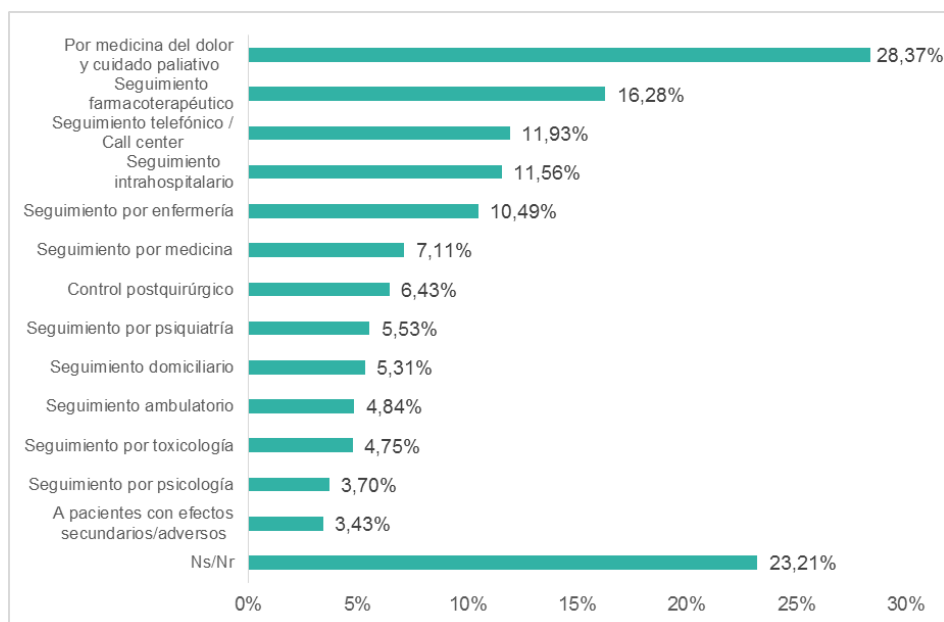
Del conjunto de respuestas afirmativas (ver Gráfica 30), el 28,37% indicó que el programa de seguimiento establecido en su institución se realiza por medicina del dolor y cuidado paliativo, el 16,28% manifestó que corresponde a seguimiento farmacoterapéutico, el 11,93% correspondió a seguimiento telefónico, el 11,56% mencionó seguimiento intrahospitalario, y el 10,49% seguimiento por enfermería.

En algunas de las respuestas codificadas como seguimiento por medicina del dolor y cuidados paliativos, se detalla la estrategia implementada por las instituciones para abordar los casos de pacientes con dolor y síntomas relacionados, como por ejemplo las siguientes citas:

“Tenemos equipo de medicina del dolor y cuidado paliativo, que estamos los 7 días de la semana, pues, disponibles para hacer todo el seguimiento pertinente y respondemos todas las interconsultas a nivel de todas las áreas, estamos con el equipo detectando precoz y oportunamente todas las variaciones que tenemos” (Entrevista 14, Puerto Colombia - Atlántico).

“El especialista de dolor realiza el seguimiento una vez, dosis analgésica que modula dolor. El seguimiento lo realiza el médico tratante o el médico de piso. Cuando el paciente sale de hospitalización con manejo de medicamentos opioides, se le asigna la cita de control con el médico de dolor y cuidados paliativos” (Entrevista 26, Cartagena - Bolívar).

Gráfica 30. Programas de seguimiento existentes en la institución para pacientes tratados con medicamentos opioides³⁰



Fuente: Construcción propia.

Se preguntó al grupo de entrevistados que declararon que sus instituciones no cuentan con programas de seguimiento a pacientes tratados con opioides, si consideran la necesidad de tener dichos procesos de seguimiento en sus instituciones (Ver Gráfica 31). El 48,22% indicó que sí hacen falta, el 17,51% respondió que no considera que hagan falta, y el 33,66% correspondió a la categoría Ns/Nr.

Algunas de las razones por las que se afirma la necesidad de dichos procesos de seguimiento responden a la importancia de la evaluación y la identificación de reacciones adversas. Por ejemplo:

“Si, claro, si es necesario, si hay pacientes que tienen seguimiento, que se haga evaluación, cuánto tiempo llevan, qué efectos secundarios han tenido, cómo ha sido la tolerancia y hasta cuándo lo van a llevar. Yo pienso que sería interesante tenerlo en el evento que tengamos el programa, por lo menos nosotros vemos acá en la práctica diaria que hay unos anestesiólogos que hacen manejo del dolor y ellos manejan el dolor, la gran mayoría usan mucho opioides” (Entrevista 44, Valledupar - Cesar).

Otras respuestas resaltan la necesidad de realizar el seguimiento por los riesgos de adicción, casos prioritarios y resistencias al medicamento:

“Si, de pronto si, para evaluarlo de la parte del síndrome, de pronto que hacen resistencia al medicamento y cada vez van pidiendo más, pidiendo más, pidiendo más, hasta que pronto llegan a llegar a una adicción o alguna cosa, de pronto, no todas las veces” (Entrevista 127, Bogotá).

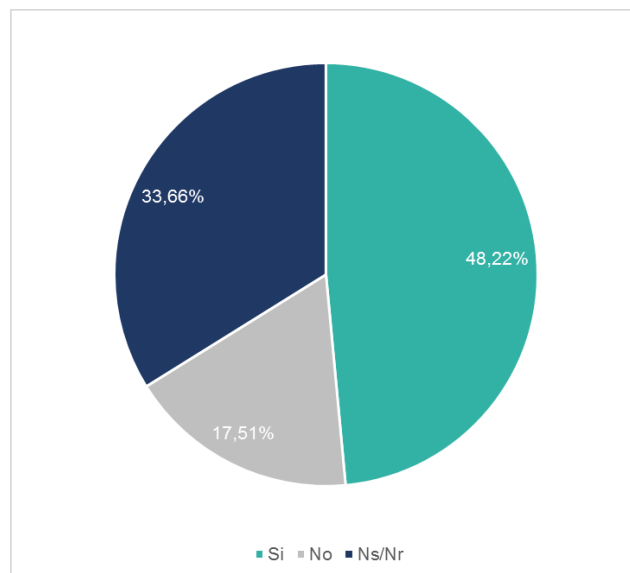
“Si, indudablemente, sobre todo a los pacientes que tienen opioides fuertes. Si hay un paciente que tiene enfermedades crónicas de difícil tratamiento del dolor, el paciente debe tener un seguimiento y debe tener por lo menos un acceso prioritario para mirar cómo va su evolución” (Entrevista 128, Bogotá).

Entre las razones por las que no se considera la necesidad de programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides, se señala que la analgesia que implementan no requiere seguimiento porque es convencional, y que un programa de ese tipo generaría demasiada carga en el sistema:

“No, ¿por qué? bueno, porque el periodo de exposición al medicamento es muy corto porque realmente es solo en el transoperatorio y ocasionalmente en el postoperatorio, pues

asociado a opioides fuertes y ya pues la analgesia postoperatoria realmente es una analgesia muy convencional, que pues digamos que si eso se aplicaría, colapsaría al sistema pues haciendo ese seguimiento a los pacientes. Y además que no lo veo necesario, pues hasta el momento creo que no ha habido ningún inconveniente con ninguno de los pacientes que han sido manejados acá” (Entrevista 290, Yopal - Casanare).

Gráfica 31. ¿Considera que hacen falta en su institución programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?³¹



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 23. ¿Quién es el responsable del seguimiento al paciente tratado con medicamentos opioides?

La formación profesional es fundamental en la realización de un seguimiento de calidad a los pacientes tratados con medicamentos opioides, en la medida en que dicho proceso implica un alto nivel de

responsabilidad en términos de las acciones de prescripción, almacenamiento, administración, monitoreo y control, factores cruciales en la adecuada gestión de medicamentos opioides.

En relación con la pregunta sobre el perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con opioides, las respuestas reportaron la siguiente información (ver Gráfica 32): el 41,35% declaró que los responsables son profesionales de la salud en general y personal especializado, el 17,14% indicó personal de enfermería, y el 9,88% señaló personal de farmacia. Con valores minoritarios se indicó que los profesionales a cargo presentan un perfil administrativo y de calidad (3,97%), equipos interdisciplinarios y programas en las IPS (1,04%), otros profesionales de la salud (0,41%), y la EPS (0,03%). El 34,50% correspondió a Ns/Nr.

Las respuestas reflejan que la responsabilidad del seguimiento está concentrada en profesionales de la salud, personal de enfermería y especialistas. Por ejemplo:

“La especialidad que lo está tratando. El paciente sale de salas de cirugía y la especialidad tratante, llámese ortopedia, cirugía, ginecología, son los encargados de darle el manejo energético, incluidos opioides, y ellos le hacen el seguimiento. Es como el médico tratante, nosotros tenemos acá un médico que tiene una subespecialidad, un anestesiólogo con una subespecialidad en dolor. A él se le interconsulta cuando hay manejos difíciles y básicamente cuando hay pacientes con cáncer, con patologías que no son quirúrgicas, se interconsulta y él le tiene establecidos algunos manejos con opioides para esos pacientes” (Entrevista 131, Duitama - Boyacá).

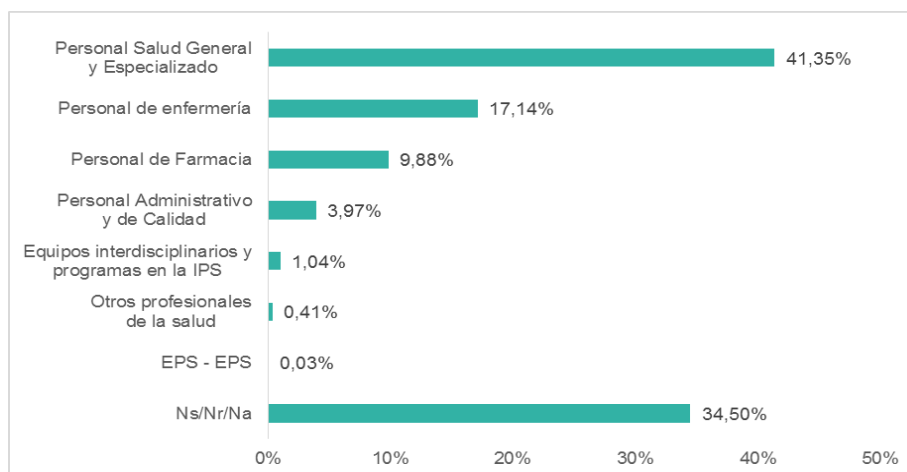
“Pues generalmente el que hace el seguimiento es el enfermero, ya sea profesional o el auxiliar. Ellos son los que están más pendientes de cómo ha reaccionado el paciente con los opioides. Porque pues el médico le quita el dolor, pero pues uno es el que hace seguimiento

digamos a las reacciones adversas, seguimiento pues al hecho de que pronto haga adicción, porque uno se da cuenta” (Entrevista 186, Neiva - Huila).

Igualmente, el personal de farmacia desempeña un rol cardinal en la labor de seguimiento, trabajo articulado con otros profesionales de la salud: *“El médico tratante y en el intrahospitalario, los farmacéuticos y toda la oficina de farmacia y la enfermera jefe” (Entrevista 248, Medellín - Antioquia).*

De manera excepcional se reporta también personal administrativo y de calidad: *“Acá hay un coordinador de calidad [...] pues el coordinador de calidad es al que se le encarga ese seguimiento” (Entrevista 17, Soledad - Atlántico).*

Gráfica 32. Perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides³²



Fuente: Construcción propia.

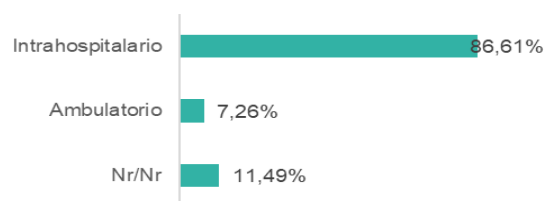
Pregunta 25. ¿Podría describir detalladamente la ruta que debe seguir para prescribir un medicamento opioide? Le agradezco indicar los softwares, aplicativos y formatos empleados, así como la información que posea sobre los procesos administrativos o de autorización que deban ser realizados

Los procedimientos institucionales para la prescripción de medicamentos opioides muestran rutas diferenciadas según el entorno clínico — hospitalario o ambulatorio— y etapas sucesivas que incluyen formulación, tramitación, entrega y administración del medicamento. Las respuestas permiten visualizar la diversidad de prácticas y actores involucrados en cada una de estas fases, y los relatos de los entrevistados ilustran en detalle los recorridos reales que deben seguir los profesionales de la salud y los pacientes para garantizar el acceso a estos medicamentos.

Prescripción: sistemas, formatos y variabilidad

La Gráfica 33 presenta la clasificación general del tipo de atención al que corresponde el procedimiento descrito. La mayoría de los participantes identificó rutas asociadas al entorno hospitalario (86,61%), aunque también se documentaron prácticas ambulatorias, mixtas o de transición, como en el egreso del paciente (7,26%).

Gráfica 33. Tipo de atención³³



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 34 muestra las modalidades de prescripción en el contexto hospitalario. Si bien la prescripción digital constituye el principal soporte

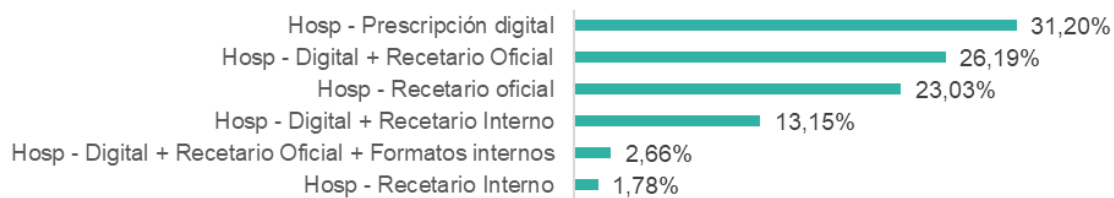
de la formulación, se evidenció una amplia variabilidad en las herramientas y exigencias normativas.

Algunas instituciones han integrado plenamente los formularios de control exigidos por las autoridades sanitarias en sus sistemas electrónicos, lo que permite evitar el uso de recetarios físicos. Según un entrevistado:

“Cuando prescribo un opioide... el sistema SAP me saca en pantalla un formato con todos los datos, igual a lo que sería la hojita de control” (Entrevista 247, Medellín - Antioquia).

Estas funcionalidades han sido autorizadas por algunos Fondos Rotatorios de Estupefacientes, como se señaló en otra entrevista: *“Ese software [...] ya está avalado por la Secretaría de Salud municipal”* (Entrevista 249, Medellín - Antioquia).

Gráfica 34. Modalidades de prescripción hospitalaria³⁴



Fuente: Construcción propia.

No obstante, persisten esquemas manuales. En Nariño, por ejemplo, se encontró la siguiente respuesta:

“Hacemos esto a mano, mire, es una cosa que yo les peleaba porque en el cancerológico en Bogotá ya estaba implementada [la fórmula digital] y de una vez salía la fórmula de control. Aquí nos toca hacerla a mano. Esa es una barrera porque a veces el formulario, en primer lugar, es un formulario de papel químico, entonces este a veces se termina, a veces se daña, se pierde, si se pierde son tres hojitas, la blanca que es para la farmacia, la azul

para el paciente y una rosada que es la que queda en el talonario que tienen que ellos llevar el consecutivo. Si una de estas se deteriora, se daña, se mancha, se fregó todo. Si no llevamos el consecutivo, si nos falta alguno, se fregó todo” (Entrevista 330, Ipiiales - Nariño).

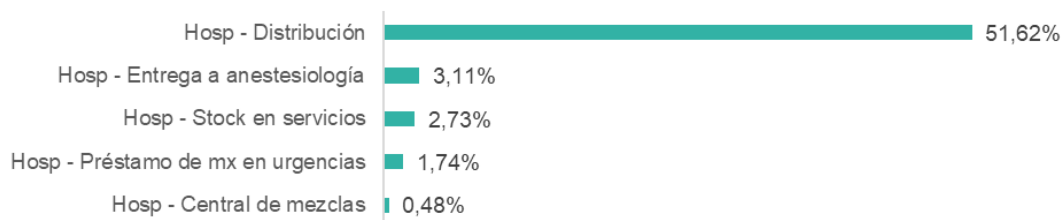
En otras instituciones, la fórmula digital coexiste con un formulario físico que deben ser firmados, sellados y presentados a la farmacia para el despacho del medicamento.

Entrega y distribución intrainstitucional

Una vez formulado el medicamento, se activa una serie de pasos administrativos, clínicos y logísticos representados en la Gráfica 35, que muestra los procedimientos institucionales que se surten tras la prescripción hospitalaria. Estos pasos se enmarcan en lo que la Resolución 1403 de 2007 define como distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos.

En la práctica, los entrevistados describieron que estos procedimientos varían según el tipo de atención y la organización interna del hospital, pero en general implican validaciones por parte del servicio farmacéutico, asignación de turnos de entrega y registros sistemáticos para garantizar oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad en el suministro (Gráfica 35).

Gráfica 35. Procedimiento intrahospitalario³⁵



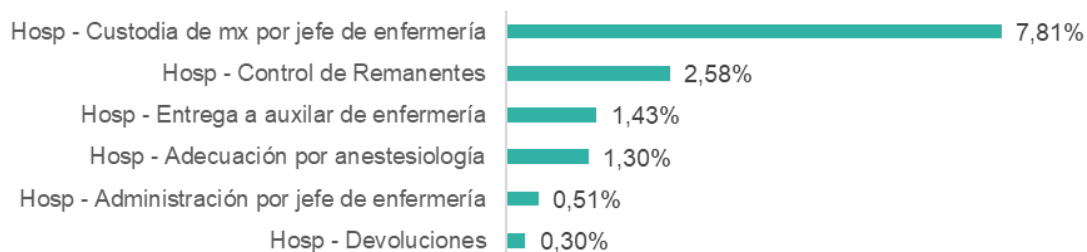
Fuente: Construcción propia.

En varias instituciones, el medicamento es entregado directamente al personal de enfermería jefe o asistencial, según protocolos establecidos. Un testimonio ilustra:

“La fórmula se firma por mí, se firma por la jefe, y ella baja por él a que se lo entreguen... ya le informa al auxiliar que el paciente tiene opioide y la dosis que se le va a poner” (Entrevista 225, Bello - Antioquia).

En otros escenarios, como cirugía o anestesia, el personal médico prepara y administra directamente los opioides: *“Nosotros mismos lo preparamos, lo diluimos y lo usamos. Solo anestesiología”* (Entrevista 277, Arauca - Arauca). La Gráfica 36 refleja esta diversidad de prácticas de manejo en los servicios clínicos, incluyendo responsabilidades diferenciadas por área, como cuidados intensivos, hospitalización, cirugía y observación.

Gráfica 36. Manejo en servicios clínicos³⁶



Fuente: Construcción propia.

Se documentaron mecanismos de custodia física y trazabilidad altamente estructurados. En Chía, por ejemplo:

“Confirmamos todos los datos del paciente... recibimos los medicamentos con fórmula en mano, los almacenamos en gavetas bajo llave, y registramos el inventario por cubículo” (Entrevista 147, Chía - Cundinamarca).

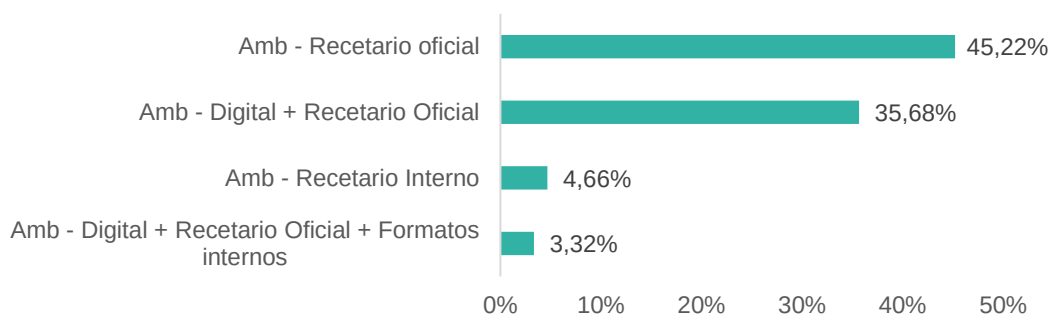
En Florencia, esta trazabilidad incluye controles cruzados: *“La jefe de enfermería hace el pedido, recibe el medicamento, y en última instancia es quien lo administra”* (Entrevista 183, Florencia - Caquetá).

Ruta ambulatoria: prescripción, autorización y dispensación

La Gráfica 37 recoge las modalidades de prescripción en el contexto ambulatorio. Aunque en algunos casos se utiliza exclusivamente el recetario oficial, otras instituciones permiten prescripción digital con impresión de formatos manuales o la entrega simultánea de dos documentos. En Medellín, un participante explicó: “

En el ámbito ambulatorio hago la prescripción en el sistema, pero tengo que hacer la fórmula manual de Secretaría de Salud; el paciente se va con dos fórmulas” (Entrevista 246, Medellín - Antioquia).

Gráfica 37. Modalidad de prescripción ambulatoria³⁷



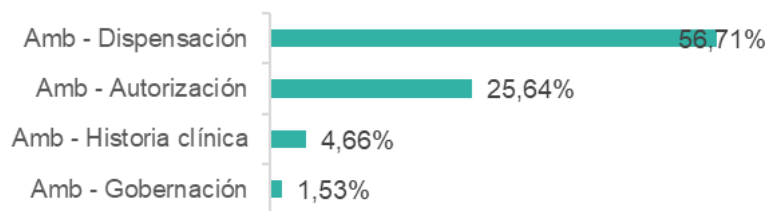
Fuente: Construcción propia.

Una vez emitida la prescripción, el paciente debe adelantar gestiones administrativas descritas en la Gráfica 38, como autorizaciones ante la EPS o adquisición directa en puntos de venta habilitados. En Neiva, se reportó:

“Damos la fórmula y el paciente va a su EPS, donde lo demoran tres días en autorizar, y posteriormente lo reclaman” (Entrevista 305, Villavicencio - Meta).

En algunos departamentos, se afirma que los pacientes deben acudir directamente a la Secretaría de Salud Departamental (Gobernación) para obtener o comprar el medicamento formulado.

Gráfica 38. Procedimiento ambulatorio³⁸



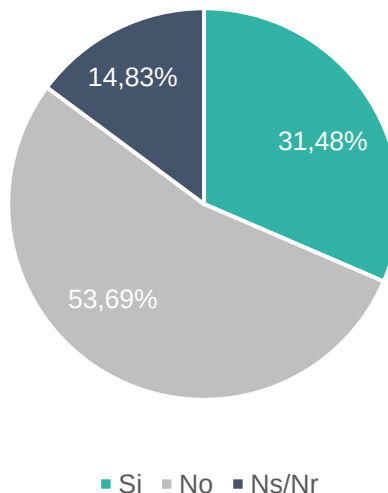
Fuente: Construcción propia.

Los hallazgos cualitativos evidencian rutas estructuradas, pero altamente heterogéneas para la prescripción, entrega y administración de opioides en el país. Las diferencias institucionales en cuanto al grado de digitalización, los formatos autorizados y los actores responsables en cada etapa reflejan una falta de estandarización que podría tener implicaciones en términos de acceso y seguridad. A pesar de que se identificaron prácticas robustas de trazabilidad y control, varios entrevistados señalaron cuellos de botella y limitaciones en los tiempos de respuesta, especialmente en contextos de urgencia o atención ambulatoria. Estas variaciones deben ser consideradas al evaluar oportunidades de mejora en el acceso seguro a medicamentos opioides.

Pregunta 26. En la ruta descrita, ¿evidencia alguna limitación o barrera de acceso para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos prescritos?

El 31,48% de los entrevistados manifestó haber identificado barreras de acceso a medicamentos opioides, mientras que el 53,69% señaló no haberlas encontrado y un 14,83% no respondió o no sabía, como se evidencia en la Gráfica 39.

Gráfica 39. Presencia de barreras de acceso³⁹

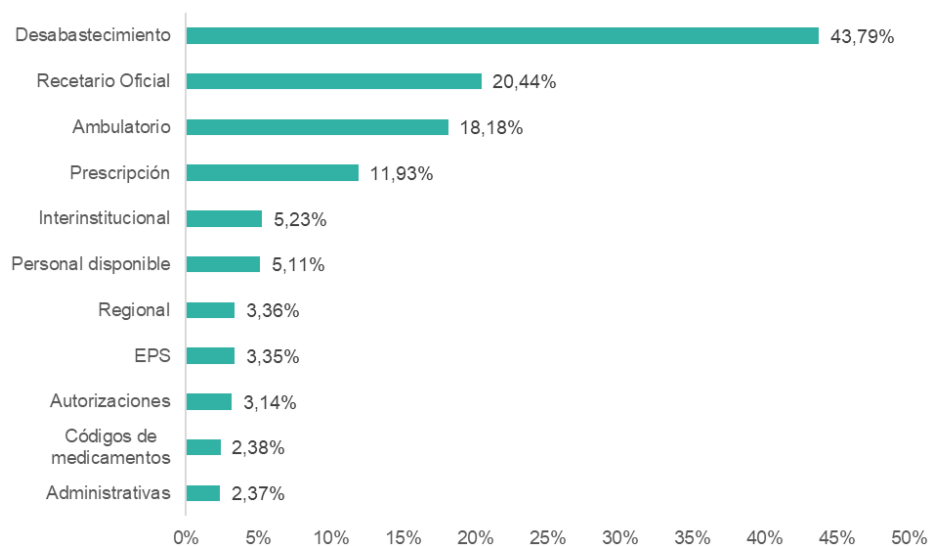


Fuente: Construcción propia.

Las limitaciones identificadas se clasifican en la Gráfica 40 e incluyen el desabastecimiento (43,79%), las restricciones derivadas del uso obligatorio de recetario oficial (20,44%), y las dificultades en el contexto ambulatorio (18,18%). Seguidas por problemas asociados a la prescripción (11,93%), coordinación interinstitucional (5,23%), disponibilidad de personal (5,11%), limitaciones regionales (3,36%),

trámites con EPS (3,35%), autorizaciones (3,14%), inconsistencias en códigos de medicamentos (2,38%) y barreras administrativas (2,37%).

Gráfica 40. Barreras de acceso identificadas⁴⁰



Fuente: Construcción propia.

El desabastecimiento afectó a varios opioides, especialmente fentanilo, reportado por el 3,98% de los entrevistados, seguido de la morfina (3,96%) y la hidromorfona (2,83%). También se registraron, con relativa menor frecuencia, casos de desabastecimiento de oxycodona (0,88%), buprenorfina (0,88%) y remifentanilo (0,34%). Un entrevistado describió: *“Tuvimos desabastecimiento de morfina (...) formulamos, la EPS autoriza, pero se queda ahí en la farmacia porque no hay”* (Entrevista 212, Ibagué - Tolima). En algunos casos, se reporta que la falta de disponibilidad llevó a modificar esquemas de tratamiento o a priorizar medicamentos según el perfil clínico de cada paciente:

“Si nosotros vemos que un paciente está con, no sé, hidromorfona, pero tiene una función renal buena, pues probablemente más bien

guardemos esta hidromorfona para un paciente con algún grado de falla hepática, alguna falla renal y tratemos de pasarlo a morfina” (Entrevista 356, Cali - Valle del Cauca).

La categoría Recetario Oficial (20,44%), hace referencia a las restricciones impuestas por el uso de un formato físico de prescripción para medicamentos controlados, que debe diligenciarse a mano y cumple requisitos estrictos de validez. Este sistema implica limitaciones tanto para médicos como para pacientes, ya que errores mínimos o enmendaduras anulan el documento, y los plazos de validez varían según la EPS. Además, en algunos departamentos solo se permite expedir un formato al mes, lo que deja sin tratamiento a pacientes si lo agotan antes. Como explicó un participante:

“Si con el formato que les entregamos se les venció o los pacientes se quedan sin medicamentos, la verdad es un mal sistema... podrían optar por un sistema ya digitalizado como lo hacemos con los MIPRES” (Entrevista 342, Pasto - Nariño).

Otro entrevistado añadió: *“Si yo lleno mal... ya se dañó, anulado y otro agita... el costo de ese talonario es alto... esa es una barrera” (Entrevista 330, Ipiales - Nariño).*

Y también:

“En el ámbito ambulatorio, la no aceptación por parte de las secretarías de salud de formularios institucionales electrónicos obliga a usar formatos manuales, lo que aumenta el riesgo de errores y retrasa la atención” (Entrevista 246, Medellín - Antioquia).

En algunos casos, los participantes indicaron no encontrar limitaciones en el ámbito intrahospitalario, pero sí en el ambulatorio (18,18%), usualmente relacionadas con las condiciones impuestas por las aseguradoras. Por ejemplo, un profesional señaló:

“Las EPS me quieren obligar a formular por frascos y por cajas (...) eso es un factor de riesgo para que las tabletas restantes se

sobremediquen, se automediquen o se presente tráfico de los medicamentos” (Entrevista 347, Pasto - Nariño).

En este mismo ámbito, varios participantes indicaron que las barreras incluyen la necesidad de que el paciente o su familia lleve la historia clínica y el recetario a la EPS, espere la autorización y acuda a un punto específico de dispensación, lo que puede prolongar los tiempos y dificultar el inicio oportuno del tratamiento.

Las barreras relacionadas con la prescripción (11,93%), reúnen las dificultades derivadas de los procesos y formatos empleados para la formulación de medicamentos opioides, las cuales varían según el contexto asistencial y el soporte tecnológico disponible. En algunos hospitales, el sistema electrónico de prescripción agiliza la gestión y reduce errores, pero su obligatoriedad de impresión genera pasos redundantes:

“sí, el hospital es bien organizado en eso, de hecho, yo siempre he pensado que le sobra el paso de imprimir la fórmula, hay un sistema, entonces no entiendo por qué tenemos que imprimirla, pero si es muy organizado en eso, a veces sucede que el código de la ampolla de morfina es x y aparece en el sistema otro, entonces no se la... ahí hay una dificultad, pero siempre el de farmacia llama, hay una persona de farmacia que siempre está, yo creo que todos los días va a la oficina y nos dice, hay estos medicamentos, no hay estos, cambió este código, entonces en eso es muy organizado el hospital, yo creo que no tenemos un problema en ello.”. (Entrevista 121, Bogotá).

En otros casos, la falta de una prescripción correctamente configurada puede retrasar la dispensación, especialmente en población del régimen subsidiado:

“no, generalmente no. De pronto, si no hay una prescripción bien configurada, puede haber problemas al momento de hacerle la

entrega. Generalmente en el tipo de población que manejamos, que son subsidiados". (Entrevista 59, Riohacha - Guajira).

En escenarios de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos, la exigencia simultánea de formato de control y formulación es difícil de cumplir debido a la dinámica asistencial y a la necesidad de ajustar frecuentemente las dosis de opioides según la evolución clínica del paciente

"si, he tenido dificultades y en eso si quiero ser muy sincero, respetuosamente pero si muy sincero, por favor. Y es que por la dinámica de trabajo en la unidad de cuidados intensivos, no siempre es posible tener el formato de control y la formulación. Mira que estos pacientes, el 80% de los pacientes están, esta es una unidad muy compleja, nuestro promedio de, la complejidad de una unidad de cuidados intensivos se mide por [...], y ahí uno de ellos son el Apache y el TIS. El promedio nacional de apache en las unidades de cuidados intensivos está alrededor de 14, de 15, 15 a 16. Nuestro promedio de apache es de 25, o sea, somos una unidad bastante compleja. Entonces el paciente, el 80% de nuestros pacientes está bajo ventilación mecánica y recibiendo opioides. esas dosis no generalmente no son estáticas, nosotros tratamos, una vez reanimamos el paciente, resolvamos la apache aguda, tratamos de disminuir rápidamente los opioides y pasar a sedación consciente, etc. y retirarlos de los opioides y de la tensión de sepinas". (Entrevista 346, Pasto - Nariño).

La categoría Interinstitucional (5,23%), agrupa barreras derivadas de la articulación insuficiente entre entidades y territorios para la continuidad del tratamiento con opioides. Algunos profesionales reportan que "Cuando van con el recetario de aquí a reclamar a otros territorios, no les dispensan por no ser el recetario del lugar", lo que obliga a los pacientes a buscar un médico que transcriba la fórmula para poder acceder al medicamento (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

En otros casos, las limitaciones no son exclusivamente de tipo farmacéutico, sino de disponibilidad de servicios, como cuando “*van al hospital mental*” y “*no hay cupos suficientes*”, lo que provoca que algunos pacientes, tras completar un proceso de destete en una institución, “*vuelvan a la calle*” al no encontrar continuidad en la atención (Entrevista 161, Cúcuta - Norte de Santander).

Las limitaciones con el personal disponible (5,11%), están asociadas a la capacidad operativa del equipo de salud para cumplir con los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos en la dispensación de opioides. En situaciones críticas, algunos profesionales señalan que, mientras realizan intervenciones urgentes,

“no tenemos equipo suficiente para dejar de hacer la intervención con el enfermo y hacer el registro”, lo que genera demoras o resistencia desde farmacia para despachar el medicamento sin el soporte completo (Entrevista 212, Ibagué - Tolima).

En otros casos, la normativa interna obliga a que “*tiene que venir el médico directamente*” a solicitar el fármaco, lo que dificulta el acceso inmediato en contextos de urgencia cuando el profesional “*no puede desplazarse hasta la farmacia*” (Entrevista 345, Pasto - Nariño).

Asimismo, en unidades de cuidados intensivos se describen restricciones adicionales, como límites máximos en la entrega —por ejemplo, “*no más hasta cuatro mezclas de fentanilo durante 24 horas*”—, que pueden dejar al “*personal asistencial [...] muy corto*” para cubrir las necesidades reales del paciente, requiriendo justificaciones clínicas exhaustivas para obtener dosis adicionales (Entrevista 185, Neiva - Huila).

Las barreras de tipo regional (3,36%), se relacionan con la imposibilidad de dispensar opioides prescritos en un territorio cuando el paciente intenta reclamarlos en otro, debido a que el recetario emitido pertenece a una jurisdicción distinta. Esto afecta especialmente a pacientes remitidos por convenios interdepartamentales o que residen en zonas limítrofes. Un participante de Ibagué relató:

“terminamos viendo pacientes, por ejemplo, de Girardot o La Dorada... uno le entrega el controlado al paciente, pero sale con el documento controlado del Tolima, entonces cuando ellos van... obviamente no les entregan, porque tienen que buscar un médico que les transcriba y les entregue el controlado” (Entrevista 209, Ibagué - Tolima).

En otros casos, el problema regional se refiere a la falta de disponibilidad de ciertos fármacos a nivel regional, por ejemplo: *“no hay metadona, en esta región solo Córdoba tiene metadona”* (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

Las barreras administrativas, relacionadas con las EPS (3,35%), y los procesos de autorización (3,14%), mencionaron la exigencia de trámites repetitivos, demoras en la autorización, invalidez de fórmulas por vencimiento y falta de unificación en los procesos. Un participante señaló que *“las fórmulas de control tienen un tiempo muy limitado (...) entre los trámites, la autorización, la disponibilidad, se tardan mucho tiempo”* (Entrevista 316, Mitú), lo que obliga en ocasiones a *“volver a hacer la formulación (...) para que sí le entreguen lo que se había pedido el mes pasado”* (Entrevista 323, Popayán).

Otros describieron obstáculos derivados de la habilitación de farmacias, que restringen la dispensación a puntos específicos: *“tiene que tener una habilitación por parte de Secretaría (...) no es cualquier droguería”* (Entrevista 144, Tunja - Boyacá). Desde la experiencia clínica, se reportó que, aunque la EPS autoriza, *“se queda ahí en la farmacia porque no hay”*, especialmente en el caso de *“los parches de fentanil”* y la morfina, sin que se entregue constancia escrita de desabastecimiento y con la exigencia de reclamarlos presencialmente (Entrevista 355, Cali - Valle del Cauca).

También se señalaron casos en que la formulación ambulatoria no está incluida en las EPS contratadas con el hospital, lo que genera reingresos por *“no disponibilidad”* en farmacias externas, como en el caso de un paciente que repetidamente llegaba *“con un dolor tres días ahí (...) se me*

acabó el tramadol" (Entrevista 316, Mitú). En otros casos, la barrera se concentra en trámites adicionales exigidos fuera de la institución, como la necesidad de pasar nuevamente por la clínica del dolor antes de autorizar la dispensación, aun cuando el paciente cuenta con una fórmula vigente (Entrevista 146, Chía - Cundinamarca).

Algunos entrevistados también destacaron barreras asociadas a percepciones y estigmas (0,88%), especialmente en torno al uso de morfina: *"uno le dice morfina y eso es tabú (...) en cambio oxicodona o tapentadol no generan esa reacción"* (Entrevista 356, Cali - Valle del Cauca).

En menor medida, se reportaron limitaciones por falta de personal disponible para cumplir los requisitos de registro y prescripción, y por exigencias técnicas en el formato de control, percibidas como dispendiosas y costosas: *"uno pierde mucho tiempo en llenar ese papel (...) si lo lleno mal, ya se dañó, anulado y toca otro"* (Entrevista 330, Ipiales - Nariño).

Un número relativamente reducido de respuestas (2,38%), reportó barreras relacionadas con códigos de medicamentos, las cuales se presentan cuando el código registrado en el sistema de prescripción no coincide con el del envase físico, impidiendo su entrega hasta que se gestione la corrección. Un participante de Bogotá explicó:

"a veces sucede que el código de la ampolla de morfina es X y aparece en el sistema otro, entonces no se la... ahí hay una dificultad, pero siempre el de farmacia llama" (Entrevista 121, Bogotá).

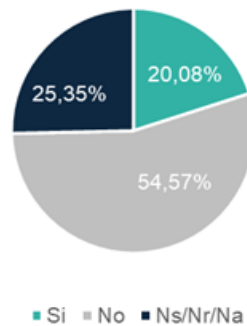
En otros casos, el problema radica en que el medicamento no está parametrizado en el sistema, lo que obliga a tramitar su inclusión, o se superpone con la no disponibilidad: *"uno ordena el medicamento y no se lo entrega el paciente por la no disponibilidad del medicamento"* (Entrevista 253, Medellín - Antioquia).

En conjunto, los hallazgos evidencian que, aunque la ruta intrahospitalaria es percibida como segura y estructurada, el acceso ambulatorio a opioides en Colombia enfrenta múltiples barreras que combinan factores administrativos, logísticos, de disponibilidad y de percepción social, con un impacto directo en la continuidad y oportunidad de la analgesia.

Pregunta 27. ¿Cuál es su percepción sobre el diligenciamiento del Recetario Oficial para la prescripción de medicamentos de control especial? ¿Ha tenido alguna limitación al respecto?

La pregunta sobre la percepción del diligenciamiento del recetario oficial para medicamentos de control especial se dirige al personal del área médica, con el fin de evaluar su visión sobre el cumplimiento normativo y las posibles dificultades prácticas en su uso. La Gráfica 41 presenta los resultados sobre la percepción del personal médico respecto a las dificultades en el diligenciamiento del Recetario Oficial. De acuerdo con los datos, el 20,08% de los entrevistados señaló que sí existen dificultades en este proceso, mientras que el 54,57% afirmó no tener inconvenientes y un 25,35% manifestó no saber o no responder. Estos resultados sugieren que, aunque aproximadamente una quinta parte identifica obstáculos en el registro, más de la mitad del personal médico conoce y maneja con relativa facilidad el Recetario Oficial.

Gráfica 41. Dificultades en el diligenciamiento de R.O.⁴¹



Fuente: Construcción propia.

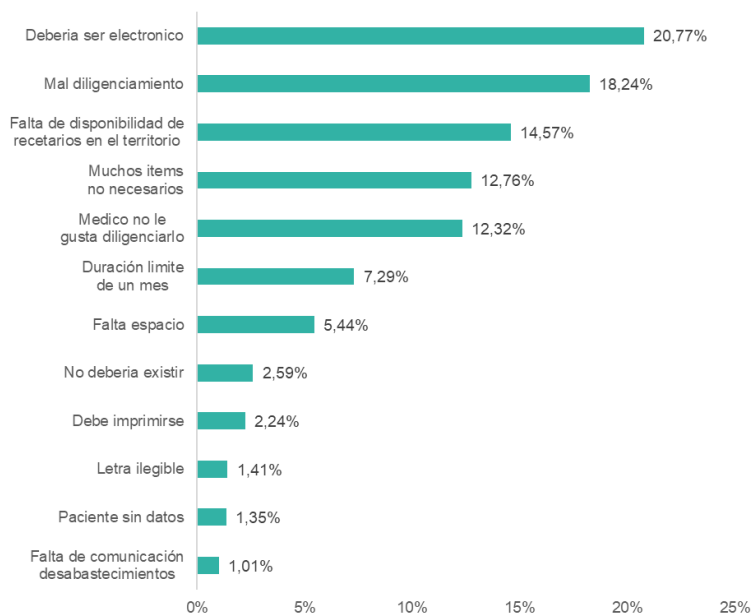
Al personal que manifestó tener dificultades en el registro o diligenciamiento del Recetario Oficial se le solicitó precisar cuáles eran las limitaciones más representativas. Los resultados son mostrados en la Gráfica 42. El 20,77% del personal médico señaló que este debería ser electrónico, lo que evidencia una demanda por procesos más ágiles y acordes con las dinámicas actuales. Un participante lo expresó de la siguiente manera:

“eso es obsoleto yo he trabajado en muchas instituciones, en muchas instituciones lo tienen electrónico [...], pero lo ideal es que sea electrónico, es mucho más fácil para uno” (Entrevista 239, Medellín - Antioquia).

Le siguen en frecuencia de menciones el mal diligenciamiento (18,24%), la falta de disponibilidad de recetarios en el territorio (14,57%) y la percepción de que incluye muchos ítems no necesarios (12,76%). Un 12,32% señala que al cuerpo médico no le gusta diligenciarlo, lo que puede asociarse a resistencia o carga administrativa. Esta cita cuestiona la cantidad de información a registrar lo que le atrasa en otras actividades:

“me parece que tiene muchos ítems que llenar y pues en mi servicio debo atender rápido a los pacientes, yo diría que si se reestructura y se hacen los ítems que necesariamente ameriten sería un poco más rápido porque si son varios ítems que hay que llenar varias firmas.” (Entrevista 70, Fundación - Magdalena).

Gráfica 42. Principales dificultades en el diligenciamiento del R.O.⁴²



Fuente: Construcción propia.

Una de las limitaciones señaladas corresponde a la restricción de la prescripción a un mes, lo cual fue mencionado por el 7,29% del personal médico. Este aspecto se percibe como un obstáculo especialmente para pacientes crónicos que deben renovar con frecuencia sus tratamientos. Así lo expresaron algunos participantes:

“Yo pienso que está bien, pero el problema con eso es que tienen que renovar cada mes la prescripción nuevamente. Entonces, para el paciente, resulta tedioso por ejemplo, en los casos crónicos, que

tienen que venir cada mes a recibir nuevamente el talonario"
(Entrevista 75, Santa Marta - Magdalena),

"La prescripción es por un mes, no pueden exceder los 30 días"
(Entrevista 32, Cartagena - Bolívar).

Otras dificultades mencionadas se relacionan con aspectos prácticos del diligenciamiento del recetario, como la falta de espacio (5,44%), la letra ilegible (1,41%) y los casos en los que el paciente carece de algunos datos (1,35%). Todas estas limitaciones guardan relación con la insuficiencia del diseño en general en el formato manual, lo que repercute en la calidad y claridad del registro. La cita siguiente lo corrobora:

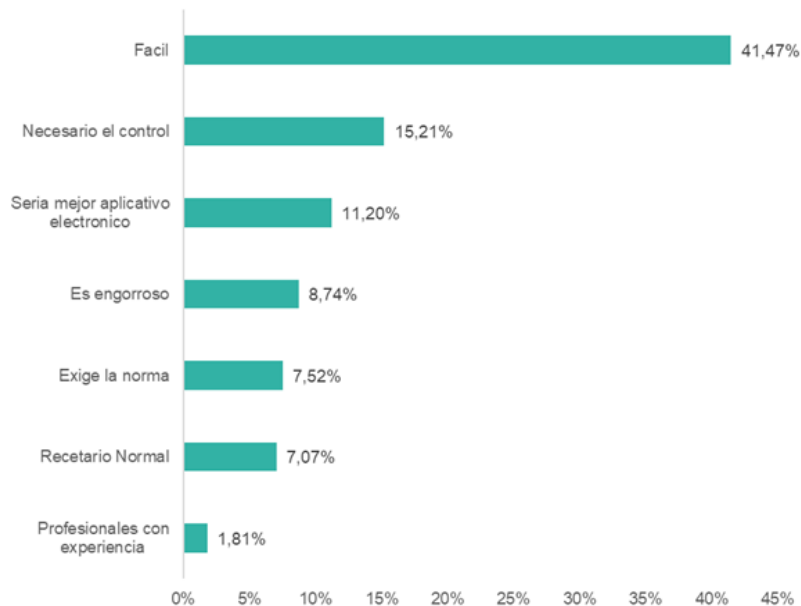
"Engorroso, tiene unos espacios extremadamente chiquitos, [...], más que todo es la forma de la distribución de los espacios. El error humano, sí? Porque, o se confunden los espacios donde deben colocar el número del documento de identidad, otros colocan la fecha o donde va la dosis nos colocan la vía y así, hay mucho error humano a la hora de diligenciar, precisamente, pues lo que yo digo es lo poco amigable que es visualmente el documento." (Entrevista, 126 Cali - Valle del Cauca)

Algunos participantes, (2,59%), afirmaron que el recetario oficial no debería existir. Sin embargo, una cita en particular dice que, aunque no debería existir, se reconoce su valor como herramienta de control, y dice:

"No debería existir. Me parece que para ser coherente con la resonancia internacional que hay, [...] Nosotros tenemos que ser corresponsables con las políticas que utiliza el Ministerio a nivel hospitalario para que se haga un uso responsable y restrictivo de este tipo de medicamentos" (Entrevista 29, Cartagena - Bolívar).

En los casos en que el personal médico manifestó no tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial, se extrajeron las respuestas y se agruparon en categorías que reflejan matices en la percepción de normalidad y ausencia de obstáculos en el proceso. La Gráfica 43 expone las expresiones más frecuentes citadas por los participantes.

Gráfica 43. Aspectos percibidos cuando no se reportan dificultades en el uso del Recetario Oficial⁴³



Fuente: Construcción propia.

La categoría más destacada fue la de quienes consideran que el diligenciamiento del recetario es fácil (41,47%), como lo describen en esta cita: “*es fácil, sencillo para prescribir.*” (Entrevista 20, Soledad - Atlántico).

A esto se suman respuestas que lo describen como un procedimiento normal y rutinario (7,07%) o que resaltan la experiencia de los profesionales como un factor que facilita el proceso (1,81%). Estas clasificaciones prueban en cierta medida, que buena parte del personal médico percibe el diligenciamiento del Recetario Oficial como un proceso sencillo y rutinario, apoyado en la experiencia profesional y en su normalización en la práctica diaria. La siguiente cita expone un caso de estos:

"[...] los profesionales que han ingresado al programa de cuidados paliativos son personas que también ya vienen con una experiencia en el uso de los opioides que ya han trabajado en unidades oncológicas, no hemos tenido tanta la dificultad y al momento de hacer los entrenamientos para ellos es fácil de entender y pues lo conocen". (Entrevista 33, Cartagena - Bolívar).

Por otro lado, un grupo de participantes valoró el recetario en función de su rol normativo y de control, el 15,21% lo consideró necesario para garantizar la trazabilidad y el control, mientras que un 7,52% señaló que su utilización responde al cumplimiento estricto de la exigencia normativa. Al respecto, algunos profesionales expresaron: *"Es necesario, porque nos permite llevar un buen control de los medicamentos controlados"* (Entrevista 309, Floridablanca - Santander), o *"Es una buena medida de control para entregar medicamentos"* (Entrevista 192, Mocoa - Putumayo).

De igual manera, se resaltó su carácter obligatorio y la función de control estatal, además de comentar sobre la necesidad de mejorarlo al nivel de otros formularios nacionales:

"Pues es algo normativo, obligatorio, hay que cumplirlo. Mis médicos en algunas oportunidades se quejan porque sea tan estricto, pero trato de explicarles que es entendible el control que debe haber por parte del Estado del consumo de eso debido al abuso que existe. [...] Si fuera en línea habría menos posibilidades de error humano y, si estuviera amarrado al mismo software de la historia clínica, así como el MIPRES, saldría de una vez. Eso sí sería ideal para nosotros porque nos facilitaría el diligenciamiento, habría menos barreras y agilizaría el proceso" (Entrevista 309, Villavicencio - Meta).

Se identifican algunas oportunidades de mejora, aunque no manifestaron dificultades directas en el diligenciamiento, un 11,20% sugirió que sería

más adecuado contar con un aplicativo electrónico, y un 8,74% lo describió como un proceso engorroso.

Citas que manifiestan este malestar o la necesidad de convertirlo en digital, lo expresan de esta forma:

“para mí es limitante. lo mejor es que esté dentro del sistema. y se supone que uno tiene una firma digital y una clave y un usuario, que es de autonomía de uno”. (Entrevista 84, San Andrés - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

O la siguiente cita, que recalca la pérdida de tiempo:

“es muy engorroso porque es muy extenso, [...], pero al principio es muy se presta para errores y en las unidades de alta dependencia que se formulan tantos medicamentos de control e infusiones si quita demasiado tiempo al especialista realizar esto manual [...]”, (Entrevista 237, Medellín - Antioquia).

Sección 4: Revisión, sustitución y analgesia

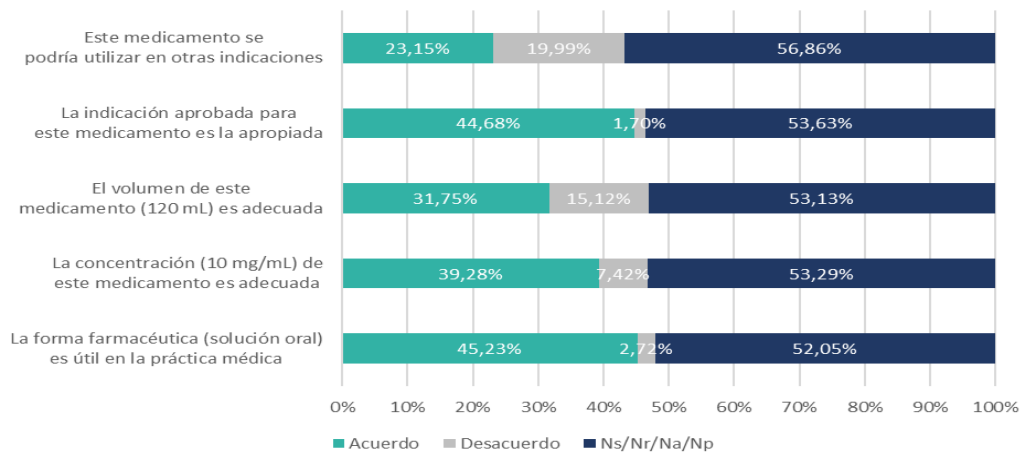
Pregunta 29. La METADONA solución oral 10mg/mL frasco por 120 mL está indicado para el tratamiento de desintoxicación de la adicción a los opioides (heroína u otros fármacos similares a la morfina), este medicamento debe ser diluido antes de su administración (1ml en 30 mL de agua) e inicio su comercialización a inicios del año 2024. Según su experiencia, nos podría indicar si está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados:

1. La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica
2. La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada
3. El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada
4. La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada
5. Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones

En este apartado, el objetivo fue explorar la percepción del personal de salud sobre la nueva presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, fabricada y distribuida por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) desde inicios de 2024. La indagación constituye, en la práctica, un ejercicio de evaluación orientado a determinar la funcionalidad de la formulación, su pertinencia clínica y la necesidad de eventuales ajustes técnicos o regulatorios.

La Gráfica 44 presenta la distribución de respuestas de los participantes frente a los cinco aspectos evaluados sobre la formulación de metadona en solución oral. Los resultados muestran que, aunque en todos los ítems más de la mitad de los entrevistados no expresó posición (Ns/Nr), se registraron porcentajes variables de acuerdo y desacuerdo según la característica analizada. El mayor consenso favorable se observó en la utilidad de la forma farmacéutica (45,23% de acuerdo), seguido por la pertinencia de la indicación aprobada (44,68%) y la adecuación de la concentración (39,28%). La valoración positiva fue menor en el enunciado sobre el volumen del medicamento (31,75%) y en la posibilidad de uso en otras indicaciones (23,15%), porcentajes estos últimos que si bien no son mayoritarios implican grupos de opinión no desdeñables o inexistentes.

Gráfica 44. Percepción sobre metadona Solución oral 1,2g/120mL⁴⁴



Fuente: Construcción propia.

Forma farmacéutica (solución oral)

Como ya se afirmó arriba, el 45,23% de los participantes estuvo de acuerdo en que la solución oral es útil en la práctica médica, mientras que un 2,72% manifestó desacuerdo y un 52,05% no expresó posición. Entre quienes respaldaron su utilidad, se destacó que esta presentación evita prácticas de desvío observadas con las tabletas:

"yo les podría dar una tableta de metadona y se la colocan debajo de la lengua y cuando tú botas, la botan... el líquido no la bota, porque... traga" (Entrevista 44, Valledupar - Cesar).

También se resaltó su pertinencia en pacientes con alteraciones gastrointestinales o dificultades de deglución: *"pacientes con gastrostomía que yo pueda hacer la dilución... para que tengan un control del dolor"* (Entrevista 244, Medellín - Antioquia).

Concentración (10 mg/mL)

La mayoría de entrevistados no tomó una posición definida sobre la concentración (53,29% Ns/Nr), mientras que, entre quienes opinaron, hubo más respuestas favorables (39,28% de acuerdo) que de rechazo (7,42% en desacuerdo). Sin embargo, algunas citas revelan preocupaciones clínicas importantes: por ejemplo:

"[...] 10 miligramos por mililitro es muy concentrado. [...] si uno requiere 5 o 10 miligramos, estaría hablando de la mitad de un centímetro (0,5 mL), que habría que diluir. [...] no es la concentración habitual a la que estamos acostumbrados y eso podría generar problemas de mala interpretación [...] la persona que lo va a tomar o prescribir [...] podría indicar 5 centímetros y estaría erróneamente medicando al paciente con 50 miligramos de metadona, lo que le podría generar efectos colaterales. [...] me parece una concentración muy alta [...] y podría conllevar a mayor riesgo de efectos colaterales del paciente." (Entrevista 362, Cali - Valle del Cauca)

Y manifestaron miedo a errores de dilución y sobredosis: *"no confiaría... habría sobredosis"* (Entrevista 232, Cali - Valle del Cauca). También surgieron objeciones específicas para población pediátrica:

"nosotros tenemos pacientes desde 2.8 kilos hasta los 100 kilos, entonces para los pacientes grandes no habría problemas, pero para los pacientes pequeños que lo requieren pues sí va a ser una dificultad y eso puede generar errores en la administración, en la dosis." (Entrevista 140, Tunja - Boyacá).

En paralelo, hubo quienes defendieron la equivalencia con la tableta y la factibilidad de uso: *"sí, es equivalente a la tableta"* (Entrevista 143, Tunja - Boyacá). En conjunto, los datos cuantitativos y las citas apuntan a una

incertidumbre predominante: la presentación es aceptable para un grupo, pero existe una franja sustantiva de profesionales que demanda una concentración más baja, aclaraciones de manejo y formación antes de su adopción masiva.

Volumen (120 mL)

Un 31,75% de los entrevistados estimó adecuado el volumen, un 15,12% estuvo en desacuerdo y un 53,13% no opinó. Entre las valoraciones favorables, se destacó que este formato permite cubrir el tratamiento requerido. No obstante, el desacuerdo se asoció principalmente con percepciones de riesgo por la cantidad disponible, especialmente en pacientes ambulatorios, y con la dificultad que implica explicar el proceso de dilución a los pacientes:

"me preocupa que el proceso para que el paciente se lo pueda tomar ya es tedioso... no va a hacer eso... mucho volumen, creo que es demasiado peligroso" (Entrevista 121, Bogotá).

Indicación aprobada (desintoxicación de la adicción a opioides)

El 44,68% consideró que la indicación actual es apropiada, el 1,70% manifestó desacuerdo y el 53,63% no respondió. Entre las posturas favorables, se mencionó que *"sí, en las que están aprobadas en la literatura, porque... la molécula sigue siendo activa"* (Entrevista 158, Ubaté - Cundinamarca). En contraste, hubo advertencias sobre no extender su uso sin evidencia: *"lo mejor es que no lo utilicen en otra cosa"* (Entrevista 57, Maicao Guajira).

Posible uso en otras indicaciones

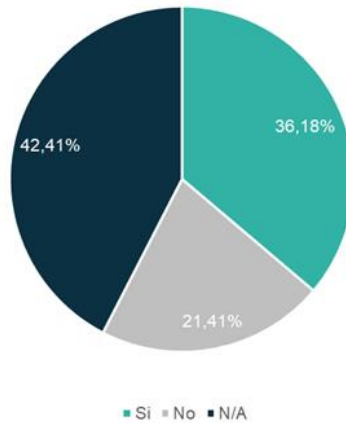
El 23,15% apoyó su uso en otras indicaciones, el 19,99% estuvo en desacuerdo y el 56,86% no expresó posición. Las sugerencias de ampliación incluyeron dolor crónico y refractario: *"pacientes con cánceres"*

orofaríngeos... se podría hacer el manejo” (Entrevista 356, Cali - Valle del Cauca), “pacientes pediátricos... enfermedades severas, porfirias, cáncer” (Entrevista 272, Pereira - Risaralda), “al año yo veía 1 o 2 pacientes con dolor crónico que tenían que usar metadona” (Entrevista 365, Cali - Valle del Cauca). En sentido contrario, se advirtió que “darle más uso es abrir otra puerta de otro inconveniente” (Entrevista 121, Bogotá).

Pregunta 30. En caso de que ingrese un paciente que se encuentre en terapia de mantenimiento con metadona ¿la institución se encuentra en la capacidad de darle continuidad a la terapia?

Esta pregunta se realizó con el propósito de identificar si el personal médico y de enfermería está familiarizado con el uso de la metadona en la institución, y además si consideran que sería posible continuar con el tratamiento de un paciente en terapia de mantenimiento con metadona. Se estima que aproximadamente el 36,18% de los profesionales con rol asistencial consideran que la institución en la que laboran sí cuenta con la capacidad de continuar con la terapia de mantenimiento con metadona, mientras que el 21,41% señaló que no dispone de las condiciones necesarias, esto se refleja en la Gráfica 45. Adicionalmente, el 42,41% restante de los profesionales no respondió, lo que evidencia una brecha en la capacidad para tratar a estos pacientes y una alta tasa de desconocimiento o falta de información sobre este aspecto.

Gráfica 45. Capacidad de darle continuidad a la terapia de mantenimiento con metadona⁴⁵



Fuente: Construcción propia.

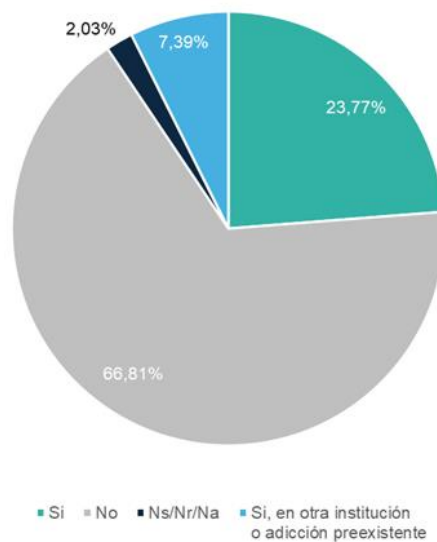
Pregunta 31. ¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol?

Con el fin de establecer si los profesionales médicos han evidenciado casos de trastorno por consumo de tramadol y conocer su percepción sobre el abuso de medicamentos opioides, se consultó a los profesionales si alguna vez han tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol. Las respuestas recibidas y sus complementos (explicaciones) fueron clasificadas y codificadas de acuerdo con la Gráfica 46.

Se estima que un 66,81% de las respuestas de los profesionales manifestaron que no han tenido ni conocen de pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de medicamentos opioides, por otra parte, un estimado de 7,39% reconoció que sí los han tenido, y un

23,77% manifestó que los han tenido, pero en otras instituciones diferentes a la actual.

Gráfica 46. ¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo al tramadol?⁴⁶



Fuente: Construcción propia.

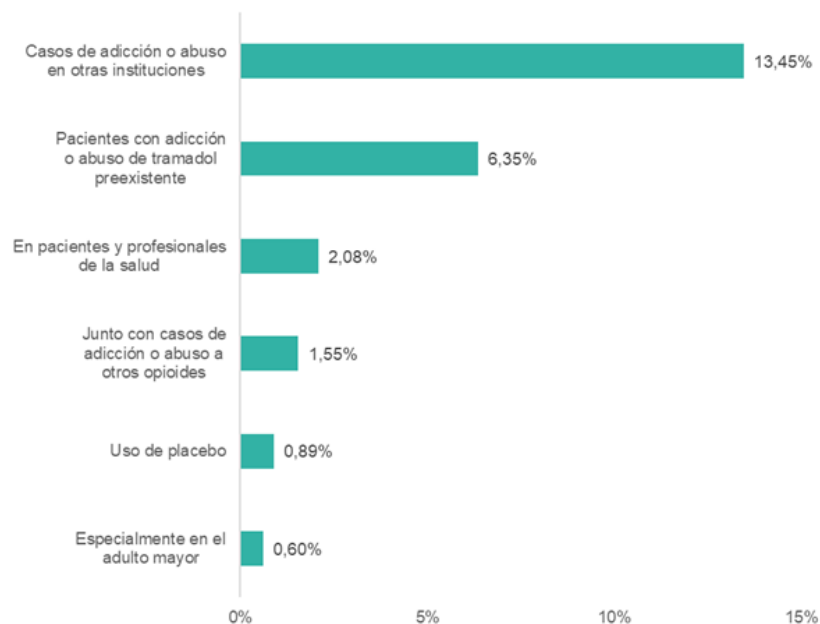
Las descripciones o complementos de las respuestas recibidas por parte de los profesionales médicos fueron clasificadas de acuerdo con su respuesta inicial. Para los que respondieron afirmativamente y reconocieron haber tenido este tipo de situaciones, sea en la institución en la cual trabajan o en otra institución, los complementos fueron clasificados en los grupos presentados en la Gráfica 47.

Se puede observar que un estimado de 13,45% de las respuestas de los profesionales manifestó haber evidenciado este tipo de casos en otras instituciones, un 6,35% manifestó haber identificado pacientes con

adicción o abuso de tramadol preexistente, resultado de un mal uso de tramadol o de falta de seguimiento por parte del profesional médico.

De igual forma, en un estimado de 2,08% de las respuestas recibidas se argumentó haber identificado estos casos en otras instituciones, inclusive en otros profesionales de la salud, un estimado de 1,55% reconoció este tipo de problema con medicamentos opioides diferentes al tramadol.

Gráfica 47. Complementos de las respuestas afirmativas de los profesionales médicos que han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático de tramadol. ⁴⁷



Fuente: Construcción propia.

Los complementos de las respuestas de los profesionales médicos que manifestaron no haber tenido pacientes con este tipo de problemática, fueron clasificados en los grupos presentados en la Gráfica 48.

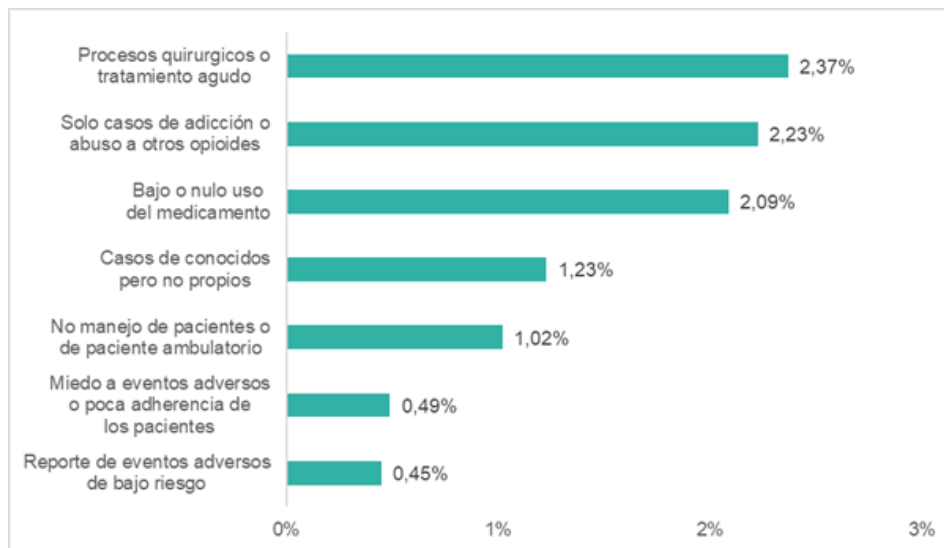


Se puede observar que en un estimado de 2,37% de las respuestas de los profesionales manifiestan que este tipo de problemas se puede desarrollar luego de procesos quirúrgicos o de tratamientos agudos con medicamentos opioides, un estimado de 2,23% de las respuestas reconoció que no han tenido pacientes con problemas con el tramadol, pero si casos de adicción o abuso de otros opioides.

En un estimado de 2,09% de las respuestas se manifestó no haber tenido casos de trastorno por consumo de tramadol, porque usan muy poco el medicamento. Un estimado de 1,23% mencionó haber conocido casos, pero de otros colegas o profesionales, un estimado de 1,02% de las respuestas fueron argumentadas indicando que no manejan pacientes, mucho menos ambulatorios, por lo tanto, no prescriben tramadol.

Finalmente, un estimado del 0,49% de las respuestas argumentaron que no han tenido este tipo de pacientes porque los pacientes que han manejado les han manifestado miedo a los eventos adversos por el uso de tramadol o han tenido poca adherencia a tratamientos con este medicamento.

Gráfica 48. Complementos de las respuestas negativas de los profesionales médicos que no han tenido pacientes que hayan desarrollado trastorno por consumo de tramadol⁴⁸

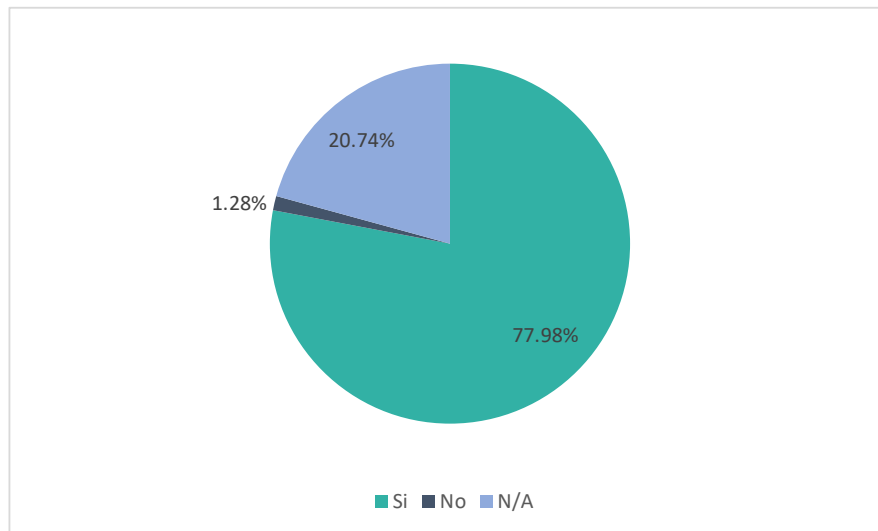


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 32. ¿Considera que es fácil adquirir TRAMADOL?

En relación con el tramadol, los resultados representados en la Gráfica 49 muestran que el 77,98% del personal médico y de enfermería considera que este medicamento es fácil de adquirir, a pesar de requerir prescripción. En contraste, solo el 1,28% opina que no es de fácil acceso. El 20,74% restante no respondió la pregunta.

Gráfica 49. Facilidad de acceso a tramadol⁴⁹

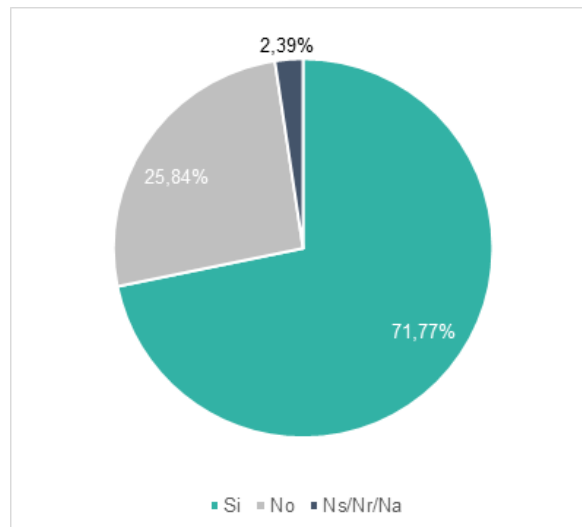


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 33. ¿Considera que el TRAMADOL debería ser un medicamento de control especial?

Se observa que la mayor parte, el 71,77% de la población médicos y enfermeras, reporta estar de acuerdo con que el tramadol sea un medicamento de control especial, y solo un 25,84% manifestaron que no debería serlo, según como se ilustra en la Gráfica 50.

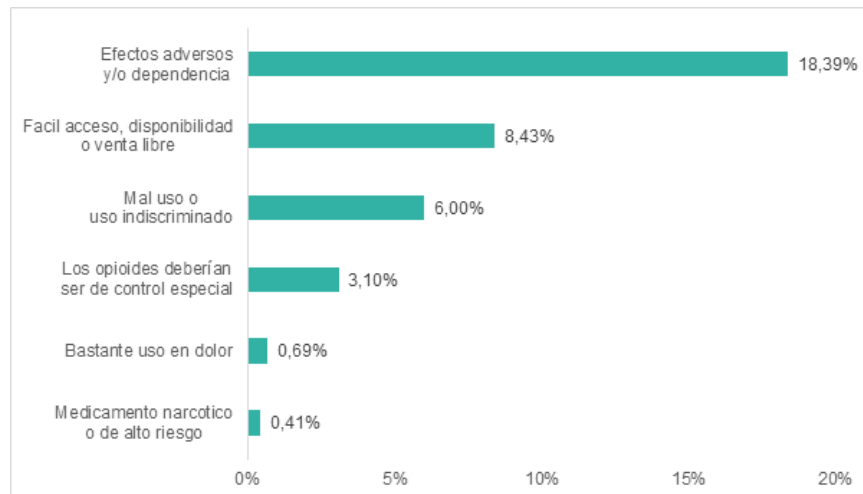
Gráfica 50. Personal de salud que considera o no que el tramadol debe ser un medicamento de control especial⁵⁰



Fuente: Construcción propia.

Entre las razones mencionadas por quienes manifiestan que sí debe ser de control especial (ver Gráfica 51), la más citada (18,39%), es que puede generar eventos adversos o dependencia. En segundo lugar, se menciona que no está bien que el medicamento sea de tan fácil acceso como se presenta en el régimen actual de venta libre (8,43%). En tercer lugar, con el 6,00%, se menciona que puede haber mal uso o uso indiscriminado del medicamento. El 3,10% menciona que al ser el tramadol un opioide, debería ser de control especial. Con porcentajes bajos, se menciona que hay un uso excesivo o indiscriminado del tramadol como analgésico (0,69%), y que el tramadol es un medicamento narcótico o de alto riesgo (0,41%).

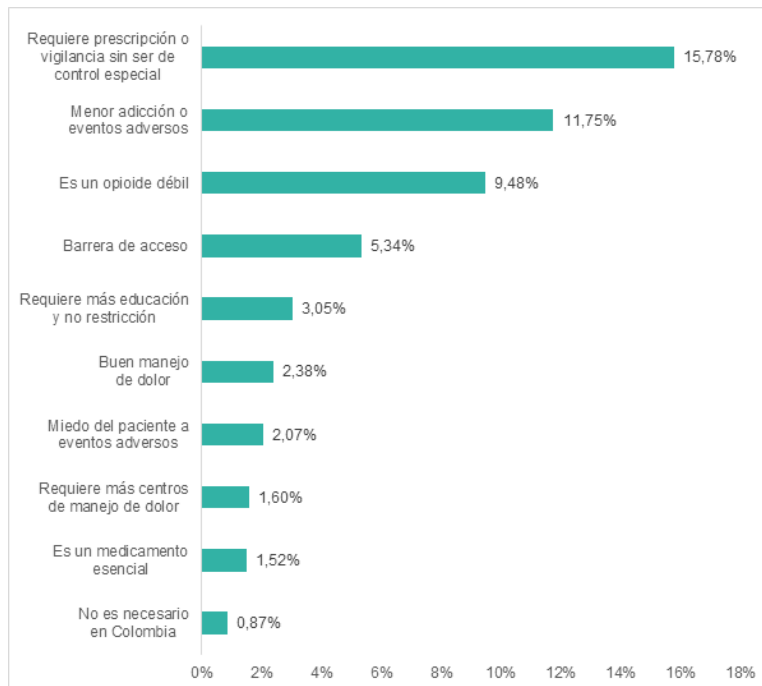
Gráfica 51. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol sí debe ser un medicamento de control especial⁵¹



Fuente: Construcción propia.

Entre las razones mencionadas de quienes manifiestan que no debe ser de control especial (Gráfica 52), la más citada (15,78%), es que se deberían adoptar medidas menos severas de control como, por ejemplo, exigir prescripción médica o realizar más vigilancia a la venta y administración del medicamento. En segundo lugar, se menciona que el tramadol genera menos adicción o eventos adversos que otros analgésicos fuertes (11,75%). En la misma línea está la mención de que el tramadol es un opioide débil (9,48%). El 5,34% menciona que establecer control especial podría generar una barrera de acceso al medicamento. Un 3,05% menciona que antes que restricciones se requiere más educación, ya sea entre el personal médico o el público en general. Grupos minoritarios mencionan que el medicamento aporta buen manejo del dolor (2,38%), que los eventos adversos generan miedo en los pacientes (2,07%), que se requieren más centros y acceso a manejo del dolor (1,60%), que es un medicamento esencial (1,52%). Se encontró alguna mención a que el tramadol no es necesario en Colombia (0,87%).

Gráfica 52. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol no debe ser un medicamento de control especial⁵²



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 34. ¿Cuál cree que sería una estrategia para disminuir el riesgo de dependencia a TRAMADOL y otros opioides?

Con el fin de identificar estrategias para disminuir el riesgo de dependencia de medicamentos opioides (incluyendo Tramadol), se consultó a los profesionales médicos sobre las estrategias que consideren, deben ser implementadas en las instituciones. Las respuestas obtenidas fueron clasificadas de acuerdo con tipo de enfoque propuesto, estas pueden ser visualizadas en la Gráfica 53.

Se estima que un 47,36% de las respuestas recibidas por los profesionales estuvieron enfocadas en establecer un mayor control con el recetario utilizado para la prescripción. El enfoque principal de este tipo de respuestas se centró en una mayor restricción en la venta a nivel ambulatorio, el uso obligatorio del recetario oficial sumado a la obligatoriedad de profesionales especializados para una prescripción responsable; todo esto para garantizar una mayor trazabilidad de los medicamentos opioides, desde su compra o adquisición por el distribuidor hasta su administración al paciente final. Evidenciamos lo anterior con algunas citas textuales:

"La prescripción médica absoluta. que realmente el soporte de las droguerías o de las farmacias vaya contra prescripción médica. entonces, si salen, si compraron 100 cajas de tramadol, tienen que haber 100 fórmulas para tramadol." (Entrevista 84 San Andrés, San Andrés - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina)

"El control que tiene el fondo de estupefacientes es un control muy bueno. Sí, me parece. pero lo que hablábamos ahora, la restricción de la formulación a ciertas especialidades médicas. porque hoy en día todos los médicos pueden formular opioides, y uno ve que desafortunadamente lo formulan para una artrosis que tiene algo de síndrome de túnel del Carpio de pacientes con opioides. o sea, una cantidad de cosas que uno dice, pues no debería tener medicado este tipo de fórmulas." (Entrevista 100 Bogotá)

En este conjunto de respuestas fue posible identificar que, algunos de los profesionales entrevistados concuerdan con la necesidad de contar con una especialización relacionada para realizar la prescripción de medicamentos opioides, algunos inclusive manifestaron que los médicos generales o médicos cirujanos no deberían prescribir opioides de la forma como actualmente lo realizan, de forma indiscriminada y para cualquier tipo de dolor.

En ese sentido y muy ligada a la clasificación anterior, la segunda estrategia propuesta está relacionada con la educación de los profesionales que realizan la prescripción. Se estima que un 37,37% de las respuestas de los profesionales médicos propone mayor educación a los profesionales médicos para identificar los casos específicos que de verdad requieran el uso de medicamentos opioides.

A diferencia del primer grupo, las respuestas clasificadas en esta categoría se enfocan en la necesidad de realizar una educación continua desde la academia, sobre el uso de medicamentos opioides, concientizar a los profesionales sobre los riesgos asociados a su uso indiscriminado y el manejo responsable de opioides, principalmente los débiles como el Tramadol.

"Lo primero, educación continua al personal médico para disminuir el uso de opioides y solo dejarlo en los casos necesarios realmente esa sería la primera estrategia y evitar el uso crónico de opioides en pacientes por traumas, post quirúrgicos, causas reversibles que mejor no intoxicarlos, manejar otros analgésicos". (Entrevista 9 Barranquilla - Atlántico)

"Yo pienso que es una concientización, concientizar al médico, sobre todo que pienso que es el que usa estos medicamentos todos nosotros el riesgo del uso de medicamentos opioides, ya sea un opioide de última generación o uno de menos potencia por decirlo lo que pasa es que se subestima mucho el tramadol, tiene mucho efecto adverso". (Entrevista 68 Ciénaga - Magdalena)

Un tercer grupo de respuestas se enfocó su estrategia en la responsabilidad del paciente como usuario final del medicamento. Se estima que un 18,85% de las respuestas de los profesionales médicos estuvieron encaminadas en adelantar capacitaciones a los pacientes a fin de restringir la automedicación; manifestaron adicionalmente que se deben adelantar charlas o establecer políticas de prevención para la población en general, manifestaron que se debe enfatizar mucho a los

pacientes en el potencial riesgo de adicción y/o los efectos secundarios de los opioides.

"Debemos educar mucho al paciente con respecto al uso de los medicamentos, medicamentos para analgesia, los opioides, sobre todo concientizarlos de los efectos secundarios del medicamento, porque si he visto, de hecho, yo tuve un paciente que terminó con taquicardia secundaria al uso del tramadol." (Entrevista 76 Santa Marta - Magdalena)

Algunas de las estrategias propuestas fueron más puntuales y no se enfocaron en términos académicos ni de políticas de prevención y estuvieron encaminadas en el uso de otro tipo de analgésicos no opioides, en la realización de seguimientos puntuales a los tratamientos o programas para el manejo del dolor, inclusive algunos manifestaron como estrategia el uso de varios analgésicos, una terapia conocida como analgesia multimodal.

Se estima que un 13,99% de las respuestas recibidas por los profesionales médicos manifestó que la estrategia del uso escalonado podría disminuir el riesgo de dependencia, ya que son utilizados una serie de medicamentos analgésicos antes de iniciar con los opioides y que ese retraso en el uso de opioides favorece en gran medida la terapia analgésica mientras disminuye la posibilidad de crear adicciones en los pacientes.

"La estrategia fundamental es la educación continuada a los usuarios y a sus familiares sobre el uso adecuado de estos medicamentos, cuál es la indicación que se deben usar de manera escalonada y por qué muchas veces uno utiliza esa escala que es una escala que no es del ministerio, es una escala que es mundial en el manejo del dolor que siempre se va de menos a más utilizando analgésicos, antiinflamatorios, no esteroides y ya en el tercero o cuarto escalón es cuando empezamos a usar los opioides cuando estos no han dado resultado. afortunadamente, como les digo, hoy

en día se están utilizando los bloqueos con anestésicos locales en diferentes sitios de la anatomía del cuerpo, con miembro superior, miembro inferior, incluso opioides por vía intratecal como en el caso de fentanil o la morfina intratecal para la maduración del dolor y se usa en dosis únicas y eso también favorece la prevención de efectos adversos.” (Entrevista 29 Cartagena - Bolívar).

Un quinto grupo de respuestas estuvieron enfocadas en la creación de programas para el manejo del dolor o realizar seguimientos activos al paciente, se estima que un 8,57% de las respuestas de los profesionales médicos de este grupo, considera que el personal médico debería estar más comprometido con el seguimiento del paciente dentro y fuera de la institución, no solo en la evolución de la patología o trauma, sino en el tratamiento con los medicamentos opioides prescritos, esto para evitar casos de uso inapropiado o abusos por uso prolongado.

“Pues yo creería que principalmente poner más control sobre la forma en la que los pacientes pueden adquirir los opioides, como el caso del tramadol, e implementar como un seguimiento de los pacientes que se sabe que son consumidores de opioides por patologías crónicas, un seguimiento en el que se pueda evaluar o se establezca que no se están sobrepasando con las dosis o que los estén usando de forma inadecuada, sería como eso.” (Entrevista 281 Arauca - Arauca)

Finalmente, un grupo reducido de respuestas estuvieron enfocadas en un tipo de terapia específica, la analgesia multimodal. Se estima que un 4,84% de las respuestas recibidas por los profesionales médicos considera que, el uso de analgésicos con mecanismos de acción diferente permite una evolución adecuada del tratamiento y de forma paralela se evita el uso de opioides de forma indiscriminada, disminuyendo el potencial riesgo de crear adicción en el paciente durante largas estancias hospitalarias.

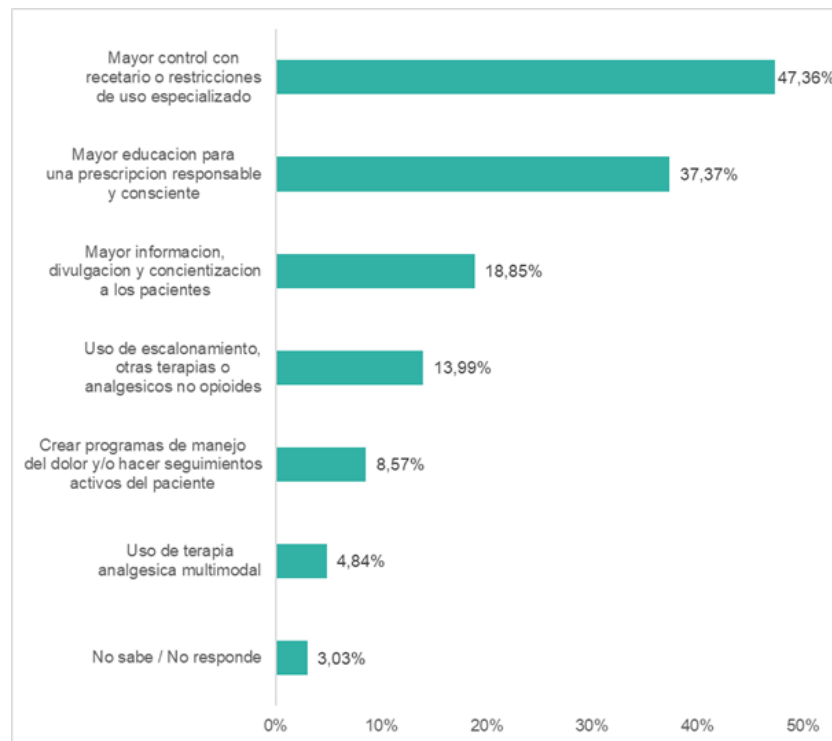
“Lo que se hace a nivel mundial es un enfoque que se llama la analgesia multimodal, es decir, la utilización de varios

medicamentos analgésicos con diferentes mecanismos de acción para lograr un mejor control del dolor de acuerdo a sus mecanismos generadores. y, en segundo lugar, lograr una disminución del consumo de opioides. (Entrevista 110 Bogotá)

Dentro de las respuestas de este grupo llama la atención una intervención interesante, la cual describe terapias alternativas que no incluyen medicamentos e inclusive remite el uso de derivados del Cannabis dentro de la terapia multimodal y sus efectos benéficos dentro del tratamiento y la reducción de medicamentos opioides.

"Terapias alternativas funcionan muy bien, terapia neural, por ejemplo, el CBD funciona bien, terapias de distracción para manejo del dolor funcionan bien, terapia cognitivo-conductual también, y manejos con bloqueos, infiltraciones migroneurales, infiltraciones de rodilla, hombro, e incluso hacemos terapias de infusión también, terapias de infusión con lidocaína, con sulfato de magnesio, e incluso terapias de infusión con ketamina, para evitar el uso de opioides o disminuir la dependencia de los opioides." (Entrevista 272 Pereira - Risaralda).

Gráfica 53. Estrategias propuestas por los profesionales médicos para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides⁵³



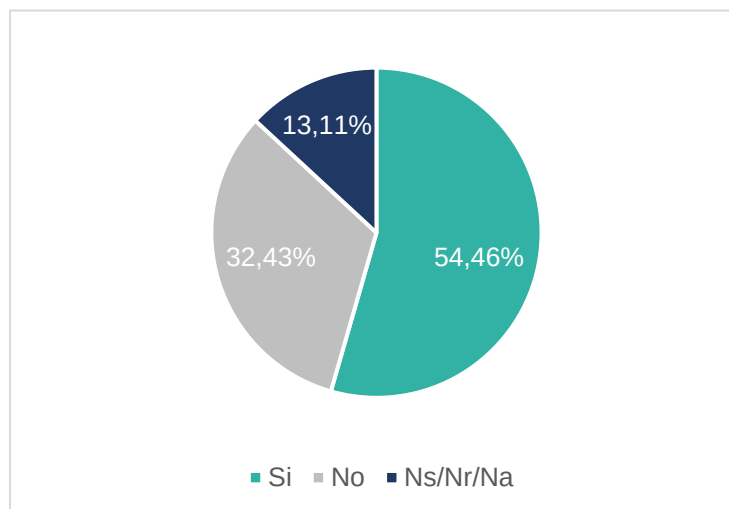
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 36. Pertinencia de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal

En este punto se evaluaron las consideraciones de los profesionales de la salud en cuanto a la disponibilidad de la Naloxona en forma de aerosol nasal en el país, pues en Colombia se cuenta únicamente con una regulación de la forma inyectable de Naloxona. En primer lugar, se le preguntó a los profesionales a cerca de la pertinencia de tener la presentación comercial de Naloxona aerosol nasal, los resultados obtenidos se presentan en la Gráfica 54. Se encuentra que el 54,46% de los profesionales asistenciales consideran que la Naloxona en aerosol

nasal es una forma farmacéutica que hace falta en el país, mientras que el 32,43% no lo consideran así. Además, el 13,11% de los profesionales asistenciales no respondieron la pregunta.

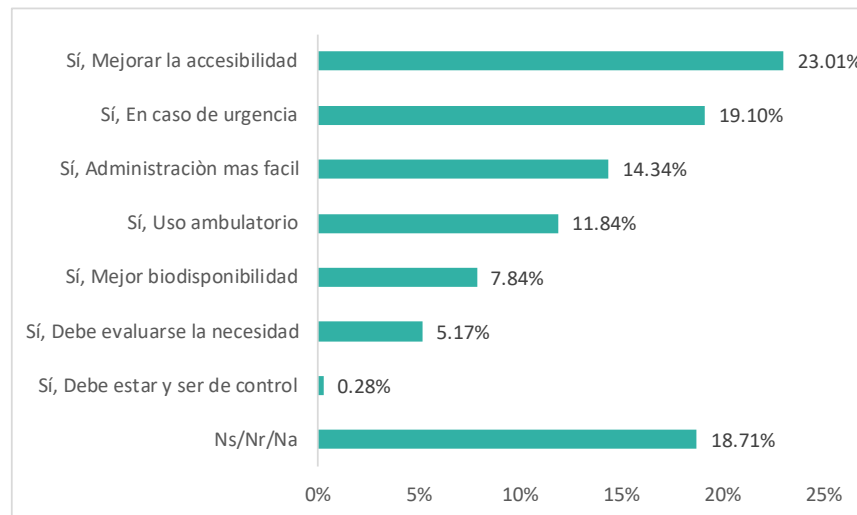
Gráfica 54. Falta de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en Colombia⁵⁴



Fuente: Construcción propia.

Se exploraron las razones por las cuales los profesionales de perfil asistencial consideran que es o no pertinente tener la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en el país, en las Gráficas 55 y 56 se presentan los resultados condensados de los motivos identificados para el sí y para el no, respectivamente, los cuales se desarrollarán a continuación.

Gráfica 55. Motivos a favor de la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia⁵⁵



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las razones dadas para considerar que sí hace falta la presentación de Naloxona en aerosol nasal en Colombia, se tiene que el 23,01% de los profesionales con perfil asistencial consideran que esta mejora la accesibilidad, en estas respuestas resaltó el uso comunitario de la Naloxona y la reducción de riesgos y daños, como se muestra en las siguientes respuestas:

“Primero, por la facilidad. Segundo, porque si tenemos pacientes consumidores que son dependientes a los opioides, pues, fácil tenerlo en el bolsillo y cualquier cosa, cualquier síntoma de poder revertir el efecto rápidamente. Y yo creo que tener primeros respondientes. El tema de la prevención es importante, la reducción del daño. formar en primeros respondientes a los familiares, a los amigos, en esos pacientes que sabemos que son dependientes o que son consumidores, enseñarlos a diagnosticar, porque eso evita que el paciente muera.” (Entrevista 43, Valledupar - Cesar)

"[...] Es claro que las ampollas (de Naloxona) se utilizan principalmente en entornos institucionales, mientras que las presentaciones de uso manual podrían facilitar su disponibilidad para la comunidad. Hay que eliminar el mito alrededor de estas soluciones y promover su acceso." (Entrevista 369, Cali - Valle del Cauca)

"Sería interesante contar con esa presentación y venderlo libremente también acá, en sitios estratégicos. Yo sé que acá por lo menos heroína si consumen bastante. [...] me imagino que las muertes son las cantidades altas sean habitantes de calle. Sería interesante darlas a ellos. Darlas en sitios donde se sepa que se consume o se tengan estadísticas de consumo alto de opioides, de opioides fuertes o de heroína para evitar las muertes. Y esta es una forma más fácil que todo el mundo pueda utilizar." (Entrevista 97, Bogotá)

Otras personas, mencionaron las ventajas de contar con dicha presentación de Naloxona debido a ventajas en la práctica médica:

"En algunos casos hemos tenido pacientes que tienen difíciles accesos vasculares, por ejemplo, por estados músculo nutricionales o de deshidratación. Entonces si sería necesario tener otro tipo de presentaciones para estos medicamentos que son necesarios para aplicarlos en el momento de la urgencia, porque no hay otro disponible que podamos utilizar en vez de eso." (Entrevista 87, Sincelejo - Sucre)

"Pienso que de la mano con la formulación de cualquier opioide debería ir la fórmula de naloxona. Realmente el riesgo es claro y un opioide mal usado puede conllevar la muerte de un paciente en cuestión de minutos" (Entrevista 189, Neiva - Huila)

Por otra parte, el 19,10% de los profesionales consideran que sería una presentación útil en caso de urgencias, como se menciona en las siguientes respuestas:

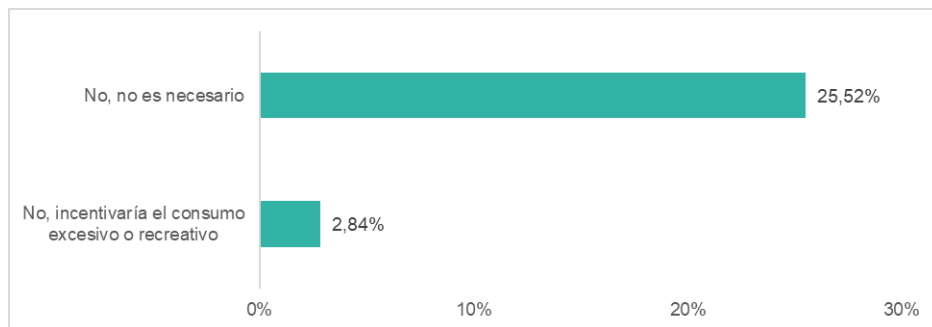
“por la accesibilidad ahorita, pues cada vez más, con la presencia de opioides de uso general y uso recreativo, va a ser más necesario la acción rápida en lugares donde antes no se atendían ese tipo de urgencias y siento que puede ser una herramienta que salve de forma oportuna, algo que la gente pueda utilizar fácilmente sin tener que recurrir, pues a lo inyectable, sino cualquier persona” (Entrevista 374, Cartago - Valle del Cauca).

Otra respuesta menciona que *“debería tenerse en el servicio de urgencias, con la problemática actual, para manejo prehospitario” (Entrevista 20, Soledad - Atlántico)*

Por lo tanto, se encuentra que hay dos contextos de uso de la Naloxona que son diferentes, lo cual se manifiesta en la siguiente respuesta:

“Creo que estamos hablando de dos contextos distintos. Uno es el contexto intrahospitalario y otro es el contexto ambulatorio de ese tipo de condiciones. Creo que son dos políticas completamente diferentes, paralelas, pero diferentes. [...] En un contexto intrahospitalario, si el paciente tiene un acceso vascular, la naloxona inyectable es el manejo de uso. Lo que hemos visto en los congresos que utilizan, o que escriben experiencia de otros países, utilizan la naloxona de esa manera en un contexto netamente ambulatorio en pacientes que son adictos, que tienen condiciones de sobredosis que identifican en otros escenarios. Por eso es que hay que separarlos.” (Entrevista 92, Bogotá)

Gráfica 56. Motivos dados para no tener la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia⁵⁶



Fuente: Construcción propia.

Ahora bien, en cuanto a los motivos dados por los profesionales que consideran que no es necesario tener la presentación de Naloxona en aerosol nasal en el país, se encontraron 2 argumentos marcados: aquellos que consideran que con la presentación inyectable se cubren las necesidades en la atención (25,52%), y aquellos que consideran que la presentación de aerosol nasal incentivaría el consumo excesivo o recreativo (2,84%).

Para aquellos que consideran que no es necesario tener la naloxona en aerosol nasal, se encontraron respuestas como: *"pues en el contexto en el que yo trabajo se resuelve la urgencia con la naloxona intravenosa, entonces para mi práctica clínica no lo veo necesario"* (Entrevista 259, Manizales - Caldas); *"la naloxona inyectable ha demostrado ser útil. Puede actuar tanto endovenosa como intramuscular. y en un paciente intoxicado de pronto un spray nasal no es fácil de administrar"* (Entrevista 9, Barranquilla - Atlántico);

"No me parece que sea necesaria, porque si bien es cierto que la naloxona nasal tiene algunos usos específicos, la naloxona en el ámbito en el que nos desenvolvemos, la usamos es como un antídoto. entonces, en un paciente que está intoxicado se va a usar"

la naloxona, pues la necesitamos es la que tenemos, que es la solución inyectable.” (Entrevista 336, Ipiales - Nariño).

Otros profesionales asistenciales consideran que no es necesaria porque no tenemos una problemática de uso de opioides en el país, como mencionan las siguientes respuestas: *“Toca revisar las estadísticas. En el momento no sería necesario” (Entrevista 197, Puerto Asís - Putumayo); “Me imagino que en otros países es porque el consumo de opioides debe ser mucho más frecuente, mucho menos controlado que acá. Pues acá por ahora no creo que sea necesario” (Entrevista 142, Tunja - Boyacá).*

Adicionalmente, se presentaron respuestas que expresan algún tipo de preocupación porque la Naloxona de administración intranasal puede derivar en consumo problemático, como se menciona en las siguientes respuestas:

“Si mejoramos la parte que dijimos, educación, restricción y control, no sería tan necesario, porque si tú ves en este momento, Colombia no tiene el problema que tiene Estados Unidos. [...] creo que (con la Naloxona) estaríamos dando por sentado que, bueno, se va a sobredosificar, entonces ya que tenga ahí el inhalador, para que él mismo se revierta, sería como potenciar la adicción, pienso yo. No porque esté mal, no. Sino porque pienso que hay otras medidas que necesitarían que llegáramos a eso.” (Entrevista 100, Bogotá)

“Porque con la naloxona intravenosa tenemos el efecto deseado, entonces el darle manejo algo inhalado es que la comunidad sepa que ya hay más tratamiento para un opiáceo, entonces haría que el consumo de los opiáceos sea mayor” (Entrevista 291, Yopal - Casanare).

Sección 5: Trastorno por consumo de medicamentos opioides

Pregunta 37. ¿Como se determina en la institución si un paciente está presentando trastorno por consumo de medicamentos opioides? Realizar una breve descripción.

Se consultó a los profesionales asistenciales como se determina en la institución si un paciente está presentando trastorno por consumo de medicamentos opioides, a fin de indagar sobre la existencia de procedimientos claves a la hora de reconocer adicciones a opioides. Las respuestas recibidas fueron clasificadas de acuerdo con lo ilustrado en la Gráfica 57.

En primer lugar, el 44.4% de los profesionales médicos manifestaron que pueden identificar cuando un paciente está presentando un consumo problemático de medicamentos opioides principalmente porque el paciente pide o solicita un medicamento opioide específico durante la consulta ambulatoria o hace requerimientos constantes solicitando nuevas dosis, fuera del tiempo de administración durante la hospitalización.

En ambos casos el profesional entrevistado manifestó que los pacientes recurren a mentiras sobre su estado de salud, exageran sobre los síntomas y manifestaciones de dolor, los cuales no corresponden con los cambios de signos fisiológicos en presencia de un dolor real.

"Cuando el dolor no está asociado a cambios en sus signos vitales, o sea un paciente que dice que le duele 10 sobre 10, pues uno le ve que la presión esta normal y la respiración normal, no comparte la química del dolor, muchas veces hacemos placebo, aquí te estoy colocando lo que me pides, muchas veces lo piden con nombre, es que el dolor me lo quita la morfina, aquí tengo el medicamento, ven y te lo pongo." (Entrevista 4 Barranquilla - Atlántico)

"Aquí en la institución no hemos tenido casos. Generalmente esos pacientes ellos mismos solicitan el medicamento. O sea, llegan simulando la crisis de dolor y dicen, no, lo único que a mí me sirve es la morfina o lo único que me sirve es el tramadol y usted le puede mandar cualquier otra cosa y no, yo lo que quiero es eso. Generalmente ellos muestran la dependencia y la ansiedad al momento de hacer caso al médico. (Entrevista 39 Magangué - Bolívar).

En segundo lugar, algunos entrevistados expresaron que es posible observar estados de ansiedad o inquietud en los pacientes (34.5%), lo cual complementa de forma evidente, que la necesidad del medicamento no corresponde a una sensación dolorosa sino a un posible síndrome de abstinencia. De igual forma, la respuesta a la administración de placebos coincide con las observaciones del profesional médico: *"Se torna ansioso, agitado, piden las dosis repetitivamente. O sea, mienten con respecto a que tienen dolor y unos de los gestos no son compatibles con eso, ni los síntomas vitales."* (Entrevista 27 Cartagena - Bolívar)

Algunas de las respuestas estuvieron enfocadas en la revisión de evidencias encontradas en la historia clínica, entrevistas personales o familiares, la anamnesis y/o el seguimiento realizado a los tratamientos de acuerdo con el diagnóstico (27,52%). La interconsulta con psiquiatría y la realización de pruebas toxicológicas fueron mencionadas como soporte adicional para identificar este tipo de pacientes. De acuerdo con la descripción presentada, toda la información recopilada sobre el paciente y su tratamiento, le permiten al profesional médico identificar un consumo problemático o un potencial dependiente.

"Primero que todo por historia clínica. Segundo, por evaluación del paciente. Principalmente y si se puede, por lo menos en el caso de cuidados paliativos, conocer el entorno del paciente. Es un paciente que de una u otra manera va a buscar la forma de persuadir al profesional para que se le indique un tratamiento con cualquier tipo

de opioides porque de allí parte el paciente.” (Entrevista 30 Cartagena - Bolívar)

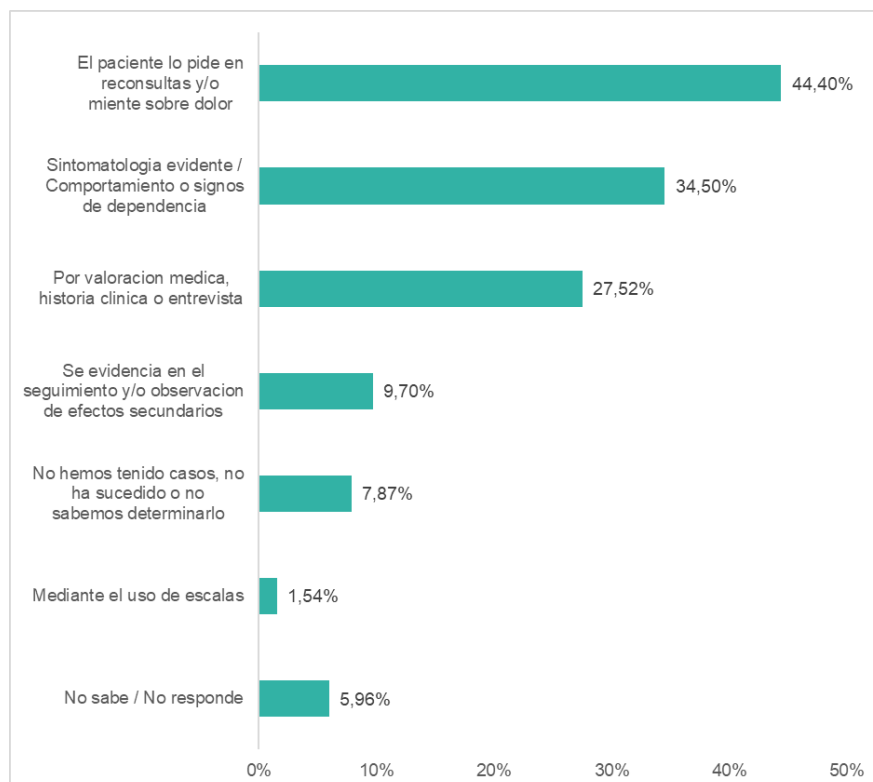
“Bueno, prácticamente por los antecedentes, por el cuadro clínico que presente y pues una breve o una valoración por psiquiatría, quien principalmente identifica que tiene este consumo y por medio de pruebas toxicológicas. Aquí como es una clínica de trauma prácticamente a muchos de los pacientes, por cuestiones legales les pedimos pruebas toxicológicas de entrada.” (Entrevista 40 Valledupar - Cesar)

Para algunos profesionales el consumo problemático está más ligado a los efectos secundarios (9,70%), producidos por los medicamentos opioides que a casos de evidente dependencia o potencial adicción producido por estos medicamentos. Estreñimiento, bradicardia, hipotensión y somnolencia se encuentran entre los efectos que reconocen los entrevistados para identificar un paciente que está presentando consumo problemático.

Pocos entrevistados reconocieron el uso de escalas (1,54%). Fueron nombradas escalas como *SOPHIA* para valorar signos de delirio en pacientes pediátricos, *Opioid Risk Tool* y la Escala *COWS*, estas dos últimas con mayor relación en la medición de riesgo de abuso de opioides y medición de la abstinencia para los mismos medicamentos.

*“Pues primero con el patrón de comportamiento, la disociación clínica entre el motivo de la solicitud del medicamento y lo que yo encuentro físicamente, es decir que esté con mucho dolor pero no lo encuentre con signos físicos de dolor, esa sería como una característica, pero para ser más objetivos yo aplicaría la escala *COWS*, y con esa escala evalúo si hay cierto grado de dependencia, leer moderado si lo está haciendo o no lo está haciendo, y empiezo a evaluar y también incluso con eso podría evaluar el desmonte en un paciente que ya venga con el abuso de los opioides. (Entrevista 256 Manizales - Caldas)*

Gráfica 57. Tipo de identificación de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides según los profesionales médicos⁵⁷



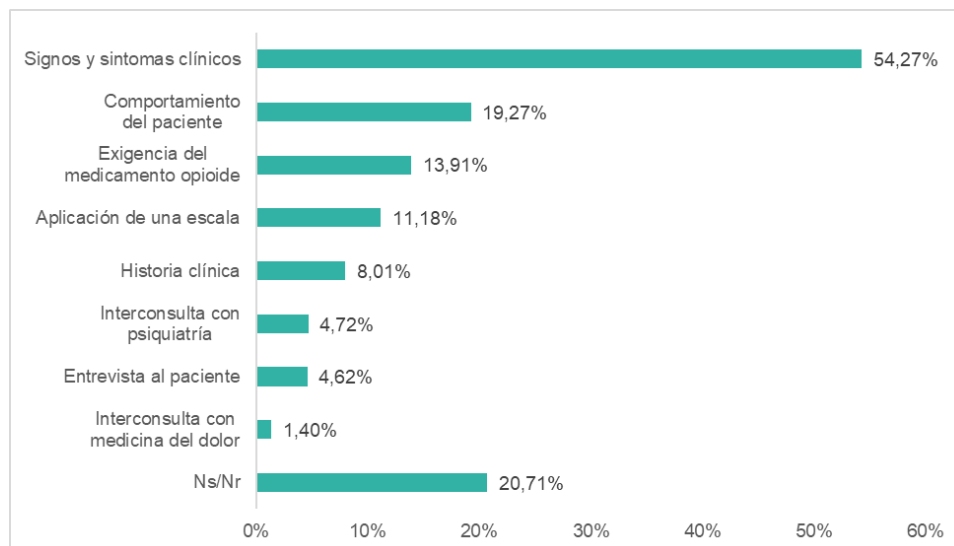
Fuente: Construcción propia.

Pregunta 38. Identificación de abstinencia a medicamentos opioides en pacientes y uso de escalas

El análisis de las respuestas a esta pregunta permite concluir que la identificación de la abstinencia a medicamentos opioides en pacientes, en el ámbito hospitalario o ambulatorio, es una práctica que no está estandarizada. Como se muestra en los resultados en la Gráfica 58, la mayoría de los entrevistados mencionó que la identificación de

abstinencia a medicamentos opioides se realiza a partir de la observación de signos y síntomas clínicos (54,27%). En varias ocasiones, la identificación mediante signos y síntomas está acompañada de alguna otra metodología como la identificación debido a la exigencia del medicamento opioide, la revisión de historia clínica o la aplicación de una escala.

Gráfica 58. Herramientas usadas en la identificación de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides⁵⁸



Fuente: Construcción propia.

Un segundo grupo en importancia mencionan que la identificación de abstinencia a medicamentos opioides se realiza mediante la observación del comportamiento del paciente (19,27%), en donde se encontraron respuestas como, por ejemplo:

“el paciente se pone nervioso, inquieto, alteraciones cardiovasculares, sudoroso, algunas veces llega hasta convulsionar, inquieto. Son pacientes que uno los determina por eso, porque hay una alteración, además de que es una alteración física, hay una

alteración emocional. Los pacientes se ponen agresivos [...]"
(Entrevista 45, Valledupar - Cesar).

Otras manifestaciones están relacionadas con la identificación porque el paciente exige que se le administre un medicamento opioide (13,91%), por ejemplo, se presentaron las siguientes respuestas:

"Porque ellos piden la droga. Pues ellos piden con taquicardia, ansiedad, rechazan todo, no concilian nada. Uno le dice que le vamos a hacer esto y son muy ansiosos. Son demandantes [...]"
(Entrevista 141, Tunja - Boyacá).

"En un cuadro de abstinencia, la ansiedad, la diaforesis, la necesidad de pedir más medicamentos [...] la exageración de su situación, frente a lo que realmente puede objetivarse en cuanto al dolor. Ya la cuestión de las escalas del dolor es realmente subjetiva, no son tan objetiva" (Entrevista 111, Bogotá).

Se encontraron algunas respuestas, en donde se mencionan algunos comportamientos o signos y síntomas que pueden considerarse arbitrarios, por ejemplo: *"Cuando el paciente vomita demasiado el medicamento"* (Entrevista 67, Ciénaga - Magdalena);

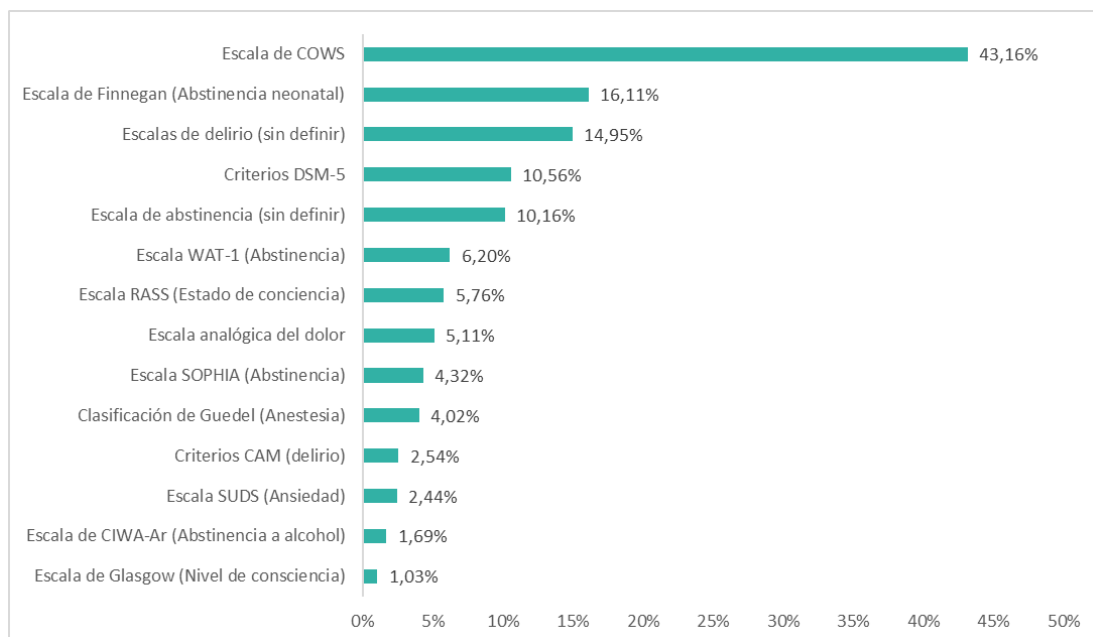
"Ellos comienzan con un temblor o a veces manifestas en sus propias palabras siento que me hace falta algo, tengo como desespero, algo me pasa, no sé" (Entrevista 73, Santa Marta - Magdalena);

"[...] sobreestiman la escala del dolor. Ellos mismos, como ya aprenden, si uno les pregunta, por ejemplo, [...] siempre te dicen diez. Pero, y ellos mismos dicen, ya es el momento que me pase la morfina" (Entrevista 27, Cartagena - Bolívar).

En menor medida, se encontró que los entrevistados realizan la identificación del síndrome de abstinencia a opioides mediante la revisión de historia clínica (8,01%), interconsulta con psiquiatría (4,72%), entrevista al paciente (4,62%) e interconsulta con medicina del dolor (1,40%).

Particularmente, en cuanto al uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia a opioides (11,18%), se indagó a cerca de su uso en la práctica médica, los resultados se presentan en la Gráfica 59.

Gráfica 59. Escalas reportadas en la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en pacientes⁵⁹



Fuente: Construcción propia.

Dentro de este grupo, se puede observar que hay una heterogeneidad en las escalas aplicadas en la práctica clínica, en donde algunas de las reportadas corresponden a escalas que miden el estado de la abstinencia, conciencia del paciente, ansiedad, dolor, anestesia y delirio. Las escalas

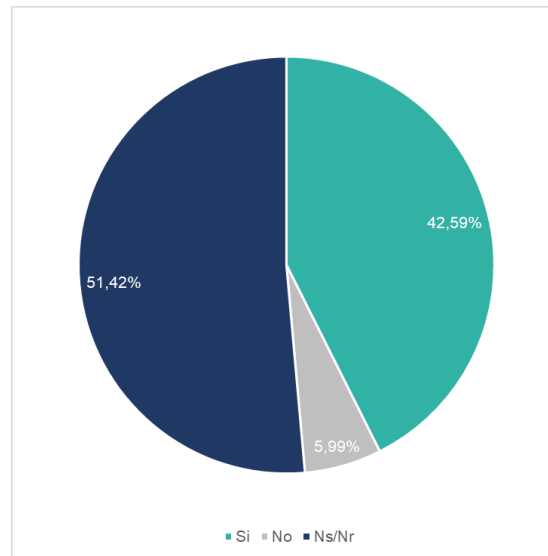


reportadas, que son específicas para medir el síndrome de abstinencia a opioides son la Escala de COWS (43,16%), Escala de Finnegan (16,11%), Escala WAT-1 (6,20%) y Escala SOPHIA (4,32%). Por otra parte, se presentaron casos en los que los profesionales no recuerdan el nombre de la escala de abstinencia que se aplica a los pacientes (10,16%).

Entre los resultados se resalta la aplicación de una escala dirigida a medir la abstinencia a alcohol: *“Todos los síntomas de abstinencia, principalmente con la Escala de CIWA-Ar, de abstinencia. Siempre tenemos como abstinencia esa.”* (Entrevista 242, Medellín - Antioquia).

Adicionalmente, se indagó acerca de que si los profesionales consideran que hace falta la aplicación y uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en la institución donde laboran. Se encontró que, el 42,59% los profesionales de la salud que no mencionaron la aplicación de escalas en la práctica médica, consideran que sí hace falta la aplicación de una escala para identificarlo, mientras que solo el 5,99% de los profesionales no consideran que la implementación de una escala para la identificación del síndrome de abstinencia sea necesaria, como se muestra en la Gráfica 60.

Gráfica 60. ¿Considera que hace falta una escala para la determinación del síndrome de abstinencia?⁶⁰



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las personas que refirieron que no hace falta la aplicación de una escala en la identificación del síndrome de abstinencia a opioides, se encontraron respuestas relacionadas con que no se aprecia como una herramienta útil:

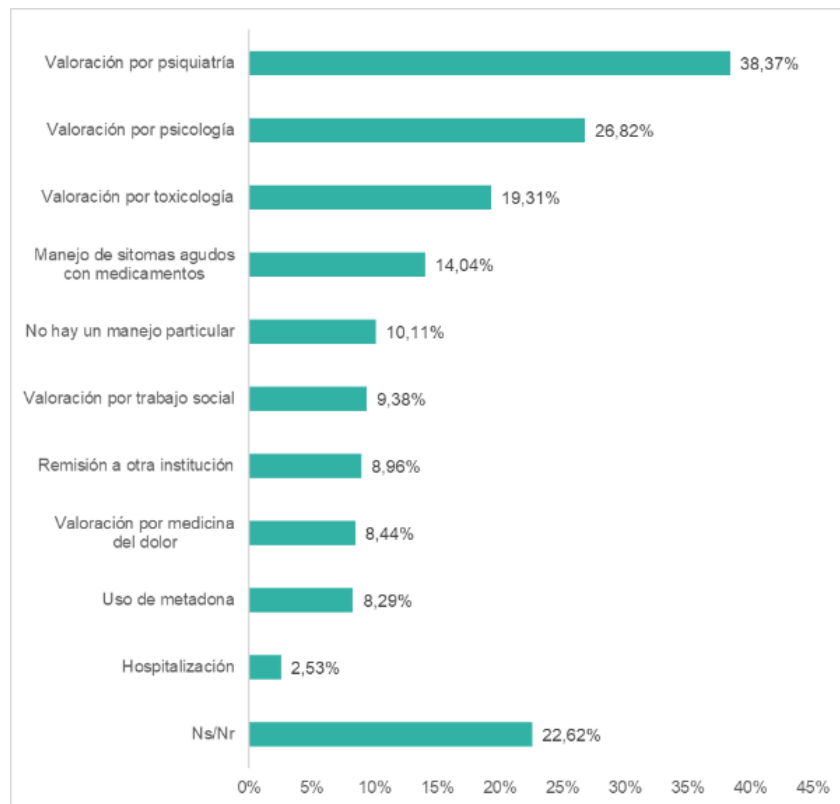
“No, porque uno identifica al paciente que está sufriendo una abstinencia desde que llega a la consulta hasta que se va. Entonces no sé en qué beneficiaría al paciente o a la institución o a la salud ver en qué grado de abstinencia está. No, no sé. La verdad no sabría decirle qué tan útil sería digamos un formato [...]. No sé si eso mejoraría la condición del paciente para su manejo” (Entrevista 367, Cali - Valle del Cauca)

Pregunta 39. Manejo del paciente en estado de trastorno por consumo de medicamentos opioides

Se les preguntó a los profesionales cuál es el manejo que la institución le da a los pacientes con un trastorno por consumo de medicamentos opioides, con el propósito de identificar los abordajes posteriores a la identificación de un paciente de este tipo, los resultados se presentan en la Gráfica 61 a continuación.

Se encontró que las estrategias más utilizadas corresponden a la valoración por psiquiatría (38,37%), valoración por psicología (26,82%) y valoración por toxicología (19,31%). Se debe considerar que el 22,62% de los entrevistados no respondieron la pregunta realizada (Ns/Nr) y el 10,11% manifiestan que la institución en la que laboran no realiza ningún abordaje particular a los pacientes con trastorno por consumo de opioides.

Gráfica 61. Abordaje y manejo del paciente con trastorno por consumo de medicamentos opioides⁶¹



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las entrevistas que reportaron que no hay un manejo particular del paciente con trastorno por consumo de opioides, se encontró que está relacionado con la falta de experiencia en el manejo de estos pacientes, pues se menciona en varias oportunidades que nunca han recibido un paciente con dichas características. Por otra parte, se encontró que algunos de los profesionales reportaron otras situaciones por las cuales no tienen un manejo particular para los pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides, por ejemplo, cuando se trata de pacientes en cuidados paliativos:

“Pues es que todo depende del paciente. Nuestros pacientes son oncológicos, pacientes que están a final de vida. Entonces, la verdad, no todos, pero la gran mayoría, que son aquellos pacientes que se vuelven muy dependientes de ese medicamento, pues la verdad, están en su última etapa. Lo que uno solo quiere hacer con estos pacientes es que no sufran de dolor [...]” (Entrevista 188, Neiva - Huila).

Otro caso en el que no se identificó ningún manejo particular se presentó en Leticia, y está relacionado con la falta de profesionales de la salud aptos para el manejo del trastorno por consumo:

“Aquí en Leticia no contamos con muchas herramientas, empezando porque aquí en la institución no contamos con el servicio de psiquiatría, que yo pienso que sería la persona indicada para abordar las dependencias, en este caso, y psicología mucho menos. [...] hay instituciones más pequeñas que éstas, hay ciudades más pequeñas que tienen un psiquiatra dentro de la institución, y que uno puede no contar con un psiquiatra las 24 horas del día, pero si las 8 horas laborales que tiene una institución, contar con el servicio psiquiatría, que sería quien se encargaría inicialmente del caso de la dependencia” (Entrevista 181, Leticia - Amazonas).

Adicionalmente, se encontró que otro abordaje del paciente con trastorno por consumo de medicamentos opioides está relacionado con el manejo sintomático agudo con medicamentos (14,04%). Esta respuesta se presentó en varias ocasiones acompañada de otras intervenciones como la valoración por psiquiatría, valoración por psicología y valoración por toxicología en la mayoría de los casos, como en la siguiente mención:

“Lo primero es asegurar el paciente, si viene agitado físicamente se realiza contención mecánica luego una contención farmacológica, valoración por psiquiatría para determinar el rumbo del tratamiento” (Entrevista 21, Soledad - Atlántico).

Por otra parte, y en menor medida, el escenario en el que se da un manejo de síntomas agudos se presenta en conjunto con la remisión del paciente a otra institución, como se presenta en la siguiente respuesta:

“Le brindamos la primera atención y se remite a un hospital que tenga la capacidad, nosotros tenemos algunas dificultades con ciertas especialidades con las cuales no contamos, algunos nos colaboran desde otras instituciones por medio de videollamadas o teleasistencia, interconsultas virtuales y nos han ayudado bastante, las especialidades de toxicología y psiquiatría” (Entrevista 298, San José del Guaviare - Guaviare).

Una situación similar se presenta en la siguiente respuesta:

“En ocasiones, lo que nos ha tocado hacer es que una vez se soluciona la parte oncológica por la cual nos ingresó, remitimos a un centro de salud mental, dado que al momento no contamos con psiquiatría [...]” (Entrevista 342, Pasto - Nariño).

Por otra parte, se encuentra que varios de los entrevistados relacionan la presencia del consumo problemático en un paciente con un estado de intoxicación, como se menciona en la siguiente respuesta:

“Lo primero que le hacemos la historia clínica al paciente y mirar que tenga sus signos vitales bien, la vía aérea, que esté consciente, que no esté en riesgo de una parada cardiorrespiratoria [...]. Después de todo eso, pues ya venimos a comenzar a hacer exámenes y comenzamos a tratarlo pues con benzodiazepinas agudamente y después escalonamos a neurolépticos y de una vez apoyo con psicología, trabajo social y psiquiatría” (Entrevista 49, Montería - Córdoba)

Una situación que se presentó en dos ocasiones está relacionada con la administración de un placebo al paciente con trastorno por consumo de opioides, como se mencionó en Medellín:

“ya lo que hace uno es que le da placebo, solución salina. (El paciente) aun así dice, bueno, si estoy mejorando. Aquí nos toca hacerlo así porque darle cada vez que quiere, no” (Entrevista 238, Medellín - Antioquia).

Otro caso se reportó en Villavicencio:

“Se le comenta a todo el personal, para el dado caso de administración de opioides, pues, o limitarlo, o la administración de placebo, que es lo que generalmente se hace” (Entrevista 314, Villavicencio - Meta).

Otra respuesta que se destaca entre los manejos reportados está relacionada con la administración de naloxona:

“Bueno, tocaría entrar a desintoxicar, bueno, para el clínico, inicialmente. Y como contamos con naloxona, podemos quitar esa fase aguda de momento con naloxona” (Entrevista 47, Montería - Córdoba).

La administración de metadona en el manejo del paciente con trastorno por consumo de opioides se reportó en el 8,29% de las respuestas. En varias ocasiones se considera el uso de la metadona en el manejo agudo del paciente, como se menciona por ejemplo en la siguiente respuesta:

“Nosotros estamos tratando de implementar una adecuada red de apoyo a esos pacientes. Se llega a un servicio de urgencias solicitando la ayuda por el problema de adicción. Se evalúa al paciente. Se pide consulta con especialidades como toxicología, psicología. [...] se aborda al paciente desde un punto de examen integral para evaluar el que tanto quiere realmente hacer el proceso y si está dispuesto pues a iniciar el tratamiento. Nosotros no tenemos un programa de rehabilitación como tal pero si podemos tratar la parte aguda de dejar la droga porque genera abstinencia. Podemos iniciar un manejo con metadona, terapia de reemplazo y ya luego psiquiatría evalúa la necesidad de enviarlo a un centro de educación” (Entrevista 165, Cúcuta - Norte de Santander).

Otras de las respuestas relacionadas con el uso de metadona para el manejo, se relacionan con la rotación de medicamentos opioides en pacientes con dolor, por ejemplo:

“Los tres casos que hemos tenido han terminado un manejo multidisciplinario el equipo de cuidados intensivos, psicología, psiquiatría, la familia y medicina del dolor son los casos donde hemos utilizado metadona y donde se ha hecho un manejo tanto farmacológico como no farmacológico para el tratamiento” (Entrevista 37, Cartagena - Bolívar)

“Primero es un paciente, hay que evaluar la causa de dolor, porque sí puede tener dolor asociado a la dependencia, y en esos casos se hace un ajuste farmacológico con diferentes analgésicos, sin suspender súbitamente el opioide, y ahí en esos casos es cuando intentamos hacer el switch con metadona. siempre en esos casos complejos se apoya con el grupo de clínica de dolor” (Entrevista 262, Manizales - Caldas).

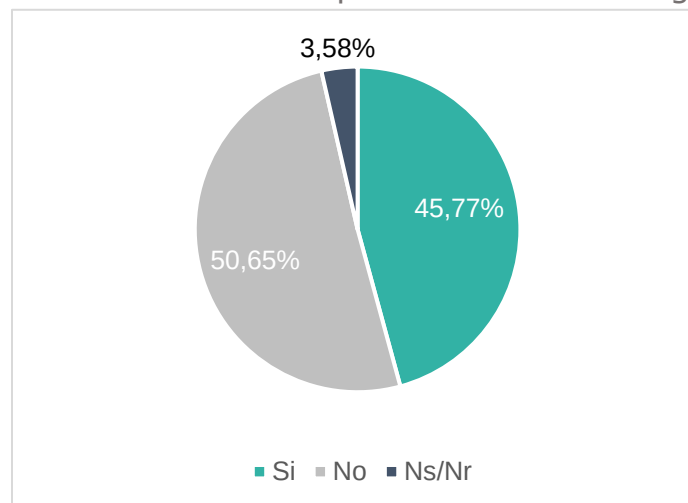
Por otra parte, se presentaron respuestas relacionadas con dificultades en el acceso a metadona, y también con falta de oportunidad en la autorización de algunos servicios por parte de EPS, como se menciona en la siguiente respuesta:

“El manejo es sobre todo con metadona, pero como no hay nos tocó recurrir al tapentadol con buprenorfina, y la terapia no farmacológica. Siempre los mando a terapia cognitivo conductual, que me costó bastante trabajo porque la mayoría de EPSs no las estaban dando, y los pacientes me comentan que los envían a seguimiento con psicología dentro de un mes y no así no era, entonces otra vez yo les coloco la nota que digo e insisto que es terapia cognitivo conductual, está probado que sirve y deben ser dos por semana por 30 días [...]” (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

Pregunta 40. Trastornos de uso de opioides en profesionales de la salud
¿Usted conoce algún caso de este tipo en la institución? ¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?

Al preguntar a los profesionales de áreas asistenciales si conocían casos de consumo problemático de opioides en colegas, el 45,77% afirmó conocer al menos un caso, mientras que el 50,65% manifestó no haber conocido ninguno, y un 3,58% no respondió, como se evidencia en la gráfica 62. Este hallazgo revela que, aunque la mayoría no refiere experiencias directas, casi la mitad reconoce la presencia de esta problemática en el ámbito laboral, lo cual sugiere un nivel importante de exposición y percepción del fenómeno dentro de las instituciones.

Gráfica 62. Consumo problemático de colegas⁶²

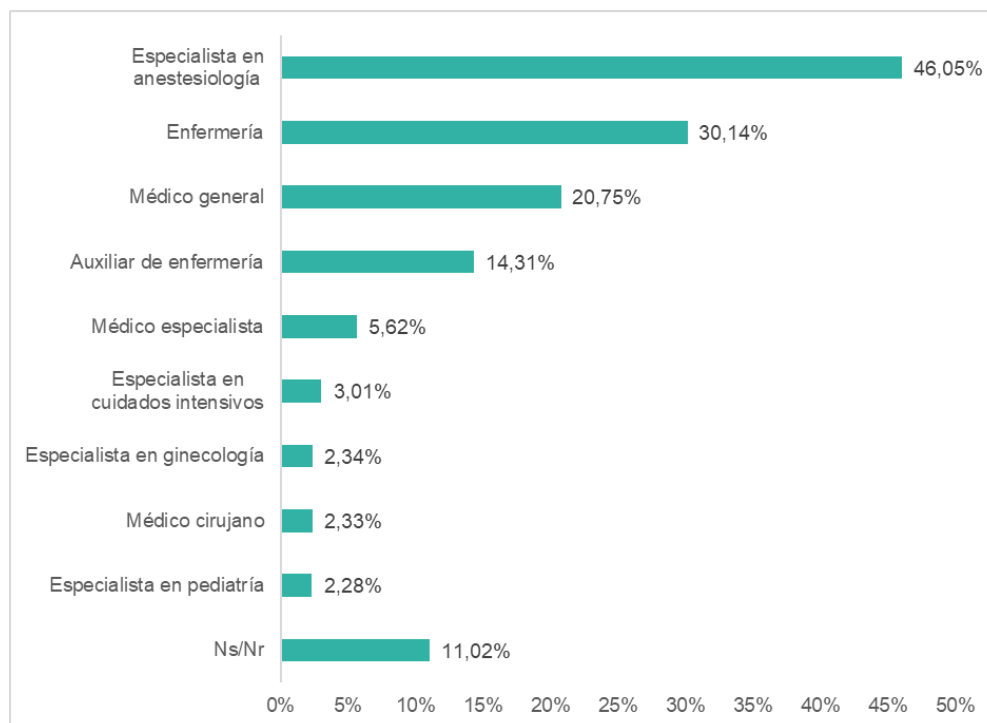


Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los profesionales más señalados, la Gráfica 63 muestra que los especialistas en anestesiología fueron los más identificados (46,05%), seguidos del personal de enfermería (30,14%), médicos generales (20,75%) y auxiliares de enfermería (14,31%). En menor proporción se

mencionaron médicos especialistas de otras áreas como cuidados intensivos (3,01%), ginecología (2,34%), cirugía (2,33%) y pediatría (2,28%).

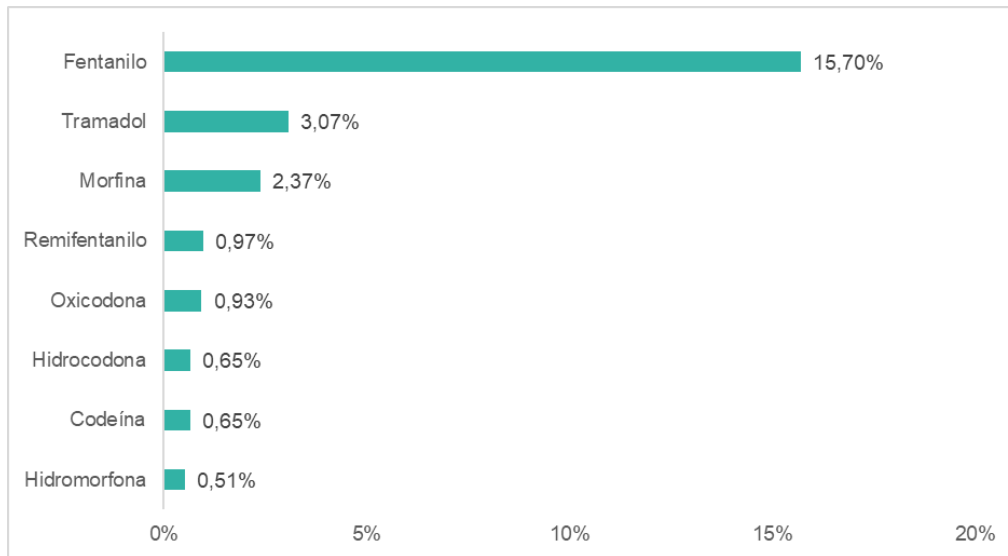
Gráfica 63. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de asistencial⁶³



Fuente: Construcción propia.

Respecto a las sustancias implicadas, los resultados de la Gráfica 64 evidencian que el fentanilo es el opioide más reportado en el consumo problemático de profesionales de la salud (15,70%), muy por encima de otros medicamentos como tramadol (3,07%), morfina (2,37%) y, en menor frecuencia, remifentanilo, oxicodona, hidrocodona, codeína e hidromorfona.

Gráfica 64. Medicamentos opioides identificados en el trastorno por consumo de opioides en profesionales de la salud⁶⁴



Fuente: Construcción propia.

En particular, se encontró que los casos mencionados se concentraron principalmente en profesionales con acceso directo a opioides, como se menciona en la siguiente cita:

“Sobre todo los que están en contacto con fentanilo, anestesiólogos, enfermeras jefe, instrumentadores quirúrgicos, todo lo que está en el área quirúrgica” (Entrevista 15, Puerto Colombia - Atlántico).

Otro entrevistado señaló que:

“Sí, conozco varios casos que hemos diagnosticado aquí en la institución. Sí, de profesionales de la salud, anestesiólogos, ginecólogos, enfermeras jefe. A ellos se les ha brindado, siempre lo que hacemos es brindarles un apoyo psicológico al respecto. Hemos tenido una muy buena respuesta [...] Uno se da cuenta porque se perdió la ampollita de fentanilo, los auxiliares que llegan siempre con buso largo, nosotros yo en salas de cirugía prohíbo y es cuando

se da cuenta porque es que tienen sitios de venopunción. Entonces los hemos diagnosticado” (Entrevista 145, Chía - Cundinamarca)

Otro profesional enfatizó la vulnerabilidad de los anestesiólogos: *“He escuchado anestesiólogos, en personal de enfermería, tristemente en anestesiólogos con resultados fatales” (Entrevista 9, Barranquilla - Atlántico).*

Por otra parte, se identificaron respuestas de profesionales que, aunque no tienen la certeza de un caso puntual, evidencian la dificultad para controlar el desvío de opioides dentro de las instituciones:

“No, pues que yo te pueda decir con seguridad, digamos tengo tal caso, no, pero si he tenido muchos problemas con los opioides. Durante el tiempo laboral se me han perdido ampollas, me ha tocado utilizar varias estrategias para control de opioides, en algunas ocasiones me tocó recibir las ampollas desocupadas, contarlas y tener un sitio en donde conservarlas, porque en ese momento tuve inconvenientes [...]” (Entrevista 184, Florencia - Caquetá)

En algunos casos, los entrevistados mencionaron situaciones en las que la adicción se originó a partir de un tratamiento médico legítimo con opioides, lo que posteriormente facilitó el desvío y la autoadministración:

“Tuvimos un docente muy brillante de anestesiología. Él era anestesiólogo de primera licencia y tuvo un linfoma. Él estuvo en tratamiento con opioides para manejo del dolor y quedó con farmacodependencia, era al fentanilo. Entonces, él como tenía fácil acceso, se autoadministraba su fentanilo y llegó a extremos de hacer ya cosas fuera del común” (Entrevista 47, Montería - Córdoba).

“De acá a la institución una residente. Yo soy coordinador de una unidad de cuidado intensivo y allá hemos tenido varios casos, llevo



16 años allá, hemos encontrado auxiliares, jefes de enfermería, en los baños” (Entrevista 126, Bogotá).

Finalmente, algunos profesionales señalaron que los casos no son aislados y que han podido documentarse a lo largo de los años en diferentes roles asistenciales:

“De acá a la institución una residente. Yo soy coordinador de una unidad de cuidado intensivo y allá hemos tenido varios casos, llevo 16 años allá, hemos encontrado auxiliares, jefes de enfermería, en los baños” (Entrevista 126, Bogotá).

Sección 6: Formación y actividades educativas

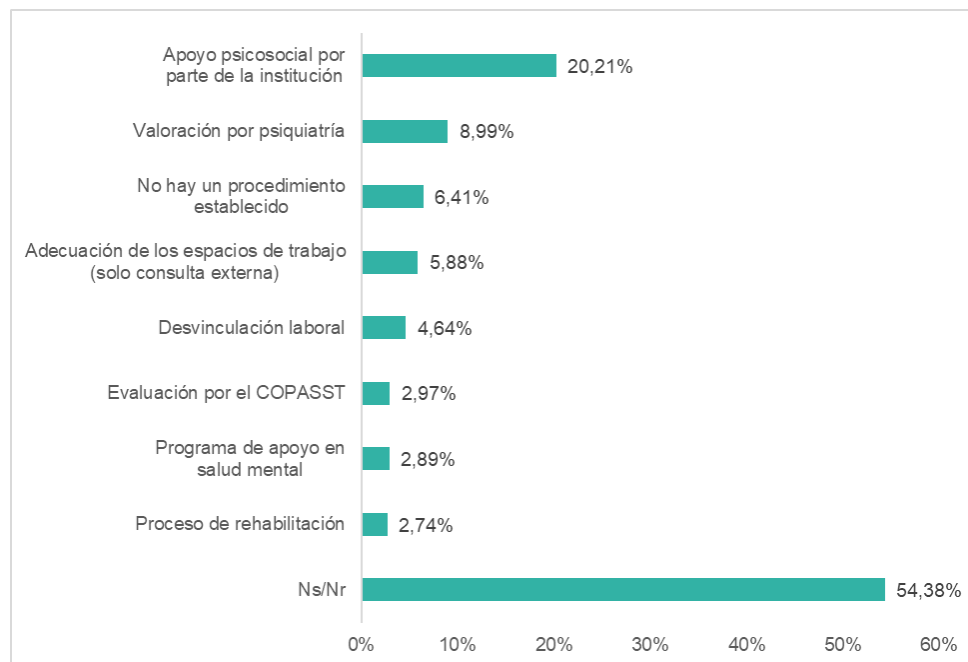
Pregunta 41. ¿Cuál es el manejo que la institución brinda a profesionales de la salud que desarrollan consumo problemático de opioides?

En relación con el manejo institucional ofrecido a los profesionales de la salud que presentan consumo problemático de opioides, los hallazgos muestran una marcada heterogeneidad y, en muchos casos, ausencia de protocolos claros. Más de la mitad de los entrevistados (54,38%), manifestó no saber o no responder sobre la existencia de procedimientos en sus instituciones, lo que refleja tanto la falta de lineamientos estandarizados como la invisibilización del problema.

Entre las medidas reportadas, el apoyo psicosocial por parte de la institución se señaló como la estrategia más frecuente (20,21%), seguido por la valoración por psiquiatría (8,99%). La afirmación de que no existe un procedimiento establecido (6,41%) es la tercera mención más importante. Otras respuestas incluyeron la adecuación de espacios de trabajo limitados a la consulta externa (5,88%), la desvinculación laboral (4,64%), la evaluación por el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) (2,97%), programas de apoyo en salud mental

(2,89%) y procesos de rehabilitación (2,74%), tal y como se muestra en la Gráfica 65.

Gráfica 65. Manejo del profesional de salud con consumo problemático de opioides⁶⁵



Fuente: Construcción propia.

En algunos escenarios se planteó la necesidad de un manejo clínico integral, con inclusión de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos y bajo seguimiento especializado:

"Sería básicamente la atención de un paciente completamente normal. Habría que iniciarle su proceso de manejo no farmacológico y farmacológico y lógicamente guiado por especialidad. En este caso pues digamos que tenemos la disponibilidad de los especialistas que nos pueden tratar ese tipo de patologías y que deberían hacer el seguimiento" (Entrevista 275, Arauca - Arauca).

También se describieron experiencias positivas de abordajes más humanizados y coordinados, donde se buscó un acompañamiento sin medidas punitivas inmediatas:

"Pues cuando la situación se presentó, realmente creo que la institución hizo un abordaje bastante compasivo, integral, no fue acusatorio. Se abordó el tema, empezando por el mismo personal asistencial, quien fue quien advirtió los indicios, se hizo una intervención sobre la persona, se hizo una intervención administrativa desde la gerencia, desde la parte de seguridad y salud en el trabajo, con intervenciones de psiquiatría dentro de la misma institución, sin apartar a la persona del cargo porque hubiera sido abandonado a su propia suerte" (Entrevista 309, Villavicencio - Meta).

Sin embargo, también emergieron críticas profundas a la ausencia de rutas claras y a la tendencia institucional a silenciar los casos:

"yo pienso que como se está manejando, se está manejando completamente mal porque no hay una hoja de ruta que ayude a identificar de manera temprana y se le brinde toda la asesoría y todo el manejo médico a este grupo de adicciones. Existe una situación cultural que es ocultar el problema tanto de la institución, de la parte administrativa, de la parte del paciente e incluso de los mismos colegas [...] comienza a existir el señalamiento, pero no de una manera directa, sino el rechazo" (Entrevista 301, Villavicencio - Meta).

Algunos entrevistados resaltaron que la institución donde laboran no tiene un manejo particular, pero resaltaron el papel que han tenido algunas sociedades científicas. Por ejemplo, se reconoció el papel de la Sociedad Colombiana de Anestesiología en el diseño de programas de apoyo:

"La institución no lo maneja, la institución no tiene programas establecidos para manejar este tipo de circunstancias. [...] La

Sociedad Colombiana de Anestesiología sí tiene programas para esto, los cuales han ido teniendo algo de acogida muy lentamente, pero sí están creciendo” (Entrevista 131, Duitama - Boyacá).

En esa misma línea, otros informaron que solo algunas profesiones cuentan con rutas específicas para el manejo de esta situación:

“Hay una ruta solamente para anestesiólogos y enfermeras que trabajen con nosotros que incluye evaluación psiquiátrica, evaluación psicológica e incluye una internación por 6 meses para deshabituarlo” (Entrevista 20, Soledad - Atlántico).

En contraste, se recogieron también posturas negativas frente a la permanencia de los profesionales en las instituciones, priorizando la desvinculación sobre el acompañamiento: *“creo que no debería estar en la institución, porque puede ser un perjuicio para la institución” (Entrevista 66, Ciénaga - Magdalena); “generalmente los despiden y esos profesionales se pierden” (Entrevista 86, Sincelejo - Sucre).*

Finalmente, algunos testimonios sugieren medidas intermedias, como la adecuación de espacios de trabajo o el aislamiento temporal de funciones específicas, en especial en áreas de alto riesgo como anestesiología:

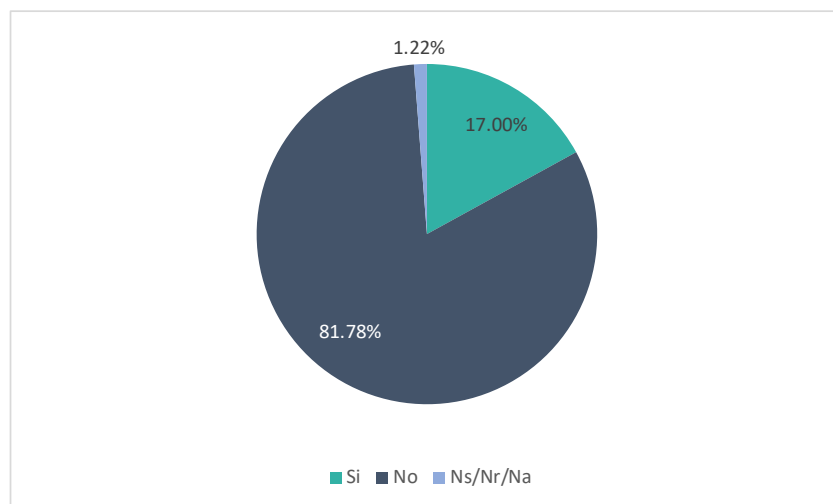
“pues hay que brindarles apoyo primero, pues antes de despido, [...] ahora desde mi campo, ya como anestesiólogo, si yo detecto un caso de esos es más difícil porque probablemente toque ese anestesiólogo a aislarlo un tiempo de la práctica asistencial manejando el opioide” (Entrevista 235, Medellín - Antioquia).

Pregunta 42. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?

A fin de establecer la percepción de los profesionales médicos sobre la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides, se consultó a los mismos su concepto sobre esta divulgación y su suficiencia.

De acuerdo con la Gráfica 66, se estima que un 81,78% de los profesionales manifestaron que no es óptima ni suficiente, mientras que solo un 17,00% considera que sí es óptima y suficiente.

Gráfica 66. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?⁶⁶



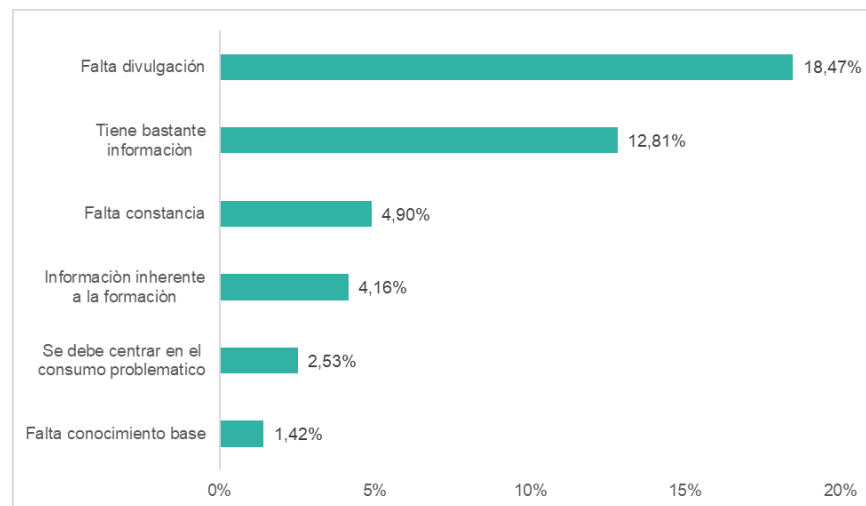
Fuente: Construcción propia.

Las descripciones o complementos de las respuestas recibidas por parte de los profesionales médicos fueron clasificadas de acuerdo con su respuesta inicial. Para los que respondieron afirmativamente y consideran que es óptima y suficiente la información divulgada, los complementos fueron clasificados en los grupos presentados en la Gráfica 67.

Se puede observar que en un estimado de 18,47% de las respuestas de los profesionales manifestó que falta divulgación, un 12,81% considera

que hay suficiente información pero las personas no la consultan, un 4,9% de las respuestas considera que hace falta constancia en la divulgación, un estimado de 4,16% de las respuestas manifestó que la información debe ser inherente a la formación para su divulgación y un estimado de 2,53% considera que la información y su divulgación se debe centrar en el consumo problemático.

Gráfica 67. Complementos de respuestas afirmativas que cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides⁶⁷



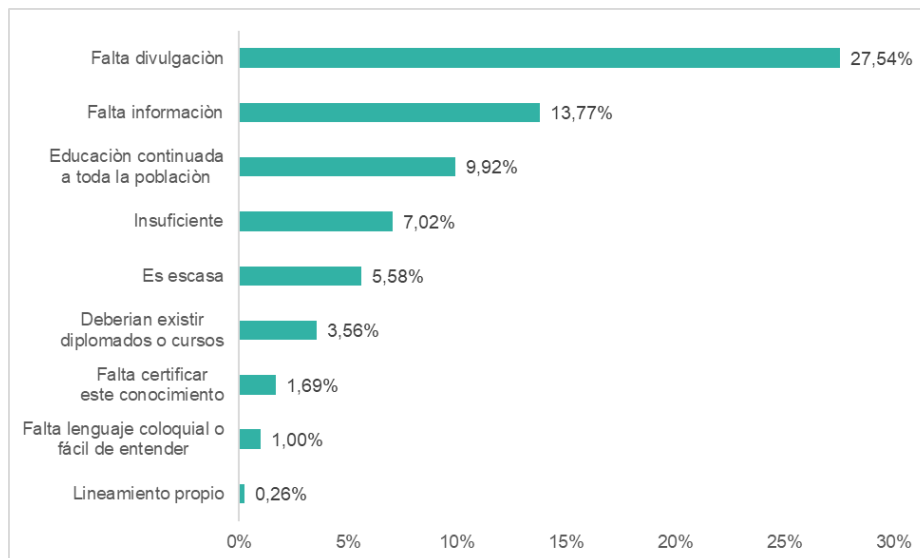
Fuente: Construcción propia.

Los complementos de las respuestas de los profesionales médicos que manifestaron que no es óptima ni suficiente la información divulgada, fueron clasificados en los grupos presentados en la Gráfica 68.

Se puede observar que en un estimado de 27,54% de las respuestas de los profesionales manifestó que no es suficiente y falta divulgación, un 13,77% considera que falta información, un 9,92% de las respuestas considera que se debe hacer educación continuada para toda la población,

un estimado de 7,02% de las respuestas manifestó que es insuficiente, 5,58% manifiesta que es escasa y se estima que un 3,56% de las respuestas considera que deberían existir diplomados o cursos para que esta información sea suficiente para ser divulgada.

Gráfica 68. Complementos de respuestas negativas que cree que no es óptima ni suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides⁶⁸

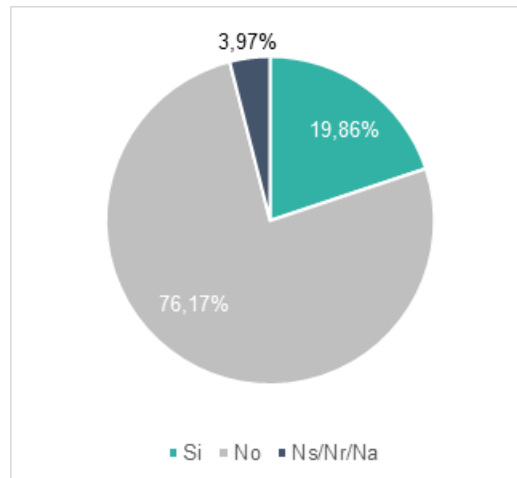


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 43. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?

Se encuentra que la mayor parte (76,17%) de la población de profesionales de médicos y enfermeras considera que no es suficiente la formación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides tal y como se ilustra en la Gráfica 69.

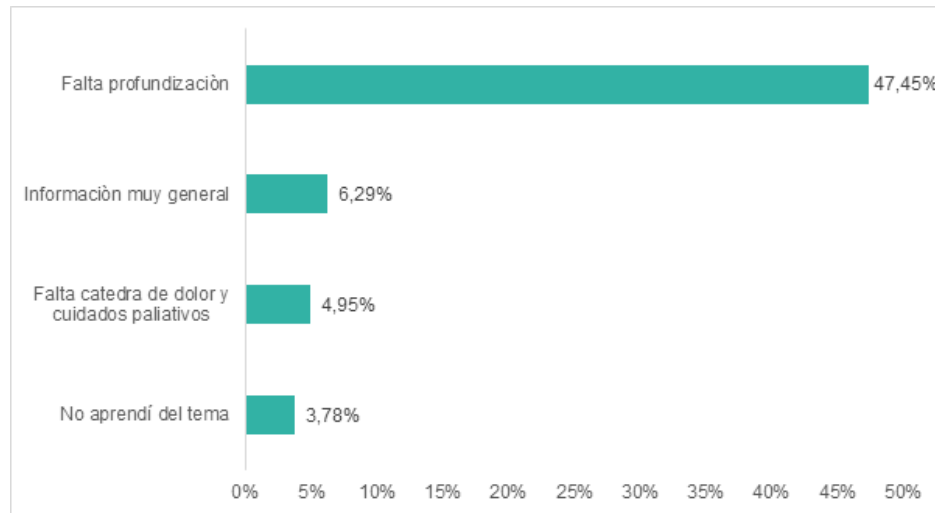
Gráfica 69. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?⁶⁹



Fuente: Construcción propia.

En las respuestas que identifican esas insuficiencias se encontró información que especifica las razones, la cual se referencia en la Gráfica 70. La mención más importante es la relacionada con la falta de profundización sobre el tema en la educación universitaria (47,45%). Otras categorías, menos frecuentes, que se identificaron al respecto son las de presentar información muy general (6,29%), falta de cátedra más específica sobre manejo de dolor y cuidados paliativos (4,85%), y que el entrevistado no logró aprendizaje sobre el tema en la universidad sin especificar las razones concretas (3,78%).

Gráfica 70. Razones por las cuales se identifica como insuficiente la educación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado⁷⁰

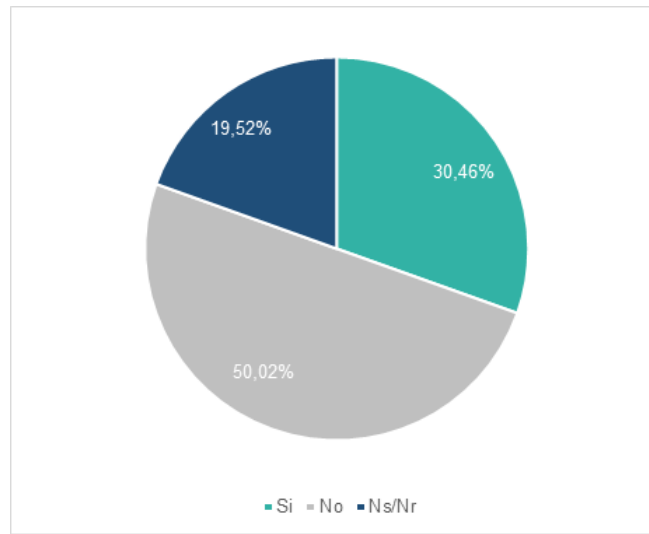


Fuente: Construcción propia.

Pregunta 44. ¿Usted ha recibido formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial

Se encuentra que menos de un tercio (30.46%) de los profesionales ha recibido capacitaciones sobre la prescripción de medicamentos, como se referencia en la Gráfica 71.

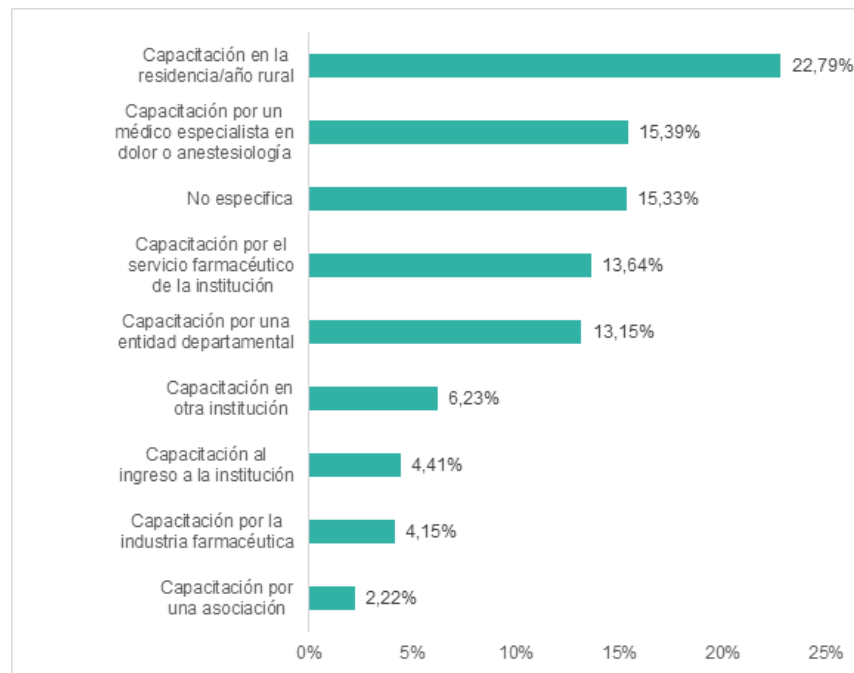
Gráfica 71. Formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial. ⁷¹



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 72 referencia las menciones a diferentes tipos de capacitaciones que han recibido los médicos y enfermeras. La categoría más frecuente es la de capacitaciones en la residencia o en el año rural (22,79% de quienes han recibido capacitaciones), en segundo lugar, las capacitaciones realizadas por médicos especialistas en dolor o anestesiología (15,39%), luego las capacitaciones realizadas por el servicio farmacéutico de la IPS (13,64%), y las realizadas por entidades de salud departamentales (13,15%).

Gráfica 72. Tipos de formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial⁷²



Fuente: Construcción propia.

Ampliando el tema, se encontraron respuestas que hacen hincapié en la importancia de la formación y capacitación que se traduzca en la aplicación en la práctica, pues su deficiencia puede traducirse en barreras de acceso para los usuarios, como lo narra un médico anestesiólogo:

“ El instituto nos ha hecho algunas capacitaciones del diligenciamiento sobre todo del formulario de control que no sirven para nada la capacitación porque a la hora de la verdad nada de lo que hemos acordado aquí se ha cumplido en la práctica ni para la entrega ni en los tiempos de entrega. Por ejemplo, que en un formato se pueden formular dos medicamentos es mentira, uno hace una fórmula de dos medicamentos en un formato de control y nunca se las entrega. Entonces, digamos que muchas de las cosas se quedan como si cumplimos con la capacitación, pero a la hora de

la verdad eso no se traduce en la práctica, por lo menos en las formulaciones ambulatorias no se traduce en la práctica que hayan sido de utilidad” (Entrevista 342, Pasto - Nariño)

También un entrevistado resaltó la importancia de no limitar la formación a los médicos sino también para el personal de enfermería que, aunque no prescribe, sí tiene responsabilidad en el manejo de medicamentos de control especial:

“No, pero si deberíamos recibir nosotros también. Porque si bien es cierto, nosotros no somos los que hacemos la prescripción de medicamentos, somos nosotros los jefes quienes recibimos la fórmula y somos nosotros los que validamos directamente, los que podemos validar en el momento de recibir la fórmula si está bien prescrita o no. Si la fórmula está bien o no. Porque es como uno, nada más que uno es un filtro. Entonces si deberíamos recibir” (Entrevista 349, Pasto - Nariño)

Sección 7: Percepción

Pregunta 45. ¿Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides?

Al preguntar a los participantes sobre la realización de actividades de educación al paciente y sus cuidadores sobre el tratamiento con medicamentos opioides, los resultados fueron los siguientes (ver Gráfica 73). El 52,14% de las respuestas indicó que la institución si realiza actividades de educación con pacientes y cuidadores, el 38,24% respondió que no se llevan a cabo procesos de ese tipo, y el 9,62% correspondió a la categoría Ns/Nr.

La importancia de la educación a pacientes y cuidadores en el tratamiento con opioides es crucial para el uso seguro de los medicamentos,

igualmente para la identificación a tiempo de riesgos y efectos adversos que pueden poner en riesgo la integridad y vida de los pacientes. Por ejemplo:

"Si, la recomendación de precisamente como una educación a los usuarios, sobre todo a los tutores, a los que estén acompañando al paciente para que nos sirva digamos también de farmacovigilancia, porque a veces el paciente algún signo, algún síntoma que nos puede advertir de un efecto adverso del medicamento, él no lo sepa interpretar, entonces le damos también esa formación a los familiares, en el caso por ejemplo un rash cutáneo o presentar prurito en un paciente, ese es un signo de alarma entonces nos deben advertir, no cuando ya el paciente esté cianótico o tenga una dificultad respiratoria o esté sonriendo porque ya eso lo pueden detectar ya el personal de enfermería o personal médico, pero hay esbozos digamos que son estigmas que son los primarios como el caso de presentar prurito, tos o incluso un rash cutáneo" (Entrevista 29, Cartagena - Bolívar).

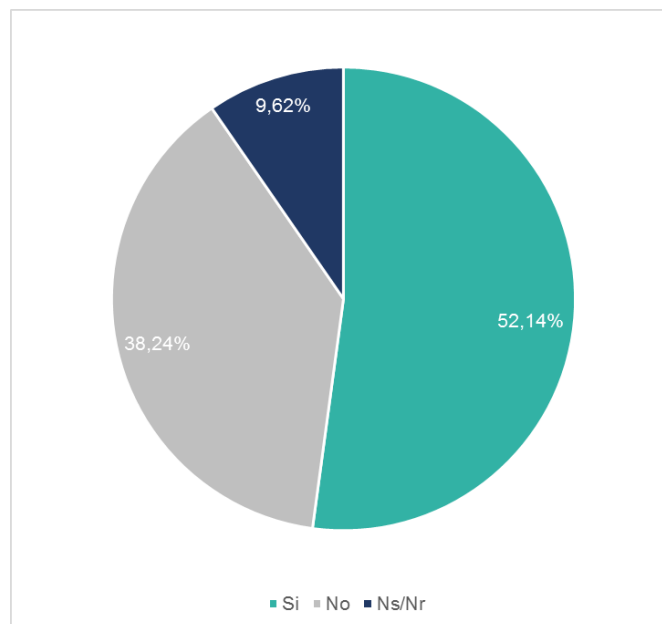
Algunas de las razones por las cuales no se realizan actividades de educación sobre el tratamiento con medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, demuestran la no existencia en la institución de programas o protocolos formales sobre el tema, quedando a libre decisión del profesional informar o no a los pacientes acerca del asunto. En otros casos no se educa sobre opioides porque no son medicamentos de uso frecuente en la institución. Las siguientes respuestas lo confirman:

"No, no en todos los casos lo comentan, o no todo el personal lo comenta. Hay personas que si, por lo general, algunos medicamentos que uno le dice al paciente pueden llegar a producirle hipotensión, mareo, debilidad, pero como digo, es como de cada quien. No veo que sea como una norma, una regla advertirle al paciente" (Entrevista 132, Duitama - Boyacá).

"No, como ya lo había mencionado antes, no hay un programa específico. se dan unas recomendaciones a la salida que las da la especialidad tratante, pero enfocado hacia la prescripción o la indicación de los opioides y su manejo, no hay algo específico para eso" (Entrevista 139, Tunja - Boyacá).

"No, pues como no lo utilizo mucho, no tengo la necesidad" (Entrevista 75, Santa Marta - Magdalena).

Gráfica 73. Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides⁷³



Fuente: Construcción propia.

Se realizó un análisis de las respuestas afirmativas dadas en la anterior pregunta, referenciando cuáles fueron en concreto las actividades de

educación realizadas a los pacientes sobre el tema de los medicamentos opioides, tal y como está referenciado en la Gráfica 74.

Se encuentra que el 18,37% de las respuestas afirmativas señaló la educación en administración de medicamentos, y el 18,10% indicó educación en efectos adversos y riesgos de la medicación.

Con porcentajes algo inferiores a los anteriores, se evidencia que el 7,87% mencionó educación en farmacovigilancia, el 6,86% educación en uso seguro de opioides, y el 5,88% señaló educación en cuidados paliativos. Con porcentajes menores se reportó educación en indicaciones básicas/generales (4,28%), educación en adicción y dependencia (4,03%), educación en dosis de rescate (3,50%), educación en cuidado del paciente oncológico (3,10%), y educación en signos de alarma (2,74%).

Las siguientes respuestas de Cartagena y Santa Marta expresan las acciones de educación implementadas a pacientes y cuidadores en la adecuada administración de medicamentos opioides, reconocimiento de efectos adversos y dosis de rescate:

"La enfermera hace un entrenamiento y un acompañamiento de la aplicación de esos medicamentos al familiar, le explica cada cuánto, la dosis ordenada por el médico le muestra cómo debe ser de acuerdo con el ordenamiento [...] Ella le deja preparadas las dosis y el familiar lo va colocando de acuerdo si tiene dosis de rescate, o si tiene el manejo. Los medicamentos generalmente los colocan las enfermeras, pero se entrenan para las dosis de rescate y los medicamentos que son por vía oral, también hay una educación al momento de entregar la medicación cómo debe ser el uso" (Entrevista 33, Cartagena - Bolívar).

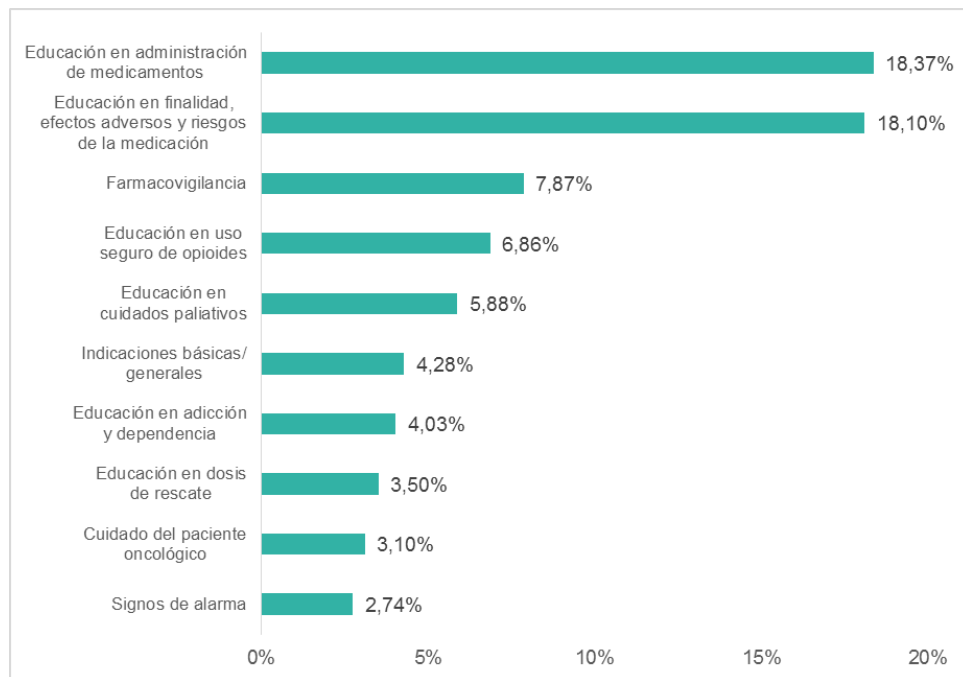
"Si, cuando se indica el medicamento la cantidad de la prescripción debe ser precisa, el tiempo del medicamento para el uso debe ser como se indica en su fórmula médica. Dependiendo de qué síntomas presente, también debe ser preciso para ingreso por la urgencia, en

el caso de que genere de pronto malestar general, vómitos, que genere taquicardia, sensación de ahogo. Todas las indicaciones se dan antes de colocar el medicamento aquí en la urgencia, cuando se va a prescribir generalmente el tramadol, el paciente se le dice que puede generar mareo, es más, que si de pronto es alérgico alguna de la gama de opioides todo eso se indaga generalmente antes de colocar la prescripción del medicamento” (Entrevista 77, Santa Marta - Magdalena).

Hay experiencias interesantes de programas con actividades periódicas de formación en temas escogidos, en donde personal especializado realiza formación a otros profesionales, pacientes y familiares. Por ejemplo:

“Si, en el programa de PyP, en la unidad de dolor y cuidados paliativos, también hemos asignado un tema mensual. Entonces, se les dice a los especialistas en consulta que el tema a tratar en el mes es el uso de los rescates o el uso de los analgésicos, riesgos, de acuerdo con el tema. Y eso lo realiza el especialista en consulta y en hospitalización, ya en la parte de enfermería, nosotros realizamos educación a los pacientes que tenemos en seguimiento (Entrevista 90, Bogotá).

Gráfica 74. Actividades de educación realizadas a los pacientes y sus cuidadores respecto al tratamiento con medicamentos opioides⁷⁴



Fuente: Construcción propia.

Pregunta 46. A continuación, le leeré algunas afirmaciones o mitos expresados por pacientes y le pediré que indique si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

Los resultados presentados en la Gráfica 75 evidencian que el personal médico y de enfermería reconoce en general los riesgos y efectos secundarios asociados al uso de opioides. La mayoría estuvo de acuerdo en que estos medicamentos producen adicción (78,04%), depresión respiratoria (81,18%), y euforia (53,17%).

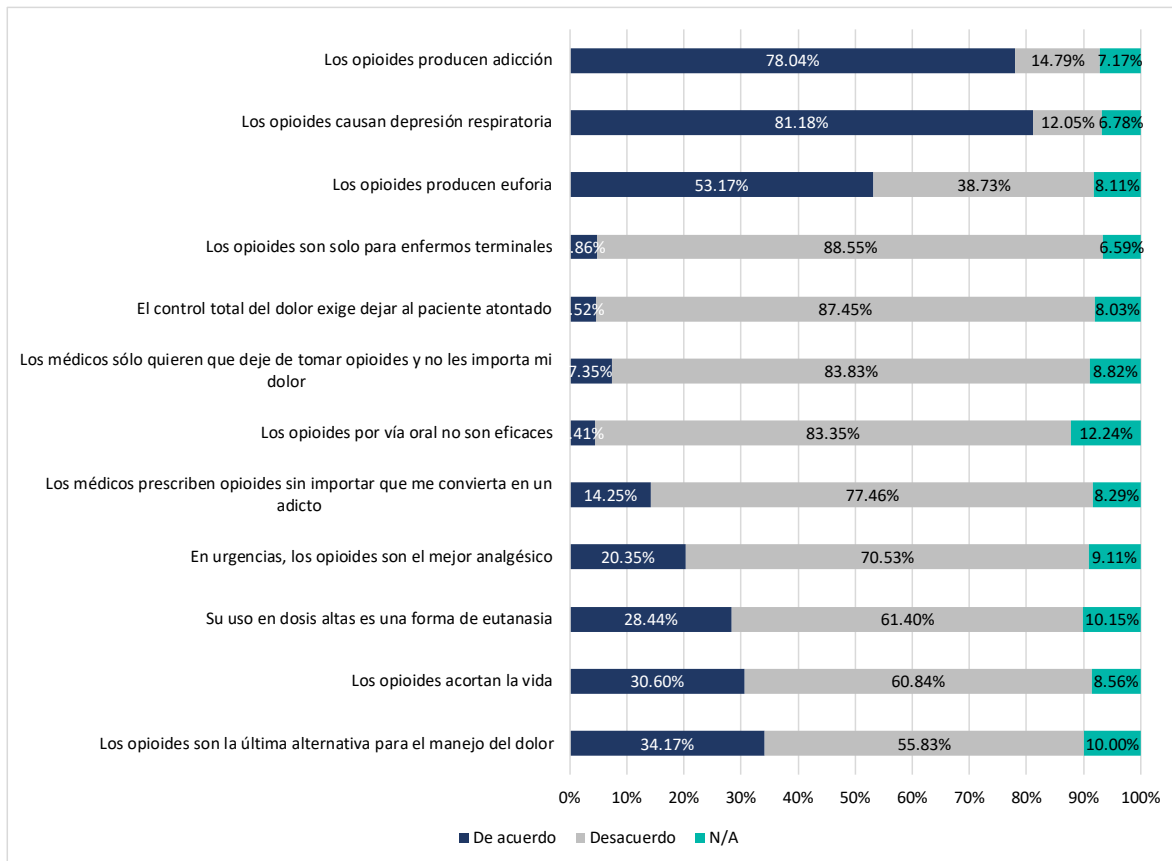
Por otra parte, existe relativo consenso en rechazar varias creencias erróneas. Un alto porcentaje estuvo en desacuerdo con que los opioides sean solo para enfermos terminales (88,55%), que pierdan eficacia por vía oral (83,35%), que su control del dolor requiera dejar al paciente



atontado (87,45%) o que los médicos los prescriben sin importar el riesgo de adicción (77,46%). De igual manera, el 83,83% manifestó desacuerdo con la idea de que los médicos solo quieren que el paciente deje de tomar opioides sin considerar su dolor.

En cuanto a otras percepciones erróneas pero que tienen un relativamente más alto porcentaje de acuerdo, se encuentran las siguientes: Los médicos prescriben opioides sin importar que me convierta en un adicto (14,25% de acuerdo), En urgencias los opioides son el mejor analgésico (20,35%), Su uso en dosis altas es una forma de eutanasia (28,44%), Los opioides acortan la vida (30,60%), Los opioides son la última alternativa para el manejo del dolor (34,17%).

Gráfica 75. Percepción frente a mitos mencionados por los pacientes⁷⁵



Fuente: Construcción propia.

Bibliografía

1. Chen YYK, Boden KA, Schreiber KL. The role of regional anaesthesia and multimodal analgesia in the prevention of chronic postoperative pain: a narrative review. Vol. 76, Anaesthesia. Blackwell Publishing Ltd; 2021. p. 8–17.

¹ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.

² Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.

³ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple

⁴ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple

⁵ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.

⁶ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple.

⁷ Todas las respuestas fueron codificadas utilizando un solo código. Se codificó con "Sí" a las respuestas afirmativas directas, sin argumentación adicional. Las respuestas afirmativas que incluyeron condiciones de control o restricciones fueron marcadas como "Sí, con condiciones". Las respuestas afirmativas que incluyeron una justificación del uso médico de los opioides fueron codificadas como "Sí, justificado". El código "No" se asignó a las respuestas negativas.

⁸ Se marcaron las respuestas con "C14A Si, con condiciones", "C14A Si, justificado" que contienen menciones (ninguna, una o varias) sobre las categorías de complemento de condición o restricción acordes a lo expresado por los entrevistados.

⁹ Se marcaron las respuestas con "C14A Si, con condiciones", "C14A Si, justificado" que que contienen menciones (ninguna, una o varias) sobre justificación de uso clínico y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados.

¹⁰ Todas las respuestas fueron codificadas con una sola categoría según la percepción de seguridad frente al uso de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante.

¹¹ Se clasifican las respuestas negativas que contienen un complemento de condición o restricción y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados. Cada pregunta se marcó con alguna o varias de las categorías.

¹² Se clasifican las respuestas positivas que contienen un complemento de condición o restricción y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados. Cada pregunta se marcó con alguna o varias de las categorías.

¹³ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre la suficiencia (oferta) de medicamentos opioides en la institución. La codificación quedo así: Marcadas con "No sabe/No responde": respuesta registrada como N/S (No sabe) o N/R (No responde) en la entrevista, adicionalmente fueron clasificadas respuestas donde el entrevistado reconoce no saber la respuesta. Para el código "Si": el entrevistado considera que los medicamentos disponibles en la institución son suficientes y "No": el entrevistado considera los medicamentos disponibles en la institución no son suficientes.

¹⁴ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en la institución. Fueron clasificadas en tres grupos. "Nos ajustamos al inventario", "Faltan algunas presentaciones y/o principios activos" y "Existe o hubo desabastecimiento"

¹⁵ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la apreciación del entrevistado que inicialmente respondió "No" en la pregunta 16, al considerar que la institución no cuenta con suficientes medicamentos opioides, realizando la aclaración del tipo de medicamento específico considera que hace falta. La codificación quedo así: Marcadas con "No aplica": respuesta registradas N/A en la entrevista y que fueron filtradas en P16 como "Si", al considerar que los medicamentos opioides eran suficientes en la institución. Las respuestas restantes fueron clasificadas de acuerdo a la necesidad específica de un medicamento, una forma farmacéutica definida o respuestas donde el entrevistado considera que faltan medicamentos opioides en general, sin especificar ninguno.

¹⁶ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.

¹⁷ Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a los criterios considerados por el entrevistado para seleccionar el medicamento opioide a utilizar y la dosis correspondiente. Algunos entrevistados manifestaron dos o más criterios, los cuales fueron categorizados en los grupos presentados.

¹⁸ Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante frente a la existencia de guías de práctica clínica, procesos, procedimientos o manuales establecidos para el manejo de medicamentos opioides.

¹⁹ Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía o lineamiento que expresaron contener en la institución.

²⁰ Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue negativa. Se marcaron las respuestas que expresaron positiva o negativamente la necesidad de poseer una guía o lineamiento de práctica clínica establecida para el manejo de medicamentos opioides con los códigos "Sí" o "No".

²¹ Todas las respuestas fueron codificadas utilizando tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica). Estas se asignaron según lo manifestado por cada participante frente a si se usan guías o lineamientos de práctica clínica nacionales o internacionales para el manejo de medicamentos opioides.

²² Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. Se codificó según la respuesta expresada discriminando la referencia o fuente mencionada por el entrevistado. Se aplicó la categoría Ns/Nr para los casos en los que el entrevistado no reporta ninguna fuente, guía o lineamiento existente.

²³ Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta fue negativa en la pregunta anterior (C20A). Se aplicaron tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía con referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides.

²⁴ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "Si, otro tipo de consentimiento"), dependiendo de la respuesta a si utiliza consentimiento informado para el uso de opioides (Contrato Opiode).

²⁵ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue codificada como "Si, otro tipo de consentimientos". Se marcaron códigos de acuerdo con los tipos de consentimientos diferentes al Contrato Opiode relacionados en las entrevistas.

²⁶ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue codificada como "No", "Ns/Nr/Na" o "Si, otro tipo de consentimiento".

Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na" o "Si, condicionado"), dependiendo de la respuesta a si considera que hace falta el consentimiento informado para el uso de opioides (contrato opioide).

²⁷ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior fue codificada como "Si" o "Si, condicionado" y que contaban con una descripción o complemento que justifica su respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a las restricciones, sugerencias o alcance para la aplicación del consentimiento informado para medicamentos opioides

²⁸ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21.1A) fue codificada como "No" y que contaban con una descripción o complemento que justifica su respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la no necesidad del consentimiento informado para el uso de opioides (contrato opioide).

²⁹ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si la institución cuenta con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.

³⁰ Se codificaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C22A) fue codificada como si. Se marcaron las respuestas con códigos según dos opciones: No aplica (Na) o No sabe/No responde (Ns/Nr).

³¹ Se codificaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C22A) fue codificada como no. Se marcaron las respuestas con códigos según tres opciones: Si, No, Ns/Nr.

³² Todas las respuestas fueron marcadas, ya sea con un solo código o varios. Se marcaron códigos según las menciones a tipos de profesionales y cargos responsables del seguimiento a paciente tratados con medicamentos opioides. Esta tabla contiene el listado resumido en categorías más generales (listado corto).

³³ Todas las respuestas fueron marcadas, ya sea con un solo código o varios. Se marcaron códigos según las características reportadas sobre la ruta que debe seguir para prescribir un medicamento opioide.

³⁴ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario". Se marcaron con categorías según el tipo de soporte usado para la ruta de prescripción de opioides.

³⁵ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario".

Se marcaron con categorías según la descripción de la ruta de prescripción de opioides.

³⁶ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario". Se marcaron con categorías según los responsables mencionados en la ruta de prescripción de opioides.

³⁷ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Ambulatorio". Se marcaron con categorías según el tipo de soporte usado para la ruta de prescripción de opioides.

³⁸ Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Ambulatorio". Se marcaron con categorías según la descripción de la ruta de prescripción de opioides.

³⁹ Se marcaron todas las respuestas. Marcadas con "Ns/Nr": Las respuestas que contienen palabras o frases como no sé, no tengo información, etc. Marcadas con "No", respuestas en las que no se evidenciaban barreras para la atención. Marcadas con "Si", respuestas en las que se evidenció algún tipo de barrera de acceso. Marcadas como "otra respuesta", aquellas en las que no se afirmó presentar barrera, mas no se identificó una barrera efectiva.

⁴⁰ Se marcaron las barreras de acceso atribuidas por el entrevistado

⁴¹ Se codificaron todas las respuestas. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si tenían dificultades en el diligenciamiento del R.O.

⁴² En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta principal (C27A) fue afirmativa, codificando categorías al tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial.

⁴³ En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta anterior (C27A) fue negativa, codificando categorías al no tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial.

⁴⁴ En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta anterior (C27A) fue negativa, codificando categorías al no tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial.

⁴⁵ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.

⁴⁶ Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na" o "Si, en otras instituciones o adicción preexistente"), dependiendo de la respuesta si en su práctica médica ha tenido pacientes con consumo problemático a tramadol.

⁴⁷ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C31A) fue codificada como "Si", o "Si, en otras instituciones o adicción preexistente", y que contaban con una descripción o complemento a la respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la respuesta a haber tenido casos de pacientes con consumo problemático a Tramadol durante su práctica médica.

⁴⁸ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C31A) fue codificada como "No" y que contaban con una descripción o complemento a la respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la respuesta a "No" haber tenido pacientes con consumo problemático a Tramadol en su práctica médica.

⁴⁹ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.

⁵⁰ Todas las respuestas se marcaron con una categoría. Se marcaron categorías según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Sí, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de la respuesta si considera que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.

⁵¹ Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue codificada como Sí y que contaban con una descripción o complemento que justificará su respuesta. Se marcaron categorías de acuerdo con los complementos a la respuesta a considerar que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.

⁵² Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue codificada como No y que contaban con una descripción o complemento que justificará su respuesta. Se marcaron categorías de acuerdo con los complementos a la respuesta a No considerar que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.

⁵³ Las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo con las consideraciones de los profesionales sobre posibles estrategias para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides.

⁵⁴ Se codificaron todas las respuestas. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Sí, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si la naloxona aerosol nasal hace falta en Colombia.

⁵⁵ En esta pregunta se tuvieron en cuenta todas las respuestas según si reportaron razones para tener Naloxona nasal.

⁵⁶ En esta pregunta se tuvieron en cuenta todas las respuestas según si no reportaron razones para tener Naloxona nasal.

⁵⁷ Se marcaron todas las respuestas con uno o varios códigos, de acuerdo a las menciones de estrategias para determinar en la institución si un paciente está presentando consumo problemático de medicamentos opioides

⁵⁸ Todas las respuestas fueron codificadas con al menos un código que se asignó de acuerdo al conocimiento del entrevistado en cuanto a la identificación del síndrome de abstinencia en el consumo problemático de opioides.

⁵⁹ Se codificaron todas las respuestas que tuvieron un código diferente a "Ns/Nr" en C38A y se clasificaron según el conocimiento del entrevistado en cuanto al uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia en el consumo problemático de opioides. En los casos en los que el entrevistado no reporta una escala, la respuesta se marcó con el código: "No uso de escalas".

⁶⁰ Se marcaron todas las respuestas que cuya respuesta anterior (C38.1A) fue "No uso de escalas". Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr) identificando si el entrevistado consideró que hacen falta escalas para la identificación del síndrome de abstinencia por opioides.

⁶¹ Todas las respuestas fueron codificadas y se marcaron todas las menciones (una o varias) de las categorías referenciadas. Se marcaron con "Ns/Nr" las respuestas que contienen palabras o frases como no sé, no tengo información, etc. y que no referencien alguna herramienta o procedimiento para el manejo del consumo problemático. Todas las respuestas se marcaron con al menos un código.

⁶² Todas las respuestas se marcaron con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron conocer un caso de consumo problemático en profesionales de la salud.

⁶³ Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C40A) fue afirmativa. La codificación se realizó basada en la profesión del profesional de la salud con consumo problemático identificada por el entrevistado.

⁶⁴ Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C40A) fue afirmativa. y que además ahondaron en el medicamento de consumo problemático por profesionales de la salud. La codificación se realizó según el medicamento de consumo mencionado por el entrevistado.

⁶⁵ Todas las respuestas fueron codificadas con al menos un código o varios, que se asignaron de acuerdo al conocimiento del entrevistado en cuanto a los procesos en el manejo de profesionales de la salud con consumo problemático al interior de la institución. Se marcaron con "Ns/Nr" aquellas respuestas que así lo indicaban y aquellas que describían el proceso de otras instituciones diferentes a la que laboran, por ejemplo, el manejo por agremiaciones/sociedades.

⁶⁶ Se codificaron todas las respuestas con una sola categoría. Se generaron tres categorías (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo de la concepción sobre si es óptima y suficiente la información de los entes de control

⁶⁷ Se generaron categorías solo para las respuesta afirmativas en la pregunta (C42A) que tuvieran complemento y que reflejaran una razón de por qué afirman que es óptima y suficiente la información manejada por los entes de control.

⁶⁸ Se generaron categorías solo para las respuesta negativas en la pregunta (C42A) que tuvieran complemento y que reflejaran una razón de por qué reportan que no es óptima y suficiente la información manejada por los entes de control.

⁶⁹ Se marcaron todas las respuestas con una sola categoría. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si la educación en pregrado sobre los medicamentos opioides es suficiente.

⁷⁰ En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta anterior fue negativa, codificando categorías respecto a la percepción de la educación sobre medicamentos opioides en el pregrado.

⁷¹ Todas las respuestas se marcaron con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la identificación de alguna capacitación en la prescripción de medicamentos de control especial por parte del entrevistado.

⁷² Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C40A) fue afirmativa. La codificación se realizó basada en la profesión del profesional de la salud con consumo problemático identificada por el entrevistado.

⁷³ Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportan la realización o no de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.

⁷⁴ Se clasifican las respuestas positivas (C45A) que contienen el detalle de las actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.

⁷⁵ Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.



Anexo 4

Documento Descriptivo Temático

Tabla de contenido

Resultados	3
Sección 1: Caracterización de la población	14
Sección 2: Guías de práctica clínica	32
Sección 3: Diagnóstico y tratamiento.....	56
Diagnóstico (Escala)	56
Prescripción.....	58
Recetario oficial	74
Errores de prescripción	85
Pérdidas y disposición final.....	90
Sección 4: Seguridad del paciente en el manejo de opioides.....	98
Gestión del riesgo	98
Programas de seguimiento	106
Indicadores de gestión.....	126
Educación al paciente	138
Sección 5. Identificación y manejo de consumo problemático	143
Identificación.....	143
Manejo del Trastorno por Consumo Problemático de Opioides (TCPO)	159
Uso de opioides en profesionales de la salud	172
Sección 6. Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides	179
Aspectos logísticos	179
Barreras de acceso.....	206
Sección 7. Educación y capacitación al talento humano en salud	219
Educación al Personal de Salud	219

Tabla de Gráficas

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.....	15
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal de gestión de calidad. ..	16
Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del profesional del área administrativa y gestión de calidad.....	17
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.....	18
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	19
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución	20
Gráfica 7. Nivel de complejidad de las instituciones..	21
Gráfica 8. Pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico	22
Gráfica 9. Actividades laborales que describen los cargos del personal del servicio farmacéutico.....	23
Gráfica 10. Tendencia en la formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.....	24
Gráfica 11. Distribución del tiempo de experiencia profesional	25
Gráfica 12. Experiencia profesional en la institución	26
Gráfica 13. Nivel de complejidad de las instituciones.	27
Gráfica 14. Pirámide poblacional de los profesionales de la salud	28
Gráfica 15. Actividad laboral que describe el cargo del personal de la salud	29
Gráfica 16. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.....	30
Gráfica 17. Distribución del tiempo de experiencia profesional	31
Gráfica 18. Experiencia profesional en la institución	32
Gráfica 19. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides.....	33

Gráfica 20. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría	35
Gráfica 21. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	36
Gráfica 22. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides	37
Gráfica 23. Fuente o referencia de Guías o lineamientos	39
Gráfica 24. Necesidad de referente de guía nacional o internacional .	40
Gráfica 25. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.....	41
Gráfica 26. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría	42
Gráfica 27. Necesidad de inclusión en sistema de calidad	43
Gráfica 28. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides	44
Gráfica 29. Fuente o referencia de Guías o lineamientos	45
Gráfica 30. Necesidad de referente nacional o internacional	46
Gráfica 31. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.....	47
Gráfica 32. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría.	50
Gráfica 33. Necesidad de inclusión en sistema de calidad	51
Gráfica 34. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides	52
Gráfica 35. Fuente o referencia de Guías o lineamiento	55
Gráfica 36. Necesidad de referente nacional o internacional	56
Gráfica 37. Recomendación de uso o restricción de opioides según diagnóstico	57
Gráfica 38. Servicios médicos y volumen en el manejo de medicamentos opioides	59

Gráfica 39. Medicamentos opioides y sus presentaciones de acuerdo con inventario manejado por el servicio farmacéutico	60
Gráfica 40. Necesidad de los opioides en la práctica médica	61
Gráfica 41. Criterios condicionantes del uso de medicamentos opioides	63
Gráfica 42. Ámbitos clínicos señalados para el uso de opioides	65
Gráfica 43. Percepción de seguridad al usar opioides.	66
Gráfica 44. Razones de percepción negativa sobre la seguridad de los opioides.....	68
Gráfica 45. Factores asociados a la percepción de seguridad de los opioides.....	71
Gráfica 46. Criterios médicos para la elección de medicamentos opioides y su dosis correspondiente a la hora de realizar la prescripción	74
Gráfica 47. Percepción del correcto diligenciamiento de Recetario Oficial	77
Gráfica 48. Errores más representativos en el diligenciamiento del Recetario Oficial.....	79
Gráfica 49. Dificultades en el diligenciamiento de Recetario Oficial ...	80
Gráfica 50. Principales dificultades en el diligenciamiento del Recetario Oficial.....	83
Gráfica 51. Aspectos percibidos cuando no se reportan dificultades en el uso del Recetario Oficial.....	85
Gráfica 52. Percepción sobre la observación de errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución	86
Gráfica 53. Tipos de errores más evidentes observados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.....	88
Gráfica 54. Tipos de errores más representativos evidenciados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.. ..	89
Gráfica 55. Situaciones en las que se evidencian errores de prescripción.	90

Gráfica 56. Ocurrencia de pérdidas de medicamentos opioides.....	92
Gráfica 57. Disponibilidad de protocolos para el manejo de pérdidas de medicamentos	93
Gráfica 58. Protocolos aplicados.....	94
Gráfica 59. Procedimientos en caso de pérdida de medicamentos opioides.....	95
Gráfica 60. Actividades más representativas en la disposición final de medicamentos opioides.....	97
Gráfica 61. IPS que cuentan con matriz de riesgo asociadas al uso de medicamentos	98
Gráfica 62. Tipos de matrices implementadas en las IPSFuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.....	99
Gráfica 63. Tipos de instrumentos implementadas en las IPS que no corresponden a matrices de riesgo Fuente: Construcción propia Proyecto de Inversión 1905, FNE.	100
Gráfica 64. Necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS.	101
Gráfica 65. Uso de un consentimiento informado para el tratamiento con opioides.....	102
Gráfica 66. Consentimientos usados por las IPS en procedimientos que involucran el uso de opioides.....	103
Gráfica 67. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.....	104
Gráfica 68. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.....	105
Gráfica 69. Consideraciones para no implementar el uso de consentimiento informado en las IPS.	106
Gráfica 70. Porcentaje de entrevistados que indicaron contar, o no, con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.....	107

Gráfica 71. Tipos de programas o seguimientos realizados a los pacientes tratados con medicamentos opioides	108
Gráfica 72. Opinión sobre la necesidad de un programa o seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides	109
Gráfica 73. Argumentos presentados como justificación para la necesidad, o no, de contar con programas o seguimiento de pacientes tratados con medicamentos opioides	111
Gráfica 74. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con medicación de opioides	112
Gráfica 75. Necesidad de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con opioides	113
Gráfica 76. Disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones de salud.	116
Gráfica 77. Percepción sobre la necesidad de implementar programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura...	117
Gráfica 78. Instituciones que cuentan con reportes de farmacovigilancia relacionados con medicamentos opioide.....	119
Gráfica 79. Casos serios de farmacovigilancia relacionados con medicamentos opioides registrados en la institución durante el último trimestre.	120
Gráfica 80. La institución cuenta con programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides	121
Gráfica 81. Programas de seguimiento existentes en la institución para pacientes tratados con medicamentos opioides.	123
Gráfica 82. En la institución hacen falta programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides	124
Gráfica 83. Perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides ..	126
Gráfica 84. Discriminación de uso de indicadores de medicamentos opioides en las IPS.	127

Gráfica 85. Indicadores reportados por las IPS	128
Gráfica 86. Necesidad de contar con indicadores específicos para opioides.....	129
Gráfica 87. Argumentos para no usar indicadores.....	130
Gráfica 88. Uso de indicadores de Gestión definidos para el uso y manejo de medicamentos opioides en las instituciones.	131
Gráfica 89. Consideraciones del personal del servicio farmacéutico sobre la forma de discriminar la información para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	133
Gráfica 90. Indicadores de gestión utilizados para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	134
Gráfica 91. Consideración sobre la necesidad del uso de Indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides.....	135
Gráfica 92. Razones por las cuales se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides .	136
Gráfica 93. Razones por las cuales No se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides .	137
Gráfica 94. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?. ..	139
Gráfica 95. Actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides	140
Gráfica 96. Realización de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	141
Gráfica 97. Actividades de educación realizadas a los pacientes y sus cuidadores respecto al tratamiento con medicamentos opioides	142
Gráfica 98. Identificación de herramientas aplicadas en la institución para la detección del consumo problemático de medicamentos opioides en pacientes.....	144
Gráfica 99. Herramientas para la detección de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.	145
Gráfica 100. Falta de herramientas de identificación	146

Gráfica 101. Control para la dispensación de opioides débiles como el tramadol	147
Gráfica 102. Evidencia institucional de uso indiscriminado de tramadol	148
Gráfica 103. Capacidad de darle continuidad a la terapia de mantenimiento con metadona	149
Gráfica 104. En la práctica médica institucional se han tenido pacientes con consumo problemático de tramadol	150
Gráfica 105. Complementos de las respuestas afirmativas de los profesionales médicos que han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol	151
Gráfica 106. Complementos de las respuestas negativas de los profesionales médicos que no han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol.....	152
Gráfica 107. Facilidad de acceso a tramadol.	153
Gráfica 108. Personal de salud que considera o no que el tramadol debe ser un medicamento de control especial.....	154
Gráfica 109. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol sí debe ser un medicamento de control especial	155
Gráfica 110. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol no debe ser un medicamento de control especial	156
Gráfica 111. Estrategias propuestas por los profesionales médicos para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides.	159
Gráfica 112. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120ml	162
Gráfica 113. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120ml	165
Gráfica 114. Tipo de identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides según los profesionales médicos.....	167
Gráfica 115. Herramientas usadas en la identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.....	169

Gráfica 116. Escalas reportadas en la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en pacientes	170
Gráfica 117. Necesidad de implementar una escala para la evaluación del síndrome de abstinencia	171
Gráfica 118. Abordaje y manejo del paciente con consumo problemático de medicamentos opioides	172
Gráfica 119. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones (personal farmacéutico)	173
Gráfica 120. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de farmacia	174
Gráfica 121. Medicamentos opioides identificados por el personal de farmacia en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud	175
Gráfica 122. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones (profesionales asistenciales)	176
Gráfica 123. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de asistencial	177
Gráfica 124. Medicamentos opioides identificados en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud	178
Gráfica 125. Manejo del profesional de salud con trastorno por consumo de opioides	179
Gráfica 126. Tipos de medicamentos	180
Gráfica 127. Tipos de proveedores	181
Gráfica 128. Procedimientos de adquisición	182
Gráfica 129. Existencia de protocolo de gestión de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides	183
Gráfica 130. Expresiones más comunes acerca de la existencia de protocolo para manejo de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides	185
Gráfica 131. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria	186

Gráfica 132. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria	187
Gráfica 133. Principios activos y tipos de adecuación realizados para las instituciones que cuentan con central de mezcla	188
Gráfica 134. Formas de preparación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con central de mezcla, de acuerdo con los profesionales del servicio farmacéutico	189
Gráfica 135. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?.	191
Gráfica 136. Implementación del proceso de aprovechamiento en la institución	192
Gráfica 137. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL	194
Gráfica 138. Tipo de atención	195
Gráfica 139. Modalidades de prescripción hospitalaria.....	196
Gráfica 140. Procedimiento intrahospitalario.....	197
Gráfica 141. Manejo en servicios clínicos.....	198
Gráfica 142. Modalidad de prescripción ambulatoria.	199
Gráfica 143. Procedimiento ambulatorio.....	200
Gráfica 144. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	203
Gráfica 145. Falta de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en Colombia.	204
Gráfica 146. Motivos a favor de la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia	205
Gráfica 147. Motivos dados para no tener la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia	206
Gráfica 148. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?.....	207
Gráfica 149. Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides	208

Gráfica 150. Suficiencia de los medicamentos opioides disponibles en la institución	209
Gráfica 151. Medicamentos opioides que hacen falta en la institución	210
Gráfica 152. Consideración sobre la adecuada presentación para las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones.....	211
Gráfica 153. Argumentos sobre la falta de presentaciones adecuadas para suplir las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones.....	212
Gráfica 154. Presentaciones y/o principios activos que consideran los profesionales del servicio farmacéutico hacen falta en el mercado colombiano.	213
Gráfica 155. Consideración de los profesionales médicos sobre la suficiencia de medicamentos opioides disponibles en la institución.	214
Gráfica 156. Consideraciones sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en las instituciones	215
Gráfica 157. Listado de medicamentos opioides y sus formas farmacéuticas que los profesionales médicos consideran hacen falta en las instituciones.	217
Gráfica 158. Presencia de barreras de acceso.	218
Gráfica 159. Barreras de acceso identificadas	219
Gráfica 160. Suficiencia y optimización de la información divulgada por los entes de control sobre medicamentos opioides	220
Gráfica 161. Razones por las cuales se considera suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.....	221
Gráfica 162. Suficiencia de la educación universitaria en pregrado sobre el uso de medicamentos opioides en profesionales de la salud	222

Gráfica 163. Razones por las cuales consideran insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado	223
Gráfica 164. IPS en donde se llevan a cabo capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	224
Gráfica 165. Personal al que van dirigidas las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	225
Gráfica 166. Regularidad de las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.....	225
Gráfica 167. Personal de farmacia que considera o no que hace falta realizar capacitaciones en instituciones que no las realizan.....	226
Gráfica 168. Realización de capacitaciones institucionales sobre el manejo de medicamentos opioides.	227
Gráfica 169. Suficiencia y optimización de la información divulgada por los entes de control sobre opioides.....	228
Gráfica 170. Complementos de respuestas afirmativas que cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	229
Gráfica 171. Complementos de respuestas negativas que consideran que no es óptima ni suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides	230
Gráfica 172. Suficiencia de la educación universitaria en pregrado sobre el uso de medicamentos opioides	231
Gráfica 173. Razones por las cuales se identifica como insuficiente la educación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.....	232
Gráfica 174. Formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.	233
Gráfica 175. Tipos de formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.....	234

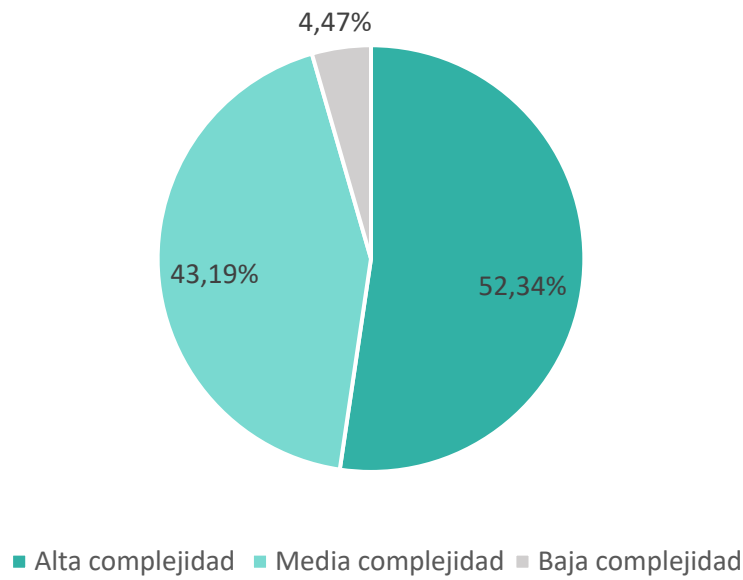
Resultados

Sección 1: Caracterización de la población

Anexo 1. Personal de calidad

En relación con el nivel de complejidad de las instituciones de salud donde se desempeñan los profesionales de administración y gestión de la calidad, la Gráfica 1 evidencia que la mayoría se concentra en entidades de alta complejidad (52,34%). A estas le siguen las de mediana complejidad (43,19%), mientras que las de baja complejidad representan la proporción minoritaria (4,47%).

Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones

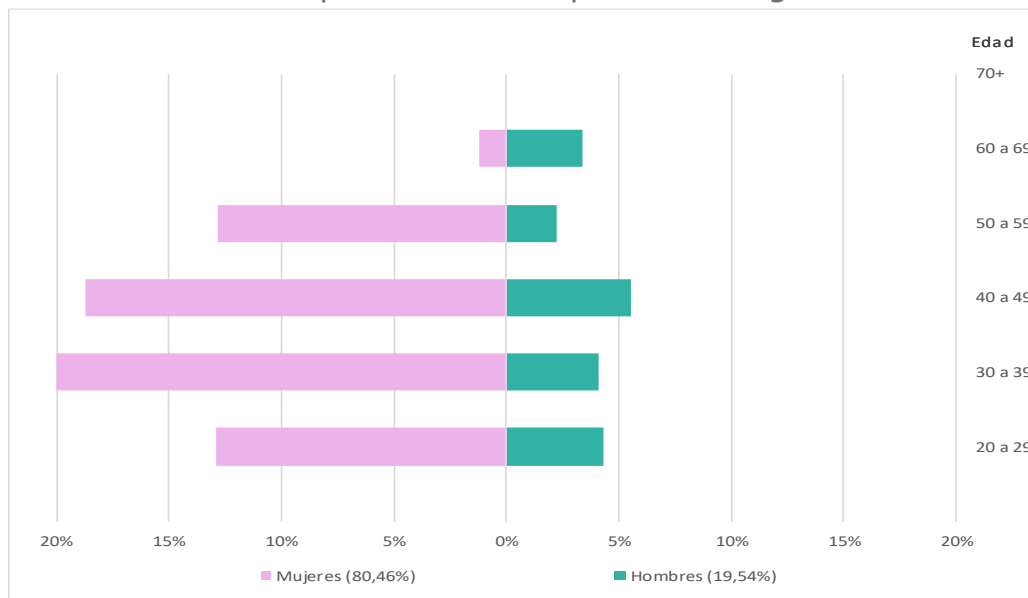


Fuente: Construcción propia.

La pirámide poblacional de la Gráfica 2 corresponde a la distribución poblacional del personal perteneciente al área administrativa y de gestión de calidad. La distribución por sexo y rango de edad muestra un predominio de mujeres en todos los grupos etarios. El mayor porcentaje de participantes se concentró en el rango de 30 a 39 años (36,12% del total), integrado por 32,02% de mujeres y 4,09% de hombres. Le siguió el grupo de 40 a 49 años (24,23%), conformado por 18,72% de mujeres y 5,51% de hombres. En tercer lugar, se ubicó el rango de 20 a 29 años (17,25%), con 12,94% de mujeres y 4,31% de hombres, seguido del grupo de 50 a 59 años (15,12%), integrado por 12,88% de mujeres y 2,24% de hombres. El rango de 60 a 69 años representó el 4,61% de la población, correspondiente a 3,39% de hombres y 1,23% de mujeres, mientras que en el grupo de 70 años o más no se registraron participantes. En suma, las mujeres representaron el 80,46% de la

población estudiada y los hombres el 19,54%, evidenciando un predominio femenino en todos los rangos de edad.

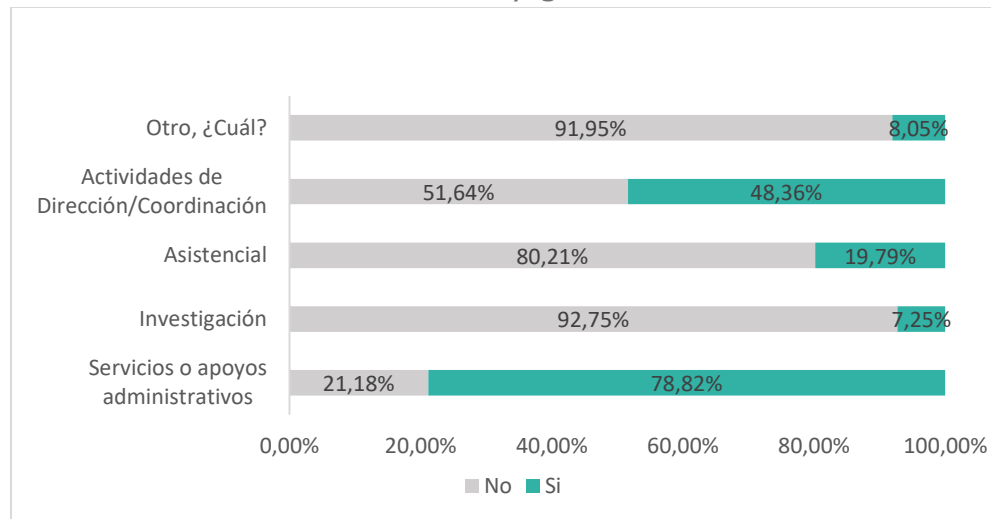
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal de gestión de calidad



Fuente: Construcción propia.

Como lo indica la Gráfica 3, las actividades desempeñadas por los profesionales del área administrativa y de gestión de calidad son principalmente en el servicio o apoyos administrativos (78,82%) y actividades de dirección/koordinación (48,36%). Sin embargo, actividades asistenciales (19,79%) y de investigación (7,25%) no son frecuentes en esta población. En la categoría "otro" se agrupó el 8,05% de las respuestas.

Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del profesional del área administrativa y gestión de calidad



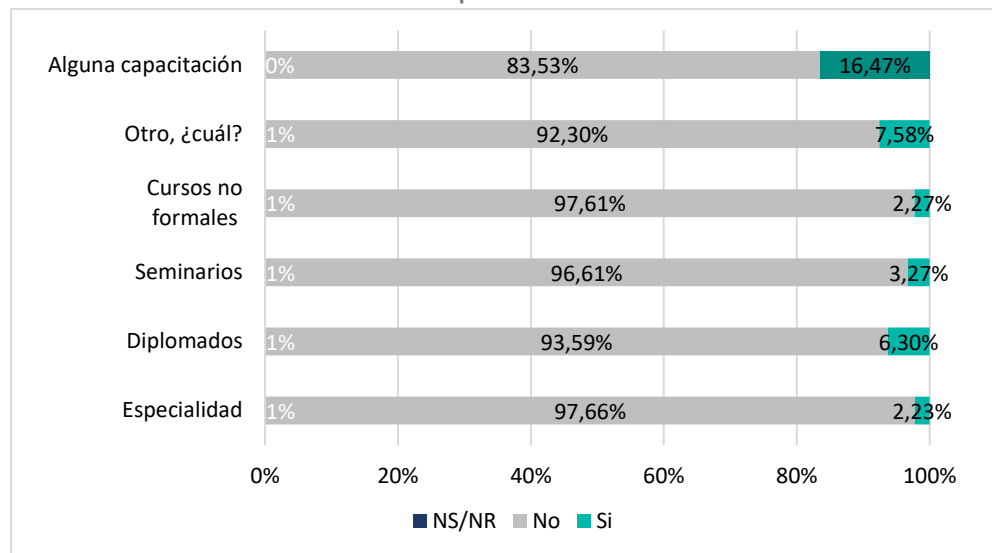
Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 4 muestra la formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides, evidenciando una baja participación de los entrevistados en procesos de formación específica sobre esta temática. La modalidad con mayor proporción de respuestas afirmativas corresponde a alguna capacitación (16,47%), seguida de otro tipo de formación (7,58%), diplomados (6,30%), seminarios (3,27%), cursos no formales (2,27%) y especialidades (2,23%).

En contraste, predominan ampliamente las respuestas negativas en todas las modalidades de formación. Destaca que el 83,53% de los participantes manifestó no haber recibido ninguna capacitación en el manejo de medicamentos opioides, lo que evidencia una cobertura muy limitada en dicho asunto. Esta tendencia se acentúa en las demás modalidades, donde las respuestas negativas alcanzan el 92,30% en otras modalidades, el 93,59% en diplomados, el 96,61% en seminarios, el 97,61% en cursos no formales y el 97,66% en especialidades.

Los resultados reflejan una limitada formación formal y complementaria de los participantes en el manejo de medicamentos opioides, caracterizada por una escasa cobertura de las capacitaciones y una participación aún menor en procesos de formación más estructurados, lo que pone de manifiesto una importante brecha en el fortalecimiento de capacidades sobre esta temática.

Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides

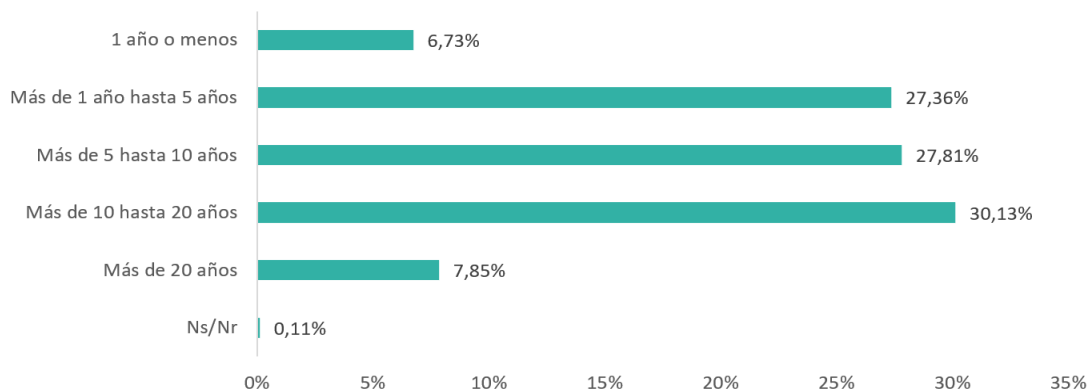


Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 5 presenta la distribución del tiempo de experiencia del personal en áreas administrativas y de gestión de calidad. Se observa un predominio de profesionales con amplias trayectorias laborales, concentrándose el 30,13% en el rango de 10 a 20 años de experiencia y el 27,81% entre 5 y 10 años. Adicionalmente, el 27,36% reportó entre 1 y 5 años de experiencia. Estos resultados evidencian que la mayoría de los participantes cuenta con una experiencia significativa en el desempeño de sus funciones. En los extremos de la distribución, el 7,85% manifestó tener más de 20 años de experiencia, mientras que el 6,73% indicó contar con un año o menos, lo que evidencia una baja proporción de personal

con poca experiencia laboral. Finalmente, el 0,11% de los entrevistados no suministró información sobre este aspecto.

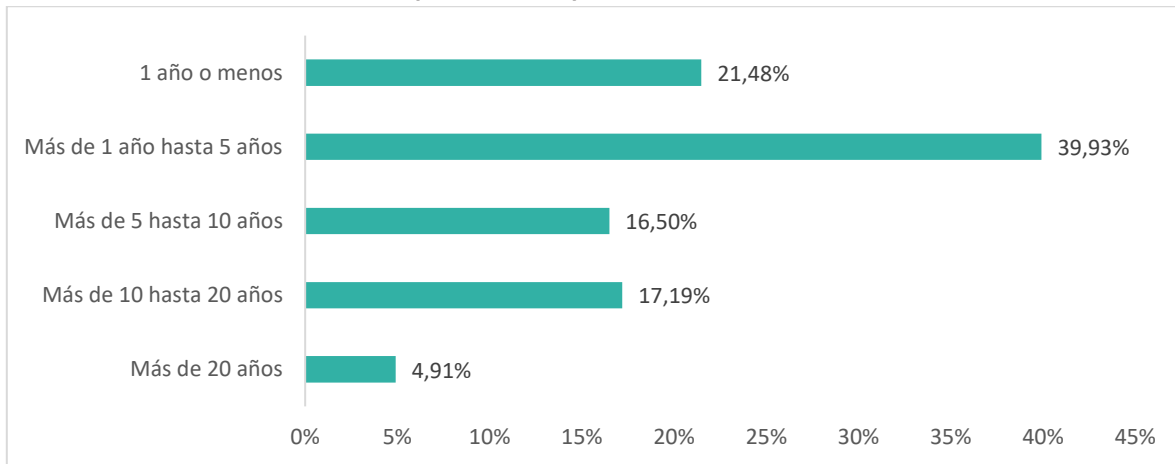
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 6 presenta el tiempo de experiencia profesional de los participantes en su actual institución. El 39,93% registra una permanencia entre 1 y 5 años, constituyendo el grupo de mayor representación, seguido por el 21,48% con menos de un año de vinculación. Estos resultados evidencian un predominio de personal con una trayectoria institucional relativamente reciente. En contraste, el 17,19% cuenta con entre 10 y 20 años de experiencia en la institución, el 16,50% entre 5 y 10 años y el 4,91% supera los 20 años de permanencia, lo que refleja una menor proporción de profesionales con amplia trayectoria institucional.

Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución

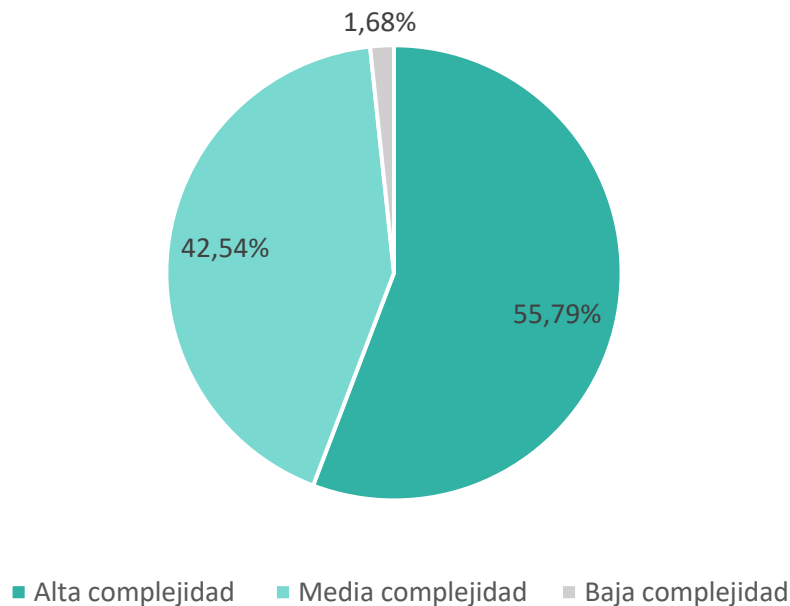


Fuente: Construcción propia.

Anexo 2. Personal del servicio farmacéutico

En relación al nivel de complejidad de las instituciones, los resultados de la Gráfica 7 indican que un 55,79% corresponde a instituciones de tercer nivel (complejidad alta), el 42,54% a instituciones de segundo nivel (complejidad media) y el 1,68% a instituciones de primer nivel (complejidad baja).

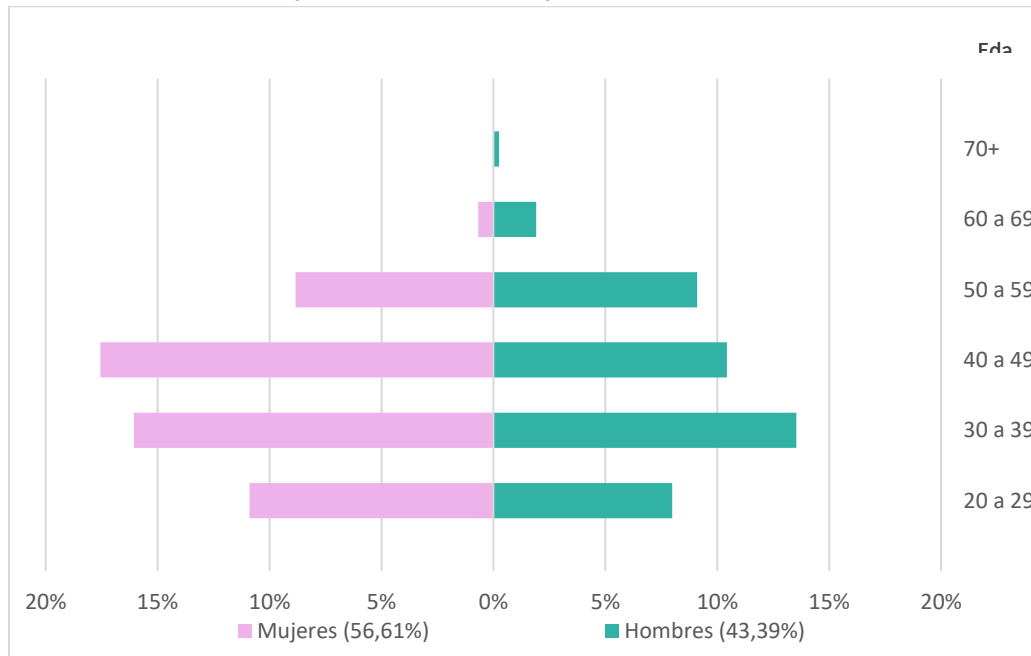
Gráfica 7. Nivel de complejidad de las instituciones



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 8 corresponde a la pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico, en la que se observa una distribución inclinada hacia las mujeres (56,61%) frente a los hombres (43,39%). Por edades, el grupo más numeroso en la población es el rango de 30 a 39 años, rango en el que predominan las mujeres (16,06%) sobre los hombres (13,53%). El segundo grupo de edad más numeroso es el de 40 a 49 años (27,99%) con similar predominancia de mujeres (17,57%) sobre los hombres (10,43%). El grupo de edad más joven, de 20 a 29 años (18,89%) es el tercero más numeroso, con similar tendencia por sexo (10,90% mujeres, 7,98% hombres). Los grupos de edad más avanzada, 50 a 59 años (17,94% total, 9,11% hombres, 8,84% mujeres) y de 60 a 69 años (2,60% total, 1,92% hombres, 0,68% mujeres), tienen predominancia de hombres. El rango de edad más avanzada, 70 y más, es el grupo de edad menos numeroso y se compone exclusivamente de hombres (0,26%).

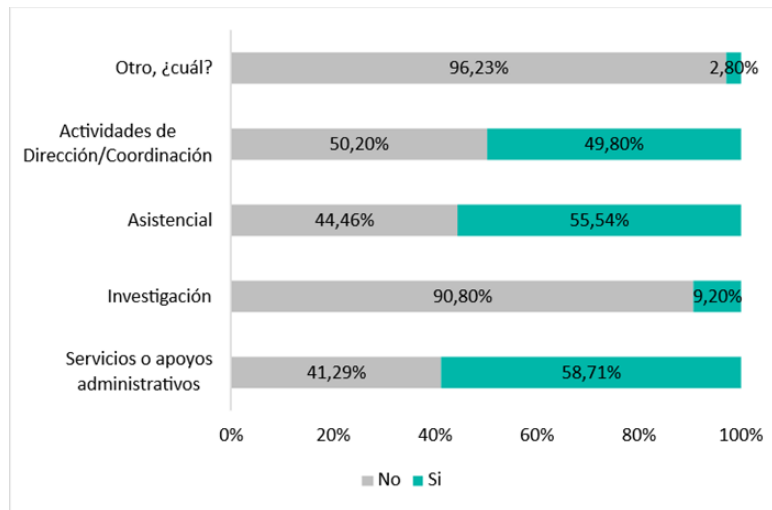
Gráfica 8. Pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico



Fuente: Construcción propia.

En lo concerniente a las actividades laborales que realiza el personal del servicio farmacéutico (Gráfica 9) la información es la siguiente: La mayoría de las actividades están concentradas en servicios o apoyos administrativos (58,71%), asistencial (55,54%) y actividades de dirección/coordiación (49,80%). Lo que deja a las actividades de investigación con un 9,20% y un 2,80% en la categoría otros.

Gráfica 9. Actividades laborales que describen los cargos del personal del servicio farmacéutico

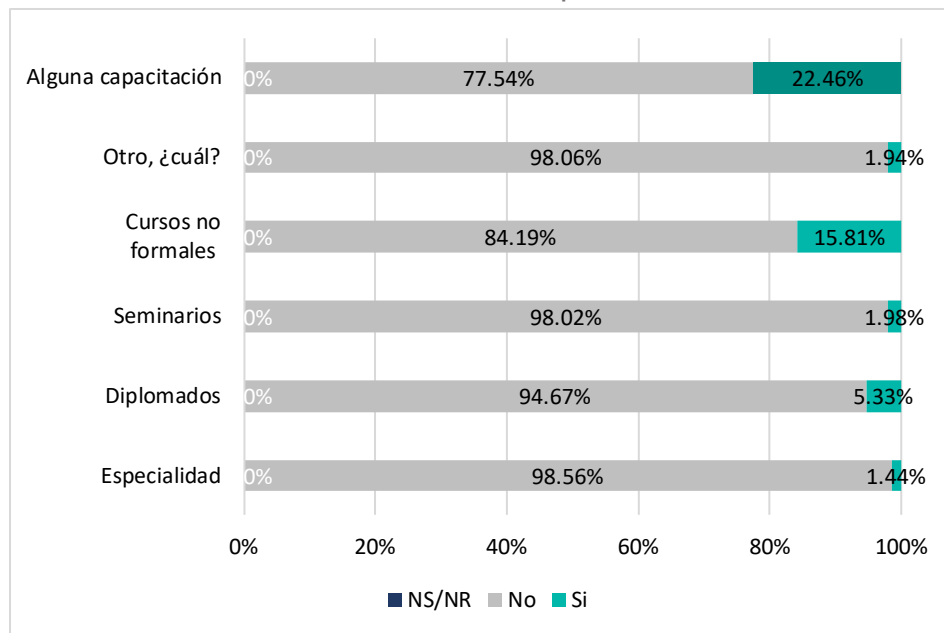


Fuente: Construcción propia.

La formación sobre el manejo de medicamentos opioides es especialmente importante para el personal del servicio farmacéutico, ya que es el encargado del almacenamiento, control y dispensación de los medicamentos, entre otras funciones. En la Gráfica 10, se observa que solo un grupo minoritario, del 22,46%, manifiesta haber recibido algún tipo de capacitación específica en medicamentos opioides.

Entre los tipos de capacitación, las categorías más frecuentemente mencionadas fueron las de los cursos no formales (15,81%) y, en segundo lugar, los diplomados (5,33%). Con frecuencias muy bajas aparecen los seminarios (1,98%), las especialidades (1,44%), y una categoría que abarca variedad de otras descripciones (1,94%) como, por ejemplo, charlas informales o el estudio individual por cuenta propia.

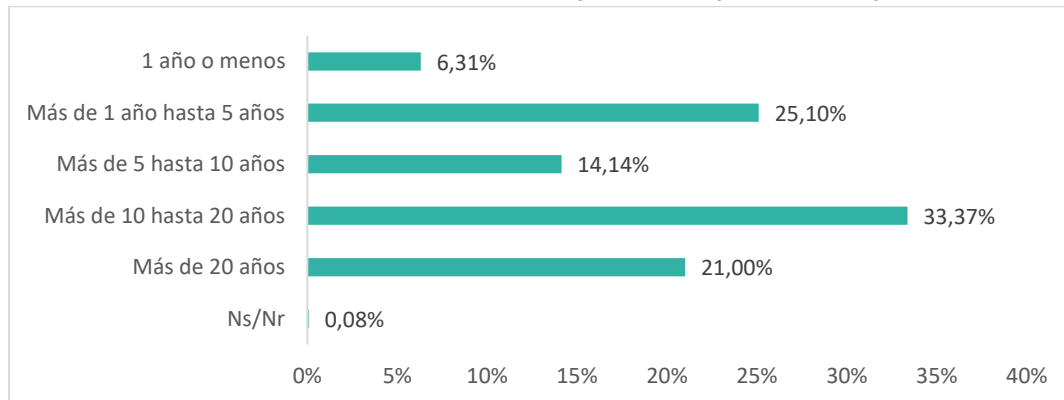
Gráfica 10. Tendencia en la formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

La distribución del tiempo de experiencia profesional en servicios farmacéuticos se representa en la Gráfica 11, donde se observa que la mayor proporción de estos trabajadores se concentra en rangos intermedios y altos de trayectoria laboral. El grupo más numeroso corresponde al rango de entre 10 hasta 20 años de experiencia (33,37%) seguido por aquellos con más de 1 hasta 5 años (25,10%) y el personal con más de 20 años de experiencia (21,00%). En menor medida, se encuentran los profesionales con más de 5 hasta 10 años (14,14%) y aquellos con un año o menos, quienes representan el 6,31%. Finalmente, el 0,08% no especificó su tiempo de experiencia.

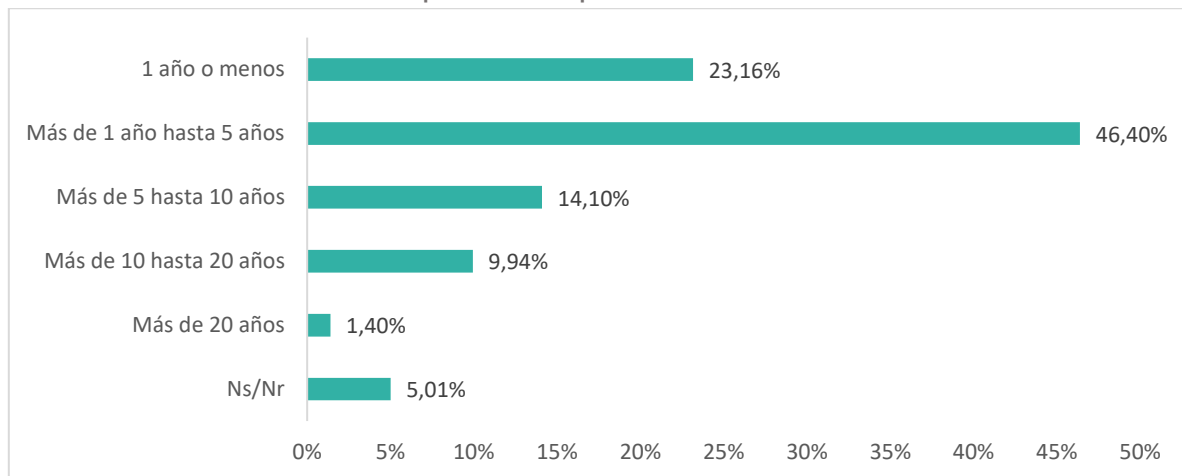
Gráfica 11. Distribución del tiempo de experiencia profesional



Fuente: Construcción propia.

Los resultados de la Gráfica 12 muestran que la mayor parte del personal del servicio farmacéutico cuenta con un periodo de permanencia relativamente corto en la institución donde labora actualmente. El grupo más representativo corresponde a aquellos que tienen entre 1 y 5 años de permanencia (46,40%), seguido por quienes llevan un año o menos (23,16%). En contraste, los trabajadores con mayor antigüedad presentan porcentajes menores: 14,10% en el rango de más de 5 hasta 10 años, 9,94% entre 10 y 20 años y únicamente el 1,40% con más de 20 años de permanencia. Finalmente, el 5,01% de los entrevistados no especificó su tiempo en la institución.

Gráfica 12. Experiencia profesional en la institución

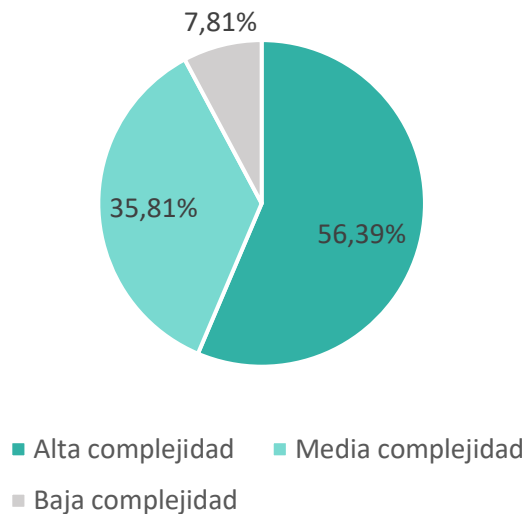


Fuente: Construcción propia.

Anexo 3. Profesionales de la salud

En relación con la complejidad de la institución de salud, los resultados representados en la Gráfica 13 muestran que la mayoría corresponde a instituciones de alta complejidad (56,39%). Seguido de un 35,81% que fueron clasificadas como de media complejidad, mientras que únicamente el 7,81% la identificó como de baja complejidad.

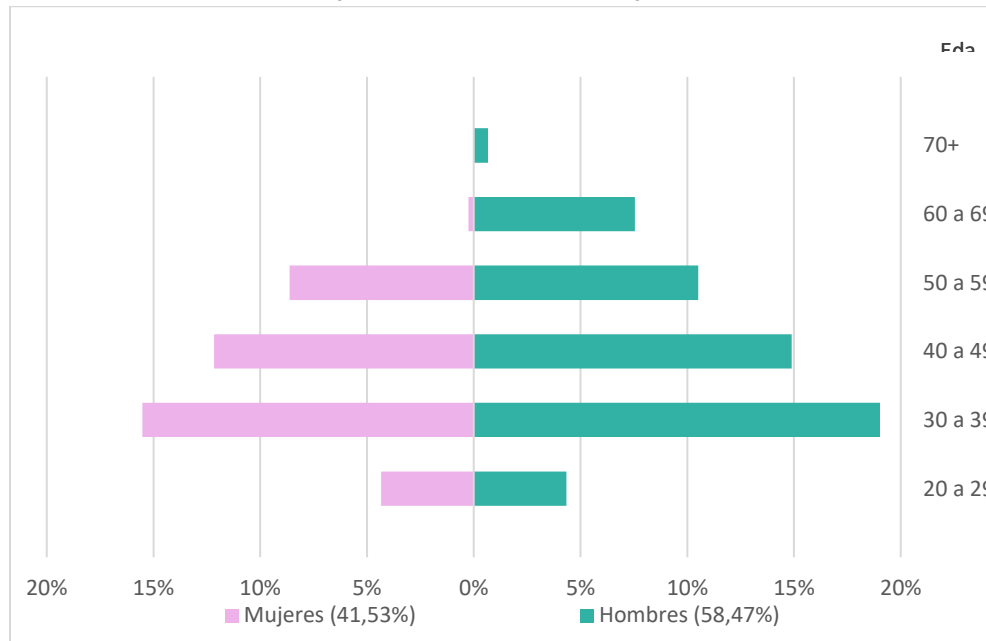
Gráfica 13. Nivel de complejidad de las instituciones



Fuente: Construcción propia.

La pirámide poblacional de los profesionales de la salud se representa en la Gráfica 14, donde se evidencia un predominio general del sexo masculino (58,47%), frente al femenino (41,53%). En cuanto a la distribución por edad y sexo, la mayor concentración corresponde al grupo de 30 a 39 años (34,55%), con una participación marcadamente superior de los hombres (19,03%), frente a las mujeres (15,52%). Le siguen los rangos de 40 a 49 años (27,05% total, 14,89% hombres, 12,16% mujeres) y de 50 a 59 años (19,14%), en los que también predomina el personal masculino (10,51%) frente al femenino (8,63%). En contraste, en el grupo de 20 a 29 años (8,68%), la proporción de mujeres es casi exactamente la misma que la de los hombres (4,34% para cada sexo). Finalmente, en las edades de 60 años en adelante, que son el grupo de edad menos representado, con un 8,46%, se presenta una casi total predominancia de los hombres (8,22%) frente a las mujeres (0,24%).

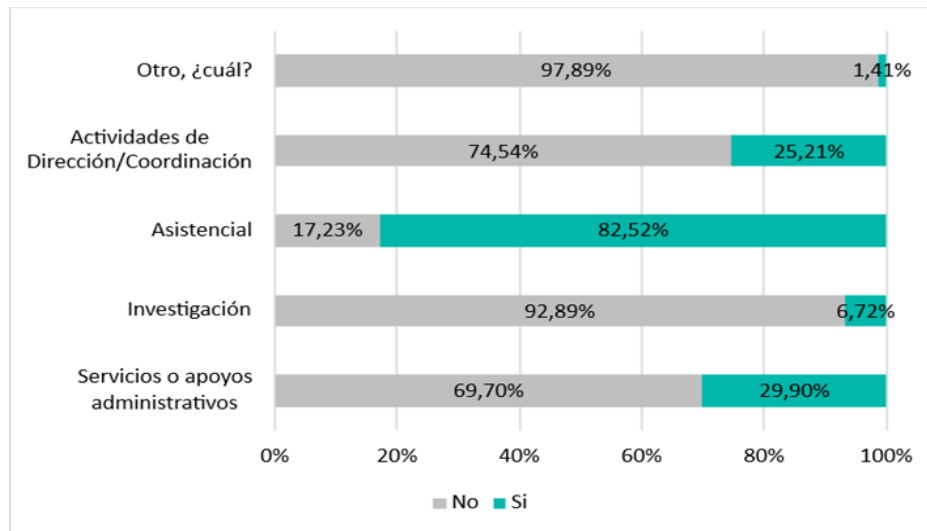
Gráfica 14. Pirámide poblacional de los profesionales de la salud



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las actividades laborales que mejor describen el cargo, la distribución representada en la Gráfica 15 muestra un predominio de funciones asistenciales (82,52%). En segundo lugar, se identifican actividades relacionadas con servicios o apoyos administrativos (29,90%) y con labores de dirección o coordinación (25,21%). En menor proporción, se reporta la participación en investigación (6,72%) y en otras actividades diferentes a las mencionadas (1,41%).

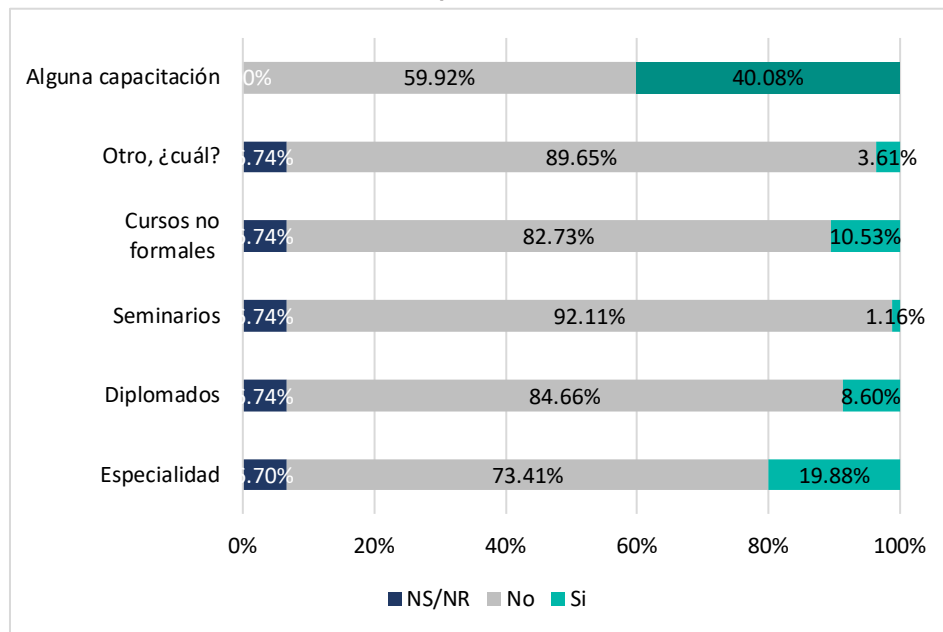
Gráfica 15. Actividad laboral que describe el cargo del personal de la salud



Fuente: Construcción propia.

Con referencia a la formación específica sobre el manejo de medicamentos opioides, la Gráfica 16 muestra que la mayor frecuencia de menciones en las respuestas corresponde a la ausencia de capacitación, pues el 59,92% reporta no haber recibido alguna capacitación específica. En cuanto a las menciones de una o varias capacitaciones en cada respuesta, la mención más frecuente corresponde a formación específica para manejo de opioides en especializaciones o especialidad, mencionada en el 19,88% de las respuestas. Le siguen cursos no formales (10,53%), y en tercer lugar los diplomados (8,60%). Finalmente, los seminarios como el nivel específico menos frecuentemente mencionado (1,16%). El 3,61% de las respuestas mencionó otro tipo de capacitación distinta a las opciones anteriores.

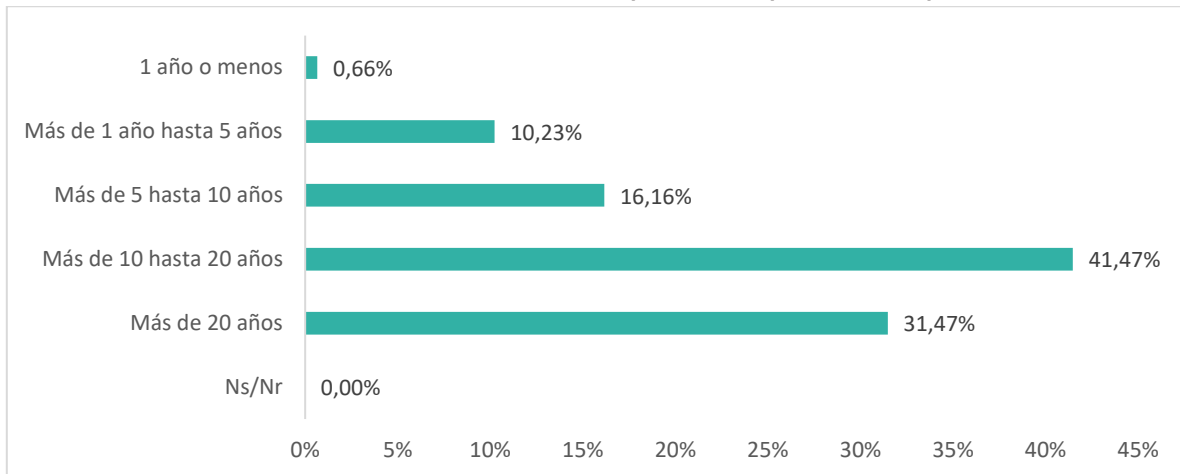
Gráfica 16. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

La distribución del tiempo de experiencia profesional representada en la Gráfica 17 muestra que la mayor parte de los entrevistados cuenta con entre 10 y 20 años de experiencia (41,47%). Le sigue en proporción el personal con más de 20 años de trayectoria (31,47%) y quienes tienen entre 5 y 10 años (16,16%). En menor medida, se encuentran aquellos con más de 1 hasta 5 años (10,23%) y, finalmente, el grupo con un año o menos de experiencia, que representa solo el 0,66%. Ninguno de los entrevistados dejó sin especificar su tiempo de experiencia.

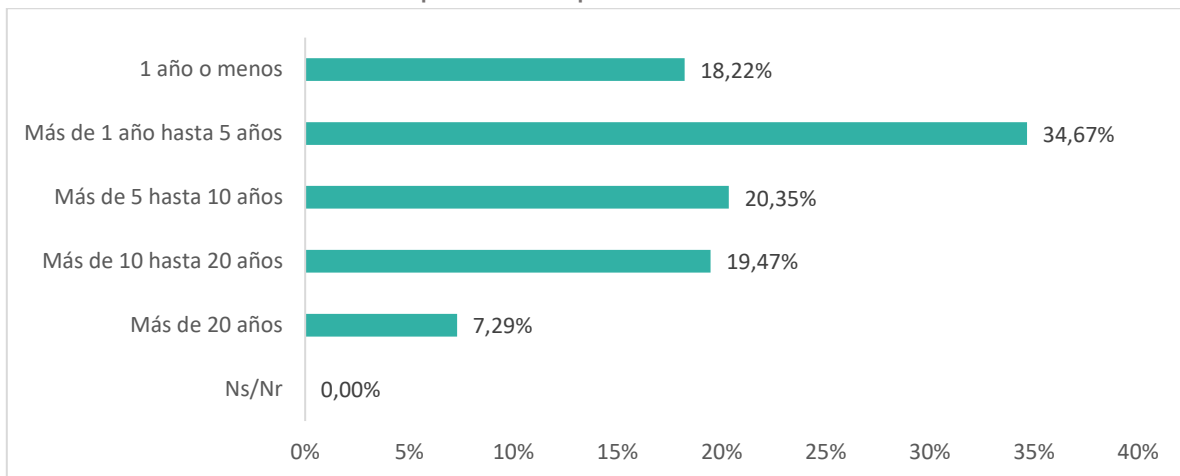
Gráfica 17. Distribución del tiempo de experiencia profesional



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 18 muestra que la mayor proporción de participantes cuenta con más de 1 año y hasta 5 años de experiencia profesional en la institución (34,67%), constituyendo el grupo de mayor representación. Le siguen quienes tienen más de 5 hasta 10 años (20,35%) y más de 10 hasta 20 años (19,47%), lo que evidencia una distribución importante de profesionales con experiencia intermedia y consolidada. Por su parte, el 18,22% reportó 1 año o menos de experiencia, mientras que el 7,29% indicó más de 20 años de permanencia institucional, siendo la categoría con menor frecuencia entre quienes respondieron.

Gráfica 18. Experiencia profesional en la institución

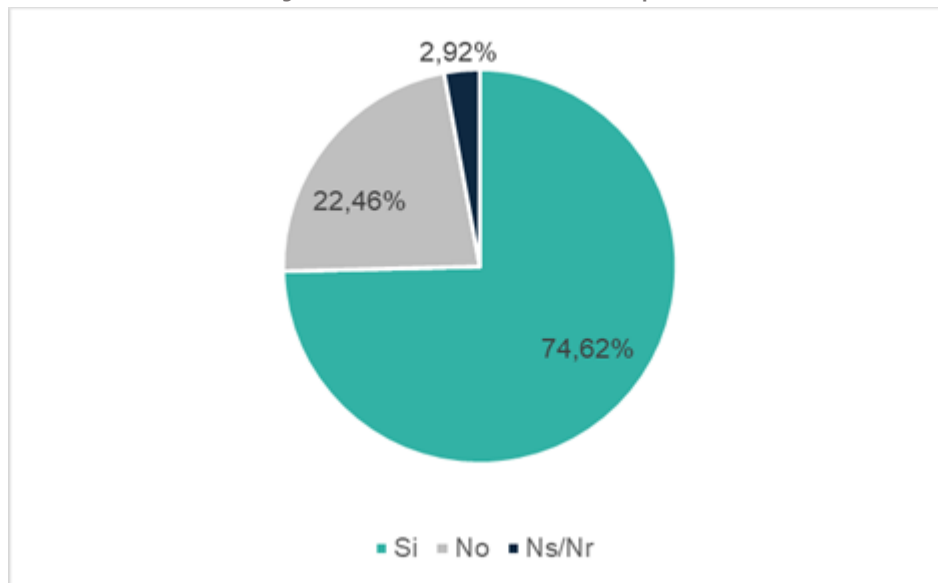


Fuente: Construcción propia.

Sección 2: Guías de práctica clínica

La Gráfica 19 muestra que el 74,62 % de los profesionales entrevistados manifestó contar con documentos formalmente establecidos dentro del sistema de gestión de calidad para el manejo de medicamentos opioides, incluyendo documentos tanto especializados como generales provenientes de diversas áreas institucionales. Un 22,46 % indicó no contar con dichas guías, un porcentaje considerable que podría reflejar una baja socialización, apropiación o visibilidad de la documentación existente, especialmente si se considera que la normativa vigente exige la existencia de estos documentos como parte de los criterios de habilitación. Finalmente, un 2,92 % de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 19. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

A quienes respondieron afirmativamente, se les consultó sobre cuáles eran las guías o procedimientos incluidos en sus sistemas de gestión de la calidad relacionados con el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas obtenidas fueron, en su mayoría, generales o poco específicas, mencionando una o más guías sin detallar su título completo, alcance o aplicación. La Gráfica 20 presenta las referencias más frecuentes, reflejando aquellas guías, manuales o documentos normativos que los participantes identificaron como parte de sus sistemas de gestión de calidad relacionados con el manejo de medicamentos opioides.

En los resultados se destaca que el “*Manual del Servicio Farmacéutico*” es mencionado por más de la mitad de los entrevistados (55,35%). Las respuestas asociadas a esta categoría hacen referencia a los procesos propios del servicio farmacéutico, especialmente en relación con el manejo de medicamentos de control. Una de las personas entrevistadas lo expresó de la siguiente manera:

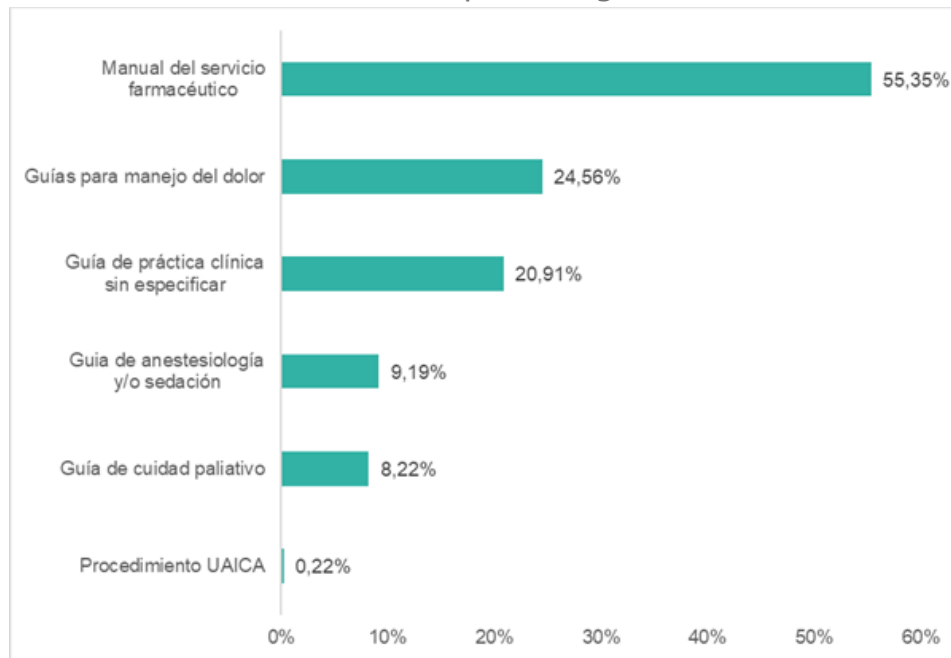
"Hay un manual del servicio farmacéutico, entonces en ese manual describen cómo es el manejo de estos medicamentos desde el servicio, la dispensación, quiénes los dispensan [...] digamos no es específico para opioides, pero van incluidos todos los medicamentos de control". (Entrevista 28, Bogotá).

También se reporta la existencia de guías de práctica clínica (GPC) de diversas patologías. Con el 24,56% de respuestas las guías para el manejo del dolor son las más mencionadas, y el 20,91% corresponde a guías de práctica clínica, pero sin especificar sus nombres. La siguiente cita es ilustrativa:

"Por patología sí, hay guías de práctica clínica donde pues dice cuál es el escalonamiento que se debe realizar de los medicamentos". (Entrevista 25, Bogotá).

Las guías de anestesiología/sedación (9,19%) y de cuidados paliativos (8,22%) presentan una menor frecuencia de implementación. No obstante, ambas corresponden a áreas en las que el uso de opioides es clínicamente relevante, aunque su adopción también está condicionada por la naturaleza y el nivel de complejidad de la institución.

Gráfica 20. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría

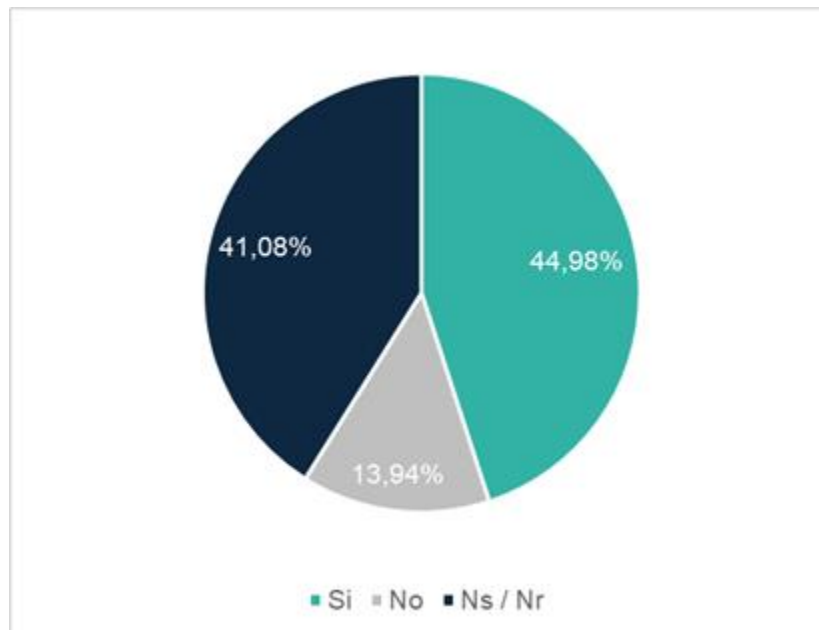


Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que indicaron no contar con guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides se les consultó si consideraban necesaria su incorporación al sistema de gestión de calidad. Como se observa en la Gráfica 21, el 44,98% manifestó que estas directrices deberían incluirse, reconociendo su importancia para promover el uso racional y el control adecuado de estos medicamentos. En contraste, el 13,94% consideró que su implementación no era necesaria, principalmente porque la institución no presta servicios clínicos relacionados con el uso de opioides, por considerar que dichas guías no son requeridas o por las características propias de la institución. Por su parte, el 41,08% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr, lo que evidencia un nivel importante de desconocimiento o ausencia de una posición definida frente a este aspecto. Este tipo de argumentos se ilustra en el siguiente testimonio:

"Fue algo que estuvo en proyección y pues no se le dio continuidad a todo lo referente al servicio de dolor y cuidados paliativos, el tema es que no se implementó lo que se tenía en su momento proyectado en la institución para la atención de pacientes de dolor y cuidados paliativos". (Entrevista 26, Bogotá).

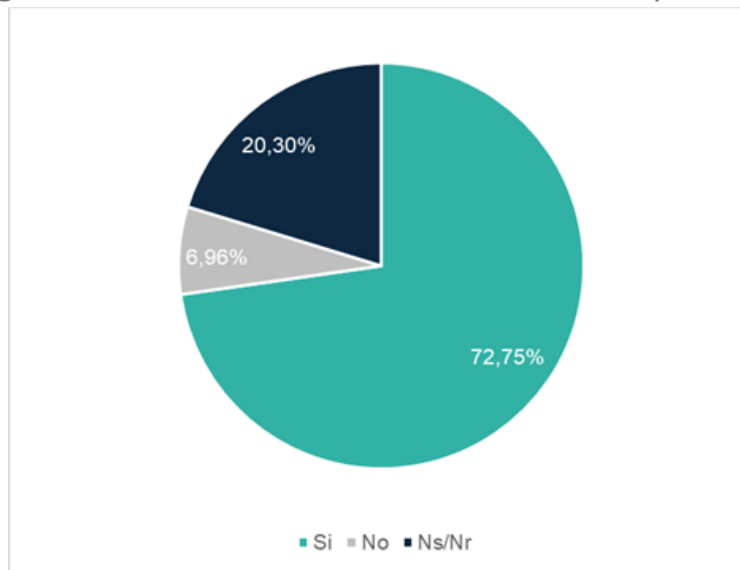
Gráfica 21. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.



Fuente: Construcción propia.

Se indagó por la fuente o referencia normativa de los documentos utilizados, con el objetivo de establecer si se fundamentan en guías nacionales o internacionales. Los resultados presentados en la Gráfica 22 muestran que el 72,75% de los participantes indicaron utilizar algún tipo de lineamiento, ya sea nacional o internacional. Un 6,96% señaló no utilizar ninguna guía de referencia, y el 20,30% de los entrevistados no respondió la pregunta o declaró desconocer la respuesta.

Gráfica 22. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

A quienes afirmaron referenciarse en alguna guía o lineamiento, se les consultó por el origen específico de las fuentes. Las respuestas fueron clasificadas según las categorías presentadas en la Gráfica 23. El 64,21% referencia documentos del Ministerio de Salud, sin mencionar una guía o norma específica. La siguiente cita evidencia que la adopción puede ser parcial o total, priorizando siempre normativas y recomendaciones nacionales:

"La primera opción es la nacional, lo que tiene el ministerio publicado en adopción de guías. El segundo paso es validar con los especialistas si la guía definitivamente está totalmente descontextualizada [...] entonces hacemos una búsqueda en asociaciones científicas básicamente con el apoyo de los mismos especialistas". (Entrevista 9, Medellín - Antioquia).

La mención de guías internacionales no específicas, ocupan el segundo lugar de frecuencias con un 16,50%. Aquí se encuentran menciones de

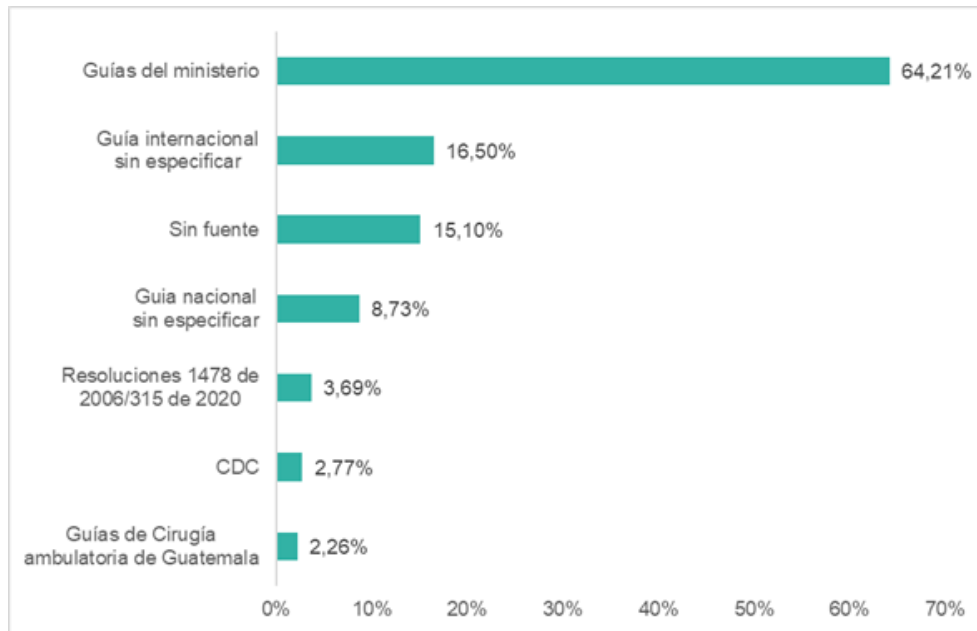
guías como las distintas directrices de la OMS, guías de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) y directrices de la CDC sobre manejo de dolor en atención primaria. Un profesional expresa la preferencia a guías internacionales porque considera que las guías nacionales están desactualizadas:

"Adaptaciones de guías de prácticas clínicas internacionales, con apoyo de los médicos expertos y del centro de investigación, no recuerdo específicamente de cuales, pero tengo presente la CDC, las del ministerio, son muy viejas y por eso ya no las tenemos tan en cuenta". (Entrevista 15, Barranquilla - Atlántico).

En las menciones a guías nacionales (8,73%), aunque la mayoría se refiere de manera genérica a su origen, en algunos casos se identifican guías de asociaciones especializadas, como la Sociedad Colombiana de Anestesiología y la Sociedad Colombiana de Oftalmología, entre otras.

La normativa nacional, representada por las resoluciones 1478 de 2006 y 315 de 2020 sobre el control y manejo de medicamentos sometidos a fiscalización, fue mencionada con una frecuencia cercana al 3,69%. Asimismo, las guías del CDC (2,77%) y las guías de cirugía ambulatoria de Guatemala (2,26%) registraron una baja frecuencia de mención entre los entrevistados.

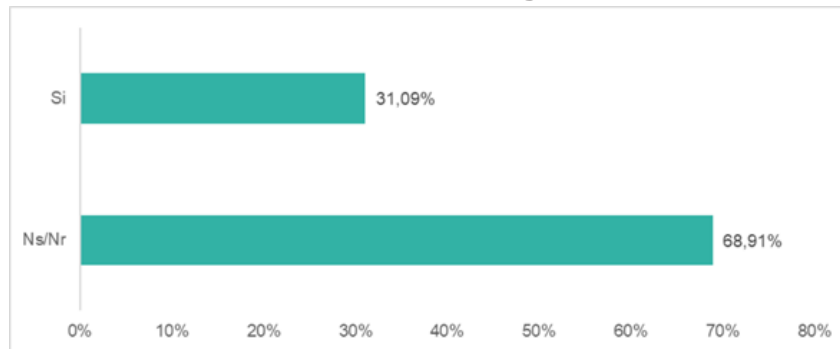
Gráfica 23. Fuente o referencia de Guías o lineamientos



Fuente: Construcción propia.

A los participantes que manifestaron no contar con una fuente o referente de guías para el manejo de medicamentos opioides se les consultó si consideraban necesario disponer de algún documento de referencia. Como se observa en la Gráfica 24, el 31,09% respondió afirmativamente, mientras que ningún participante manifestó que dicho referente no fuera necesario. La categoría Ns/Nr concentró el 68,91% de las respuestas.

Gráfica 24. Necesidad de referente de guía nacional o internacional



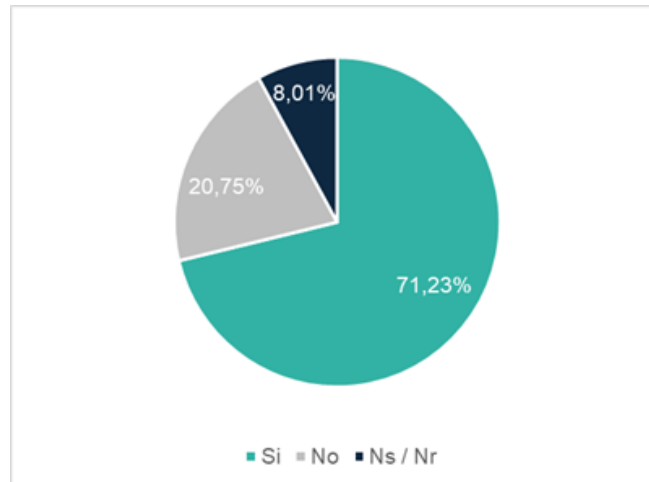
Fuente: Construcción propia.

Se entrevistó a los profesionales del área del servicio farmacéutico con el propósito de identificar la existencia de procesos formales integrados al sistema de gestión de calidad, relacionados con el manejo y control de los medicamentos opioides.

La Gráfica 25 presenta los resultados obtenidos: el 71,23% de los entrevistados manifestó contar con guías o manuales para este fin, el 20,75% indicó no disponer de estos documentos y el 8,01% refirió desconocer su existencia o no respondió. En estas respuestas se puede suponer la existencia de documentos generales, pero poco difundidos o asimilados por los entrevistados, la siguiente cita lo refleja:

"No, no hay protocolo ni nada, específicamente no, manejamos es un formato en farmacia, pero es como de inventario [...] ¿tiene un procedimiento de medicamentos de control especial? no, el procedimiento es un formatico". (Entrevista 163, Cali – Valle del Cauca).

Gráfica 25. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia.

Los entrevistados que respondieron afirmativamente en la pregunta anterior fueron consultados por los documentos existentes (Gráfica 26). La mayoría de las respuestas se orientó hacia la normatividad exigida para medicamentos controlados, con una frecuencia de mención del 58,19%. Las respuestas encontradas están orientadas hacia el control y la vigilancia. Las guías o protocolos no específicos, con un 8,19% de menciones, corresponden a documentos de carácter general o dirigidos a diversas patologías, sin un enfoque particular en el manejo de medicamentos opioides.

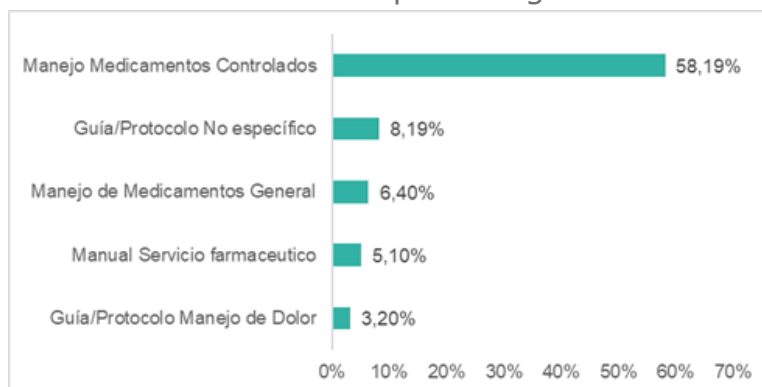
La categoría de manejo general de medicamentos (6,40%) reúne respuestas de carácter amplio, caracterizadas por cierta ambigüedad conceptual, aunque con claridad sobre la existencia del documento. La cita lo confirma:

"Creo que es manual de procesos, manual de procedimientos".
(Entrevista 32, Riohacha- Guajira).

La categoría Manual del Servicio Farmacéutico se reportó en un 5,10% de las menciones, y guías o protocolos de manejo de dolor en un 3,20%. Las menciones a resoluciones específicas fueron escasas y, cuando aparecieron, se orientaron principalmente a las Resoluciones 1478 de 2006, 315 de 2020 y 1403 de 2007, entre otras. La siguiente cita lo ilustra:

"Nos basamos en la resolución 1403, la 2100, y la 1478, y ahí hay todo el compendio del servicio farmacéutico, todo". (Entrevista 53, Bogotá).

Gráfica 26. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría



Fuente: Construcción propia.

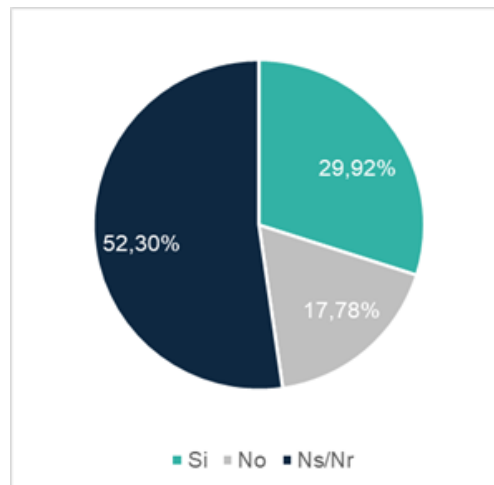
A los participantes que manifestaron no contar con guías o manuales para la gestión de medicamentos opioides, se les consultó sobre la necesidad de incorporarlos a sus sistemas de gestión de la calidad. La Gráfica 27 presenta los resultados. Las respuestas positivas (29,92%) indican la necesidad de un documento más exclusivo, como lo manifiesta el siguiente entrevistado:

"Si, de hecho, estamos trabajando en eso, entre el programa del dolor y cuidado paliativo que estamos implementando, que se está

buscando implementar desde la institución, pues también está el tema del protocolo del manejo adecuado de los anestésicos y de los medicamentos opioides”. (Entrevista 85, Neiva- Huila).

El 17,78% de los participantes manifestó que no requiere guías adicionales. En esta categoría, las declaraciones coincidieron en que no es necesario disponer de un documento general complementario.

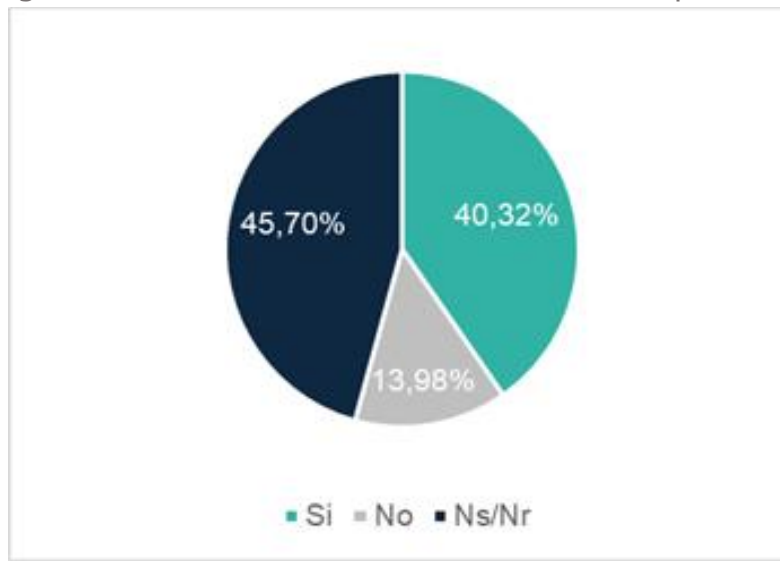
Gráfica 27. Necesidad de inclusión en sistema de calidad



Fuente: Construcción propia.

Se indagó sobre la fuente o referencia normativa de dichos documentos, con el propósito de identificar si se fundamentan en guías nacionales o internacionales y, de esta forma, evaluar su alineación con los protocolos locales. La Gráfica 28 presenta estos resultados: el 40,32% de los profesionales del área del servicio farmacéutico afirma referenciar sus guías en algún lineamiento nacional o internacional, el 13,98% señaló no fundamentar la documentación en algún referente, mientras que el 45,70% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr.

Gráfica 28. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 29 presenta las fuentes normativas y documentales mencionadas por el personal del área del servicio farmacéutico como referencia en sus actividades relacionadas con el manejo de los medicamentos opioides. La opción más reportada corresponde a la normatividad nacional vigente (43,28%), las guías emitidas por el Ministerio de Salud (29,11%) y, en tercer lugar, las resoluciones 1478 de 2006 y 315 de 2020 (17,31%). Se evidencia así un patrón de referencia a guías o lineamientos con carácter vinculante, fundamentados en la normatividad nacional vigente, lo cual aporta legitimidad a los protocolos utilizados. La siguiente cita refleja lo expresa:

"Si, tienen adaptadas las prácticas nacionales, pero nosotros en el servicio farmacéutico si tenemos protocolos basados en la normatividad vigente". (Entrevista 3, Barranquilla - Atlántico).

En menor proporción, algunos profesionales indicaron utilizar guías nacionales sin especificar (8,45%), guías o protocolos de manejo del dolor

(7,84%) y lineamientos de la OMS (6,11%). Otras referencias como el Decreto 780 y la Resolución 1403 (3,75%), guías internacionales sin especificar (1,80%) y protocolos no específicos (1,06%) tuvieron una frecuencia más baja. Finalmente, un 9,84% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 29. Fuente o referencia de Guías o lineamientos

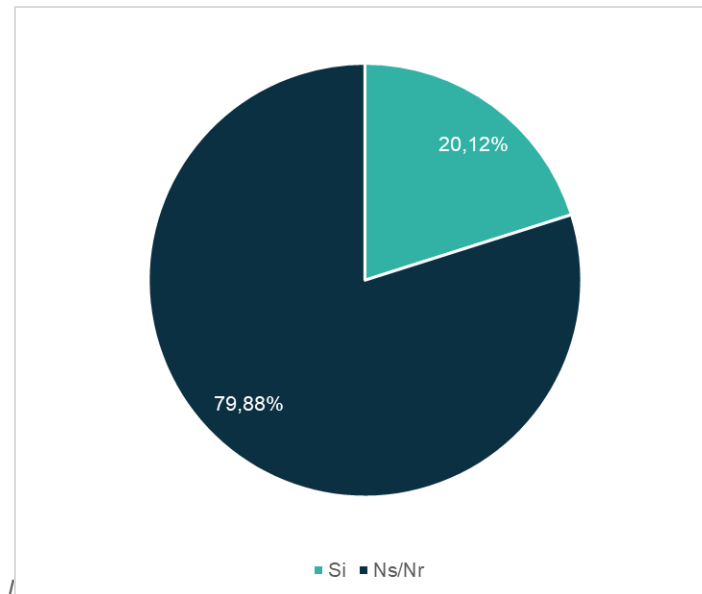


Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que respondieron negativamente se les consultó sobre la necesidad de incluir una referencia o fuente normativa en sus sistemas de gestión de la calidad. Los resultados se presentan en la Gráfica 30, donde se puede evidenciar que el 79,88% de los entrevistados manifestó estar de acuerdo con esta incorporación, mientras que el 20,12% restante no sabe o no responde. Entre las respuestas que señalan una necesidad específica se encuentra la siguiente:

"Sí, me interesaría con tramadol, porque la rotación acá sí es alta, a nivel de manejo de dolor, es alta y es indiscriminada, me pareciera". (Entrevista 140, Ibagué - Tolima).

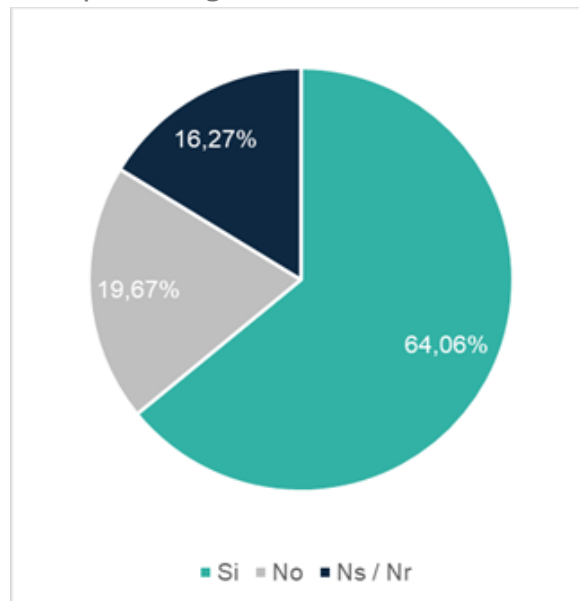
Gráfica 30. Necesidad de referente nacional o internacional



Fuente: Construcción propia.

Asimismo, se entrevista al personal del área clínica con la intención de conocer el marco operativo y/o normativo bajo el cual se fundamenta el manejo y control de los medicamentos opioides. La Gráfica 31 muestra la distribución de las respuestas: el 64,06% del personal del área médica afirma contar con guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides y el 19,67% indicó no disponer de ellos. El 16,27% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 31. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

A quienes respondieron afirmativamente se les solicitó identificar las guías utilizadas en su institución. Como se observa en la Gráfica 32, los participantes mencionaron una o más guías, protocolos o lineamientos orientados al manejo de medicamentos opioides.

Las guías o protocolos de manejo de dolor, mencionadas en el 26,37% de las respuestas del cuerpo médico son la referencia más frecuente, aquí se encuentran reunidas las menciones a guías especializadas en tratamiento del dolor de distintas especialidades como pediatría, dolor en UCI, en urgencias, post operatorio, etc., sin mencionar si es enfocado hacia el tratamiento del dolor crónico o agudo que son evaluados de forma separada. La siguiente cita menciona cómo la existencia de diversos documentos relacionados al manejo del dolor, involucran en cierta medida los opioides, sin tener un documento exclusivo:

“Tenemos guías para manejo de los grupos operatorios, tenemos guía de infusiones, tenemos guía de dolor neuropático que a veces se aplica, tenemos por lo pronto dolor lumbar que se puede beneficiar, manejo de infusiones en UCI, y atendiendo los grupos operatorios. Tenemos manejo de escalas que también es indirectamente eso. No específica de opioides. Tenemos por patologías donde sabemos que está ahí incluido el opioide”. (Entrevista 117, Bogotá).

Las guías para el manejo del dolor, tanto agudo como crónico, representan un porcentaje bajo, 3,31% en el caso del dolor agudo. Cabe resaltar que el manejo del dolor crónico no constituye una prioridad o carece de un respaldo normativo o técnico sólido.

La generalidad en las respuestas represento un alto porcentaje, el 12,78% afirmo contar con una guía o protocolo que involucra el manejo de los medicamentos opioides, pero sin especificar su nombre o especialidad. Las respuestas agrupadas como “guías por patología” (6,62%) pueden considerarse también como respuestas genéricas. La separación de ambas categorías pone de manifiesto que la documentación existente cubre el control y manejo de medicamentos, aunque no de forma específica para opioides.

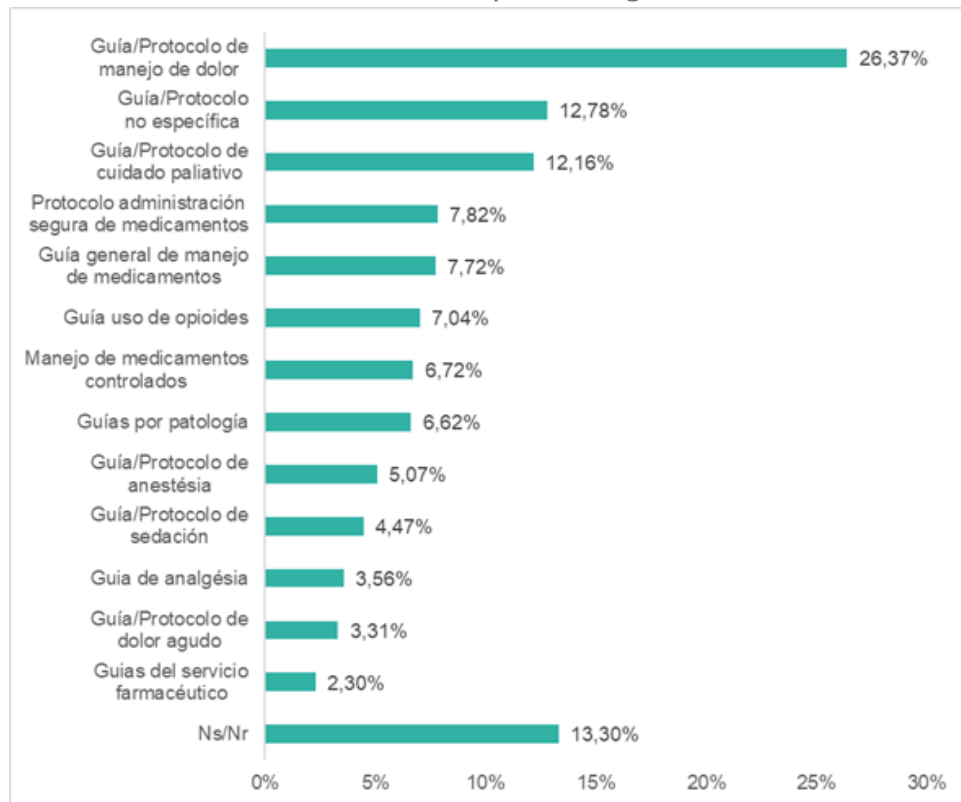
Las guías de cuidado paliativo, con un 12,16% de menciones, aparecen también con cierta frecuencia. Generalmente las poseen IPS de mediana y alta complejidad, así como instituciones especializadas en este campo o en el manejo de enfermedades terminales. Las guías del Ministerio de Salud, para la atención de pacientes en cuidado paliativo de 2016, son citadas de forma explícita en pocas ocasiones, aunque en algunos casos se hacen referencias indirectas a ellas como lo mencionan los entrevistados en las siguientes citas:

"Las guías del ministerio de salud de cuidado paliativo, nos guiamos por esas". (Entrevista 163, Cúcuta - Norte de Santander).

"Protocolo transversal para el manejo de dolor agudo y hospitalario y agudizado oncológico que fue basado en la guía de dolor y cuidado paliativo del ministerio". (Entrevista 204, Ibagué - Tolima).

Las menciones a documentos como el protocolo de administración segura de medicamentos (7,82%), la guía general de manejo de medicamentos (7,72%), la guía de opioides (7,04%), el manejo de medicamentos controlados (6,72%) y guías del servicio farmacéutico (2,30%) reflejan una orientación hacia la adherencia a prácticas de uso seguro de medicamentos, procesos vinculados con los protocolos propios del servicio farmacéutico y enfermería. Estos resultados, considerados en conjunto, no sugieren que se desconozcan las guías de práctica clínica, sino que indican que las respuestas tienden a priorizar los protocolos directamente vinculados con su especialidad clínica, y dejando en un segundo plano aquellos orientados a la seguridad y control de medicamentos, generalmente asociados al ámbito del servicio farmacéutico y de enfermería. El 5,07% de los entrevistados señaló utilizar guías o protocolos de anestesia, una respuesta que parece estar relacionada con la complejidad institucional, el volumen de procedimientos quirúrgicos y el perfil asistencial de la institución. De forma similar, el 4,47% mencionó protocolos de sedación, los cuales, en la mayoría de los casos, también se enmarcan en el contexto quirúrgico.

Gráfica 32. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría



Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que indicaron que no existen guías o procedimientos para el manejo de medicamentos opioides, se les consultó si consideraban necesaria su inclusión en el sistema de gestión de calidad institucional. La mayoría coincidió en que es fundamental contar con directrices claras para el uso racional y controlado de estos medicamentos. La Gráfica 33 refleja los resultados.

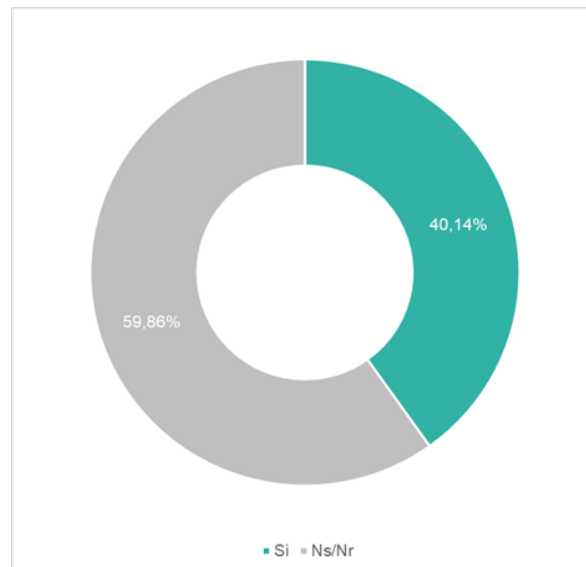
En esta pregunta, la totalidad de las respuestas fueron positivas hacia la necesidad de contar con guías o lineamientos en sus sistemas de gestión de calidad, excepto por un entrevistado que manifiesta la no necesidad, como lo expresa en la siguiente cita:

"No, yo creería que no es necesario, siempre y cuando sea manejado solo por mí. Porque fíjate que el tramadol, que si pueden tener acceso el resto del personal, nadie crea dependencia del tramadol, o sea, es muy poco. Porque normalmente la gente no crea dependencia al tramadol, a diferencia de lo que es el fentanilo". (Entrevista 299, Villavicencio - Meta).

La confianza individual y la percepción de bajo riesgo retrasan la implementación de controles, aunque existe disposición parcial a incluir guías en la gestión institucional:

"Si bien no es algo que nosotros manejemos con frecuencia si deberíamos estar informados" (Entrevista 89, Sincelejo - Sucre).

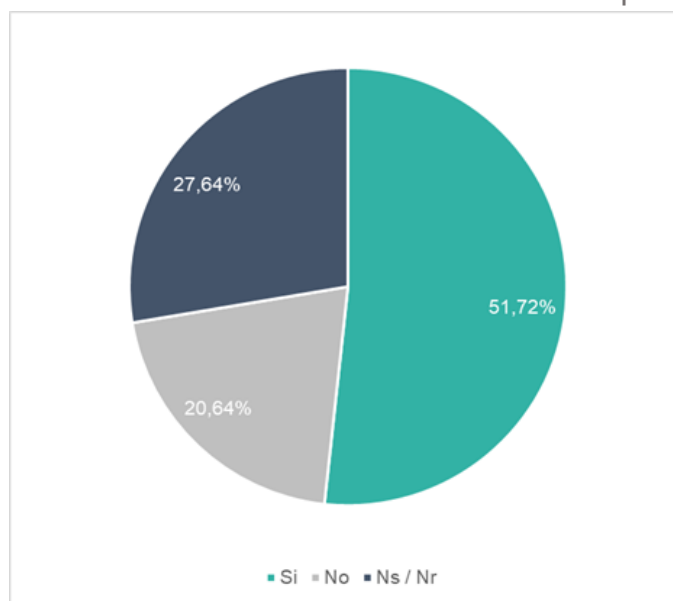
Gráfica 33. Necesidad de inclusión en sistema de calidad



Fuente: Construcción propia.

Igualmente, se indagó sobre la fuente o referencia normativa de dichos documentos, con el fin de establecer si se fundamentan en guías nacionales o internacionales. El 51,72% de los entrevistados indicó basarse en alguna referencia, ya sea nacional o internacional, para el manejo de medicamentos opioides y el 20,64% manifestó no hacerlo. El 27,64% se clasificó en Ns/Nr. La Gráfica 34 muestra los resultados.

Gráfica 34. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Se le consultó a los entrevistados que respondieron positivamente por las referencias o fuentes más usadas, entre nacionales e internacionales como fundamentos o lineamientos en sus documentos para el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se representan en la Gráfica 35. En la mayoría de las respuestas se aprecia que hay más de una referencia de guías y se nombran las del ministerio o sociedades clínicas colombianas, lo que se evidencia en la siguiente cita:



"Guías de la sociedad de anestesiología, sociedad inglesa de anestesiología, la escandinava o la española y guías del ministerio y de la sociedad colombiana de anestesiología y reanimación". (Entrevista 29, Cartagena - Bolívar).

En el gráfico se observa que las guías del ministerio concentran la preferencia de los entrevistados como fuente normativa para el manejo de medicamentos opioides (27,77%). Esto puede sugerir que, para la mayoría de las instituciones, la referencia de lineamientos o guías emanadas por el Ministerio de Salud constituyen el principal marco de referencia, posiblemente por su carácter oficial o su alineación con la normatividad nacional.

La Guías internacionales o nacionales sin especificar, representan un 18,62% y 16,57% respectivamente. En estas categorías están las respuestas muy genéricas que no discriminan nombre, especialidad u organización. Algunos entrevistados sostienen que la referencia internacional es la más usada, posiblemente por no contar con lineamientos nacionales suficientes.

En la categoría de nacionales se incluyen las guías de organizaciones independientes al ministerio de salud como las asociaciones médicas. Entre las nombradas están las guías de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, de Oftalmología o la Sociedad Colombiana de Cuidado Paliativo (ASOCUPAC), la siguiente cita lo confirma:

"Guías de la sociedad colombiana, en las normas mínimas de seguridad, esas son tal vez nuestras únicas guías que tenemos puntuales nacionales, no tengo otra guía nacional". (Entrevista 348, Pasto - Nariño).

Los lineamientos de la OMS, reconocidos como una de las principales fuentes internacionales, fueron mencionados en el 9,70% de las



respuestas. La mayoría de estas menciones no especifica la guía concreta, aunque algunas aluden de forma general a la especialidad a tratar, principalmente en el ámbito del dolor o la anestesia, y muy especialmente las guías de tratamiento de dolor crónico de la OMS.

Las referencias internacionales se concentran principalmente en las Guías Americanas (8,88%), dentro de las cuales destacan las de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y una mención a la American Heart Association (AHA). Las guías españolas aparecen en un 5,43% de las respuestas, mientras que también se registraron menciones a guías europeas, aunque sin especificar cuáles en particular.

El 4,58% de los entrevistados mencionan referencias de publicaciones científicas, se citan revistas como la de Medicina Intensiva, la Americana de Anestesiólogos (ASA) y otras. En esta cita se corrobora:

"Las revistas de la AHA, American Heart Association, las revistas de la ASA, que es American Society of Anesthesiology, son las guías de medicamentos que se usan, son bianuales". (Entrevista 2, Barranquilla - Atlántico).

Por último, las guías de la Asociación de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) aparecen en el 2,95% de las respuestas. La normativa también es mencionada de manera general por el 2,46% de los entrevistados, destacándose en particular la Resolución 1478 de 2006.

Gráfica 35. Fuente o referencia de guías o lineamiento



Fuente: Construcción propia.

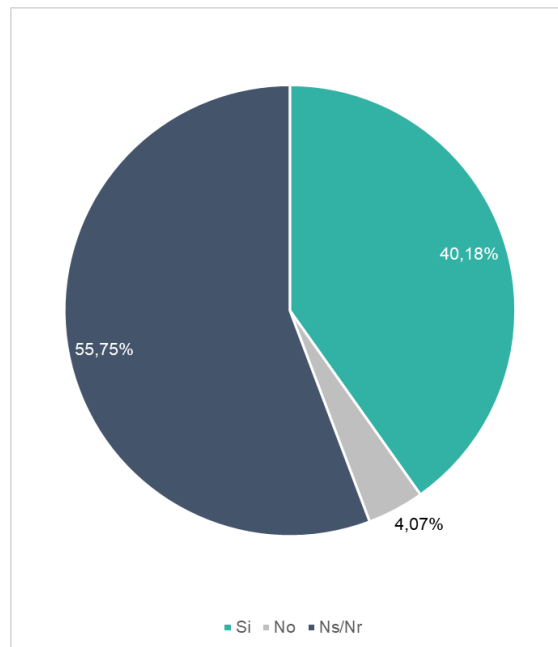
A quienes respondieron negativamente se les preguntó si era necesario incluir esa referencia en sus sistemas de gestión de calidad. Según la Gráfica 36, el 40,18% de los entrevistados respondió sí, mientras que solo un 4,07% consideró que no era necesaria. Un entrevistado señaló lo siguiente:

“No, es que realmente es un medicamento que tiene una indicación muy precisa. Qué guía le vas a poner si eso no es, o sea, tú lo utilizas de acuerdo a la necesidad que tienes [...] tienes un criterio abierto [...] es más del criterio clínico del médico que lo está colocando”. (Entrevista 48, Montería - Córdoba).

Esta cita refleja una resistencia a la estandarización del uso de medicamentos opioides y una preferencia por el criterio clínico individual sobre la aplicación de guías o protocolos. El entrevistado percibe que los opioides tienen indicaciones “muy precisas” y que el uso debe depender

de la necesidad clínica puntual, lo que lleva a considerar que un protocolo o guía sería una limitación innecesaria.

Gráfica 36. Necesidad de referente nacional o internacional



Fuente: Construcción propia.

Sección 3: Diagnóstico y tratamiento

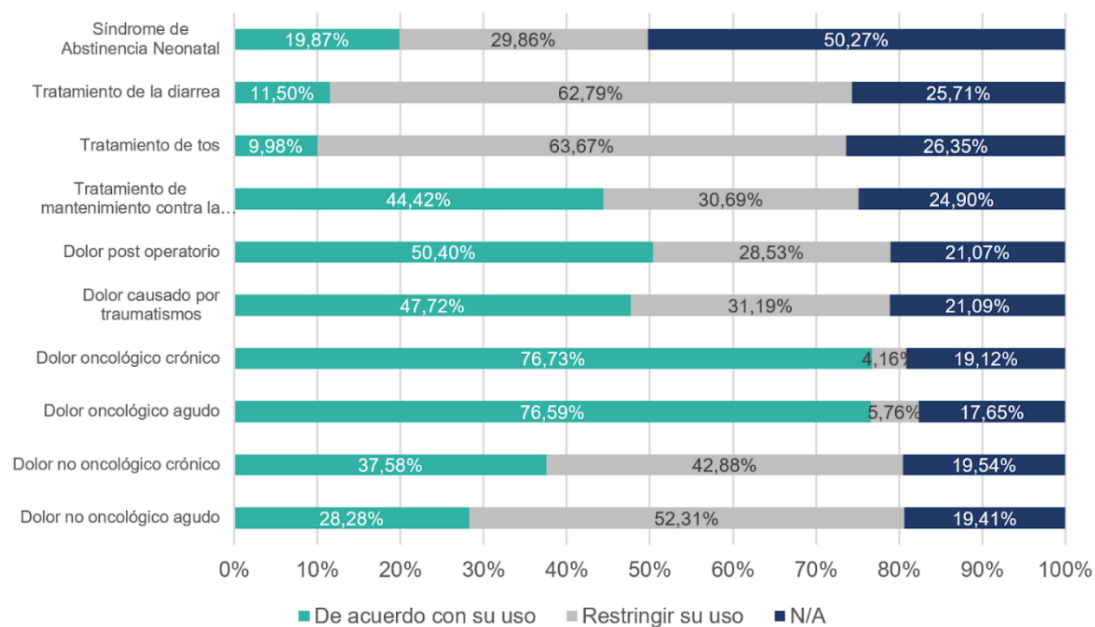
Diagnóstico (Escala)

En cuanto a las indicaciones de uso de opioides, los resultados representados en la Gráfica 37 muestran que existe un mayor nivel de acuerdo en su empleo para el manejo del dolor oncológico, tanto crónico (76,73%) como agudo (76,59%). Asimismo, una proporción considerable del personal médico y de enfermería aprueba su uso en el dolor postoperatorio (50,40%) y en el dolor causado por traumatismos (47,72%).

En contraste, se evidencia una mayor tendencia a restringir su utilización en diagnósticos no oncológicos, como el dolor agudo (52,31%) y el dolor crónico (42,88%). En el caso del síndrome de abstinencia neonatal, el 50,27% señaló no saber o no respondió, mientras que solo el 19,87% estuvo de acuerdo con su uso. Una situación similar se observa en el tratamiento de mantenimiento contra la dependencia de opioides, donde el 24,90% seleccionó Ns/Nr, y aunque un 44,42% estuvo de acuerdo con su uso, un 30,69% opinó que debería restringirse.

Por su parte, la mayoría de los entrevistados considera que los opioides no deben emplearse en el tratamiento de la diarrea (62,79%) ni de la tos (63,67%), diagnósticos en los que se concentran los porcentajes más altos de restricción.

Gráfica 37. Recomendación de uso o restricción de opioides según diagnóstico



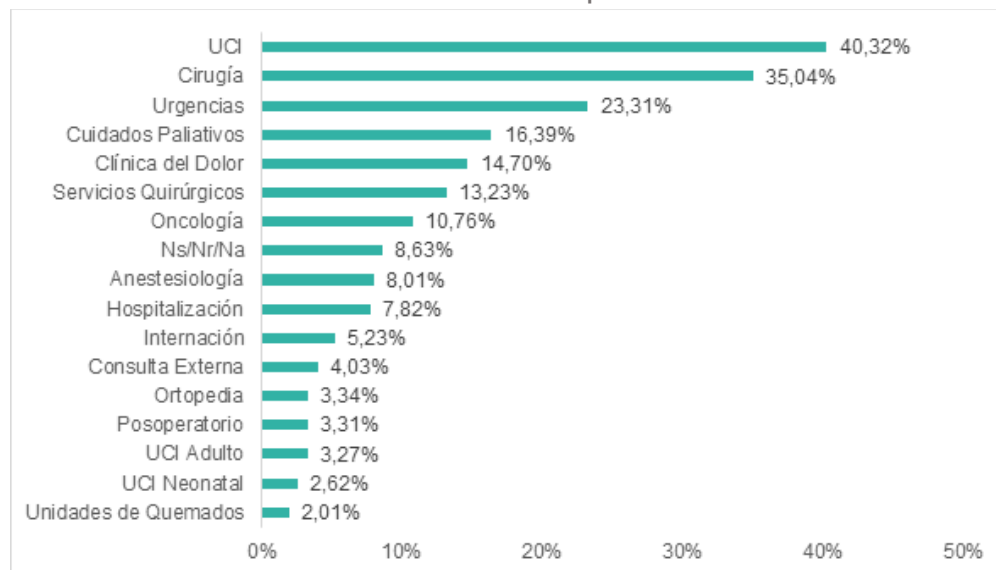
Fuente: Construcción propia.

Prescripción

Las respuestas dadas por los profesionales de administración y gestión de la calidad a esta pregunta indicaron los siguientes valores (Gráfica 38): Los servicios con mayor volumen de utilización de medicamentos opioides corresponden a UCI (40,32%), Cirugía (35,04%), y Urgencias (23,31%). Con porcentajes en un rango medio se reportaron los servicios de Cuidados paliativos (16,39%), Clínica del dolor (14,70%), Servicios quirúrgicos (13,23%), Oncología (10,76%), Anestesiología (8,01%), y hospitalización (7,82%). Finalmente, con valores más reducidos se mencionaron los servicios de Internación (5,23%), Consulta externa (4,03%), Ortopedia (3,34%), Postoperatorio (3,31%), UCI adulto (3,27%), UCI neonatal (2,62%), y Unidades de quemados (2,01%). El 8,63% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. La siguiente declaración confirma los resultados descritos:

"Por lo que puedo percibir, por el tema de manejo de dolor, el servicio de urgencias, las unidades de cuidado intensivo y los postquirúrgicos sobre todo de neurocirugía, todos esos que tienen que ver y los pacientes crónicos que vienen con dolor". (Entrevista 76, Santa Marta - Magdalena).

Gráfica 38. Servicios médicos y volumen en el manejo de medicamentos opioides

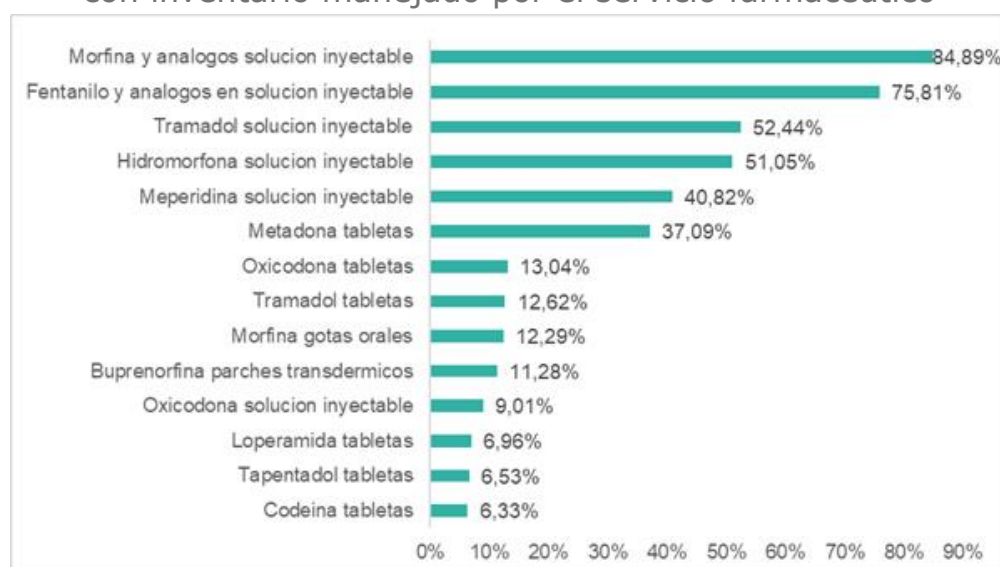


Fuente: Construcción propia.

Con el fin de establecer el tipo de medicamento opioide disponible en las instituciones, se preguntó a los profesionales del servicio farmacéutico sobre los medicamentos que habitualmente manejan en su inventario y cuál es su presentación. Como se observa en la Gráfica 39, la morfina y análogos en solución inyectable constituyen la presentación de opioides con mayor presencia en los inventarios de los servicios farmacéuticos (84,89%), seguida del fentanilo y análogos en solución inyectable (75,81%). En un segundo nivel de frecuencia se ubican el tramadol en solución inyectable (52,44%), la hidromorfona en solución inyectable (51,05%), la meperidina en solución inyectable (40,82%) y la metadona en tabletas (37,09%). Con menor disponibilidad se encuentran la oxicodona en tabletas (13,04%), el tramadol en tabletas (12,62%), la morfina en gotas orales (12,29%) y la buprenorfina en parches transdérmicos (11,28%). Finalmente, las presentaciones menos reportadas corresponden a la oxicodona en solución inyectable (9,01%), la loperamida en tabletas (6,96%), el tapentadol en tabletas (6,53%) y la codeína en tabletas (6,33%). En síntesis, la disponibilidad institucional

de opioides se concentra principalmente en presentaciones inyectables, especialmente de morfina y fentanilo, lo que refleja un predominio de medicamentos destinados al manejo del dolor agudo y al uso en entornos hospitalarios y quirúrgicos.

Gráfica 39. Medicamentos opioides y sus presentaciones de acuerdo con inventario manejado por el servicio farmacéutico

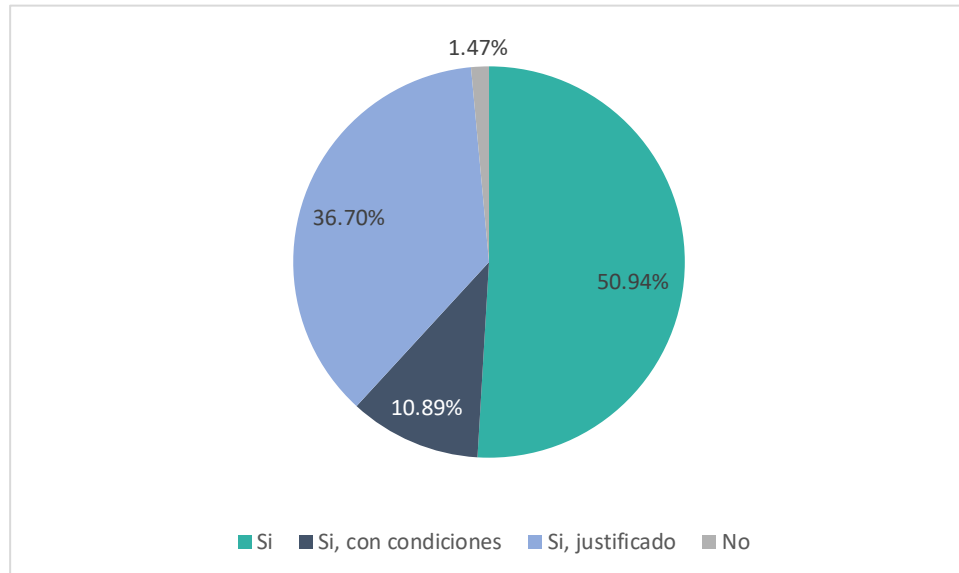


Fuente: Construcción propia.

Se consultó al cuerpo médico sobre la necesidad de los medicamentos opioides en la práctica clínica, con el propósito de contrastar diagnósticos indicados frente a usos restringidos y clarificar los criterios clínicos relevantes para los protocolos. La Gráfica 40 presenta la distribución general de las respuestas, clasificadas en cuatro grupos: quienes los consideran necesarios de manera directa, quienes los reconocen necesarios bajo condiciones de control, quienes los justifican a partir de criterios clínicos específicos y, finalmente, quienes señalaron que no son necesarios en la práctica médica.

La mayoría de los participantes considera los opioides necesarios en la práctica clínica (50,94%), seguidos por quienes sostienen esta necesidad, pero bajo condiciones de control (10,89%) o con una justificación clínica explícita (36,70%). Por otra parte, solo un 1,47% manifestó que no son necesarios.

Gráfica 40. Necesidad de los opioides en la práctica médica



Fuente: Construcción propia.

Entre quienes afirmaron que los opioides son necesarios, pero bajo ciertas condiciones, se identificaron distintas consideraciones orientadas al control y restricción de su uso. En la Gráfica 41 se aprecian las cifras expandidas.

La mención más frecuente fue el contexto clínico (11,19%), complementado por referencias a la necesidad de control clínico (1,23%). En estas respuestas se recalcó que los opioides deben emplearse en escenarios específicos, con indicaciones claras y bajo seguimiento estricto al paciente, un profesional lo dice así:

"Sí, en algunos casos, tienen indicaciones claras, específicas y deben respetarse, son de mucho cuidado, son de bastante cuidado por la dosis y tiempos específicos, además debe hacerse seguimiento al paciente una vez se prescriben". (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

La supervisión de dosis y tiempo terapéutico representó el 5,96% de las menciones, destacando que su uso debe limitarse a periodos cortos y controlados, particularmente en casos de dolor intenso:

"Sí, pues pienso yo que, en debidas ocasiones, si es un dolor muy agudo, insoportable, pienso yo que sí debería administrarse algo que ayude a controlar como tal ese tipo de dolor, pero en un corto plazo". (Entrevista 360, Cali - Valle del Cauca).

Un 3,91% del cuerpo médico planteó que los opioides deben reservarse como última línea terapéutica, priorizando primero otros grupos farmacológicos, un participante lo manifiesta de la siguiente forma:

"Sí, aunque yo opino que el paciente se debe manejar inicialmente en el dolor agudo con medicamentos de otro prototipo, tipo AINES o medicamentos analgésicos de otros grupos farmacéuticos. Soy de las que pienso que manejar un medicamento opioide podría cargar a futuro alguna problemática en el paciente". (Entrevista 257, Manizales - Caldas).

La prescripción racional (3,39%) resalta que los opioides son necesarios solo si se prescriben con control y están bien indicados, como lo expresó un entrevistado:

"Sí, necesarios, pero tienen que ser controlados y bien indicados". (Entrevista 265, Armenia - Quindío).

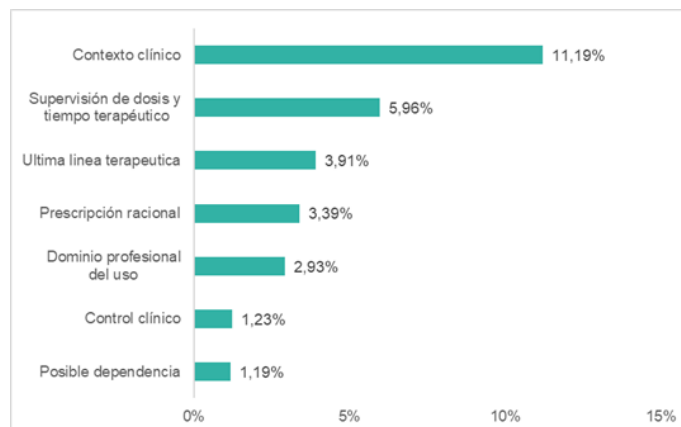
En la misma línea, el 2,93% resaltó el dominio profesional del uso como condición indispensable, señalando que, utilizados adecuadamente, los opioides son una herramienta eficaz para el control del dolor:

"Sí, porque yo considero que son necesarios, usándolos bien son necesarios también por el tema de las enfermedades que se están presentando hoy en día. Sí ayudan muchísimo para el control del dolor, utilizándolos bien". (Entrevista 90, Bogotá).

Finalmente, un 1,19% advirtió sobre el riesgo de posible dependencia, señalando la importancia de un uso cuidadoso y un seguimiento estricto para evitar problemas de adicción:

"Yo pienso que el manejo de los opioides debe ser de un uso muy juicioso, de un seguimiento muy estricto. Porque no sabemos qué paciente va a tener su disparador para adquirir una dependencia a los opioides y después esto convertirse en un problema". (Entrevista 301, Villavicencio - Meta).

Grafica 41. Criterios condicionantes del uso de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

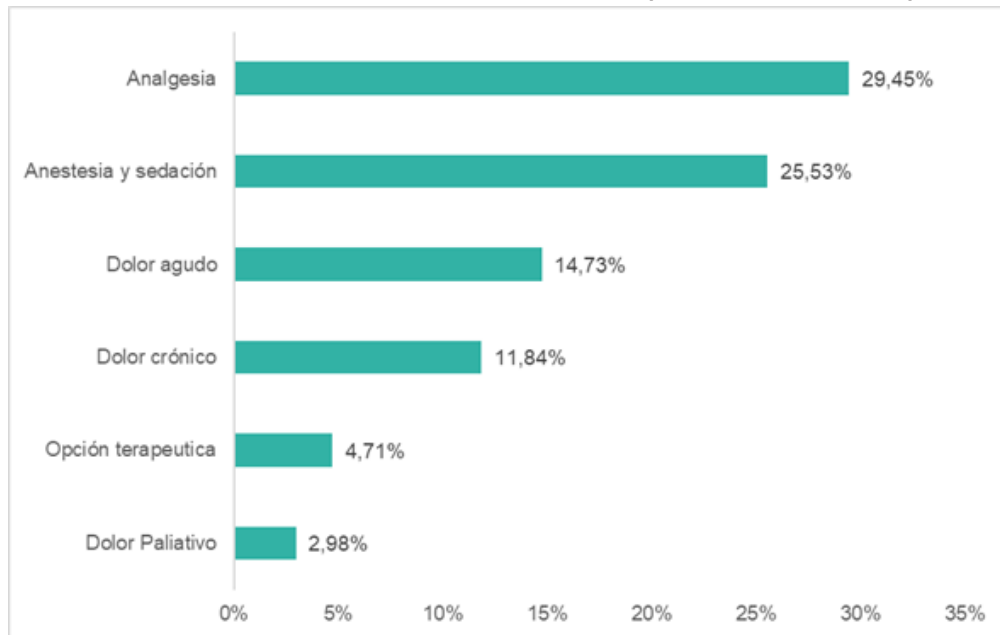
La Gráfica 42 exhibe las respuestas de quienes respondieron que los opioides son necesarios con una justificación médica, las menciones se concentraron principalmente en su utilidad para la analgesia (29,45%); procedimientos de anestesia y sedación (25,53%); dolor agudo (14,73%) y dolor crónico (11,84%). Finalmente, algunos participantes los señalaron como una opción terapéutica complementaria (4,71%) o en el ámbito del dolor paliativo (2,98%). La siguiente cita expresa en gran medida los usos médicos más representativos:

"Si, bueno, brindan bastante analgesia, cuando tenemos dolores crónicos o agudos fuertes, es bastante útil por ese lado, por el lado del manejo del dolor, por el lado de anestesia que es a lo que yo me dedico, me ayuda al mantenimiento del paciente mientras está en anestesia general". (Entrevista 47, Montería - Córdoba).

Algunas menciones, aunque poco frecuentes, destacaron beneficios adicionales de los opioides más allá del manejo del dolor, señalando su utilidad para calmar ansiedad, favorecer la tolerancia y su bajo costo:

"Los opioides, aparte de aliviar el dolor, calman ansiedad, disnea y estados de agitación, y son muy útiles en intubaciones". (Entrevista 122, Bogotá).

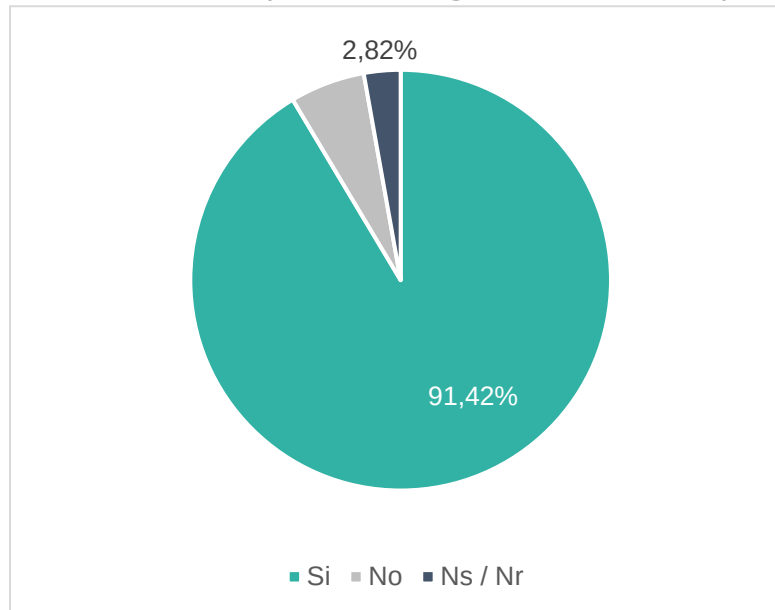
Gráfica 42. Ámbitos clínicos señalados para el uso de opioides



Fuente: Construcción propia.

Es de interés explorar la seguridad de los opioides desde la percepción general del personal médico, sin pretender derivar lineamientos clínicos concretos. Las respuestas se clasifican en tres categorías: sí, no y Ns/Nr. La Gráfica 43 representa las proporciones de esa percepción por parte del personal del área médica. Las respuestas frente a la pregunta sobre si los medicamentos opioides son seguros en la práctica médica reflejan la percepción del personal médico. El 91,42% respondió afirmativamente, mientras que un 5,76% consideró que no lo son. En menor proporción, un 2,82% indicó Ns/Nr.

Gráfica 43. Percepción de seguridad al usar opioides



Fuente: Construcción propia.

Las respuestas negativas evidencian percepciones que ponen en duda la seguridad médica de los opioides, asociándolos a riesgos de efectos secundarios, dependencia y desvío. Algunas expresiones ilustran estas preocupaciones:

"No, tienen su riesgo. Tienen sus efectos secundarios que hay que tenerlos muy presentes. Entonces, toca mirar el beneficio clínico en contra de los efectos secundarios y los riesgos". (Entrevista 12, Puerto Colombia – Atlántico).

En detalle, para estos casos negativos, es decir quienes no perciben seguridad en el uso de opioides, se clasificaron las respuestas con las menciones más representativas y que contienen un complemento de condición o restricción (Gráfica 44). Las respuestas que negaron la seguridad de los opioides se concentraron en diversos motivos que condicionan su uso. El factor más mencionado fue la presencia de



reacciones adversas y efectos secundarios (43,59%), confirmado en citas como:

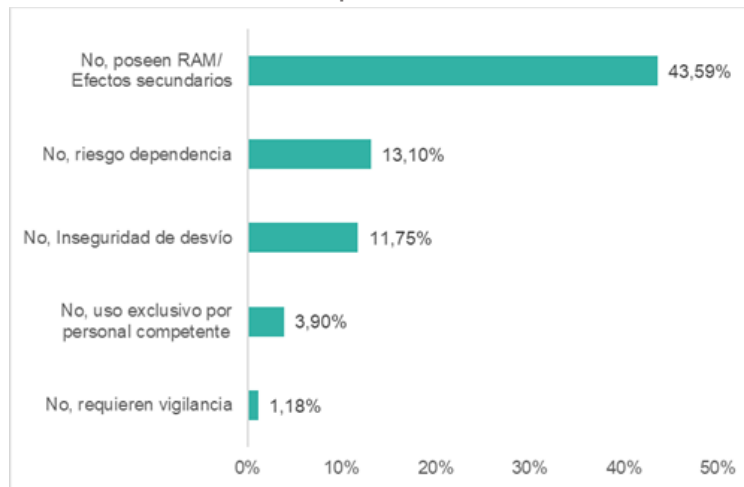
"No, porque tiene muchos efectos secundarios".(Entrevista 260, Manizales - Caldas). "Los efectos secundarios que realizan y los efectos adversos que puede haber con los diferentes pacientes que podemos manejar". (Entrevista 238, Medellín - Antioquia).

El riesgo de dependencia es mencionado un 13,10%, en especial en poblaciones vulnerables como los pacientes jóvenes. Otra cita expresa su acción en el sistema nerviosos central:

"No, sobre todo porque algunos tienen efectos a nivel del sistema nervioso central que producen dependencia o adicción a los medicamentos". (Entrevista 87, Sincelejo - Sucre).

Otro grupo señaló la inseguridad asociada al desvío (11,75%), haciendo referencia tanto al riesgo de hurto, como al posible uso indebido por parte de profesionales o pacientes. En menor medida, se mencionó la necesidad de que los opioides sean de uso exclusivo por personal competente (3,90%) y la exigencia de una vigilancia estricta en su administración y seguimiento (1,18%).

Gráfica 44. Razones de percepción negativa sobre la seguridad de los opioides



Fuente: Construcción propia.

Entre quienes manifestaron que los opioides son seguros en la práctica médica, igualmente se clasificaron las menciones más representativas (Gráfica 45). Las respuestas estuvieron acompañadas de condiciones que matizan esa percepción positiva.

La categoría más mencionada entre quienes perciben a los opioides como seguros fue el uso adecuado (21,91%). También se mencionaron la necesidad de una prescripción racional y supervisada (13,04%) y de mantener una dosis adecuada (12,63%). Estas visiones enfatizan que la seguridad de estos medicamentos no es absoluta, sino que depende directamente de un conjunto de condiciones que aseguran ese manejo correcto, ejemplo: que contemple la dosis, la duración del tratamiento y la supervisión clínica. Como señaló un entrevistado:

"Sí, son seguros, siempre y cuando se manejen adecuadamente. Si no, no son seguros, pues tienen bastantes efectos". (Entrevista 11, Barranquilla – Atlántico).

En la misma línea, otro profesional remarcó la importancia de la dosificación y del tiempo prudencial como condiciones esenciales para prevenir riesgos de dependencia:

"Sí, con uso adecuado y dosificación adecuada dan seguridad, con el criterio del tiempo prudencial para no producir dependencia". (Entrevista 192, Mocoa – Putumayo).

También se hizo referencia a un rango de seguridad alcanzable únicamente bajo un uso correcto:

"Sí, usándolos de la forma adecuada hay un rango de seguridad" (Entrevista 212, Ibagué – Tolima).

Se resaltaron otros factores que condicionan la seguridad de los opioides, entre ellos el control clínico (5,26%), la necesidad de que la terapia no sea prolongada (2,50%), el cumplimiento de un protocolo establecido (2,05%) y la consideración del contexto clínico (2,02%). Estas respuestas hacen énfasis en la importancia de un manejo estricto, ajustado a la farmacología y a las características individuales del paciente, como se señaló en esta cita:

"Sí, usados de acuerdo a lo que la farmacología describe como dosis terapéutica, son muy seguros [...] utilizándolos a las dosis que son, son muy seguros". (Entrevista 152, Facatativá - Cundinamarca).

Otros participantes integrantes del cuerpo médico destacaron la precisión en el cálculo de la dosis como garantía de seguridad:

"Sí, son seguros porque tenemos la facilidad de manejar la bomba de infusión, se calcula la dosis en microgramo/kilogramo y es lo indicado para el peso del paciente". (Entrevista 328, Quibdó - Chocó).



Asimismo, se recalcó que su uso debe limitarse a ciertos escenarios específicos:

"Sí, solo para manejo intraoperatorio no ambulatorio". (Entrevista 53, Montería- Córdoba).

También se advirtió que su administración requiere control para evitar síndromes de abstinencia por terapias prolongadas:

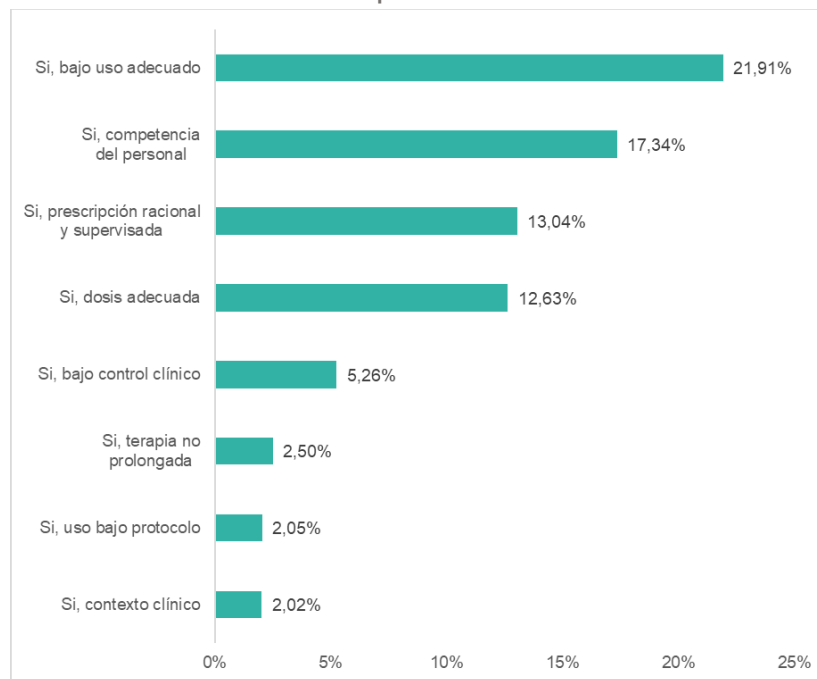
"Sí, bajo un control adecuado y desde que no se den durante un tiempo tan prolongado que el paciente vaya a hacer síndrome de abstinencia". (Entrevista 97, Bogotá).

Unos pocos reiteran la necesidad de ajustar el tiempo de tratamiento para prevenir riesgos de dependencia:

"Sí, con uso adecuado y dosificación adecuada dan seguridad, con el criterio del tiempo prudencial para no producir dependencia". (Entrevista 192, Mocoa - Putumayo).

En conjunto, estas respuestas muestran que la percepción de seguridad está directamente asociada a condiciones de uso responsable, supervisión profesional y control clínico, más que a una confianza absoluta en el medicamento.

Gráfica 45. Factores asociados a la percepción de seguridad de los opioides



Fuente: Construcción propia.

Para identificar los principales criterios considerados por los profesionales médicos al prescribir medicamentos opioides, se formuló una pregunta abierta. Las respuestas fueron clasificadas según el enfoque señalado por los profesionales, en las categorías que se presentan en la Gráfica 46.

Para el 55,8% de los entrevistados el enfoque en el paciente, sus características particulares (edad, talla, peso, tipo de dolor, comorbilidades, uso previo de medicamentos opioides) representa el criterio más importante a la hora de seleccionar el tratamiento a prescribir y la dosis correspondiente. De manera general, los profesionales que señalaron el tipo de paciente como criterio principal también destacaron la importancia de considerar el tipo e intensidad del dolor, las manifestaciones clínicas, el uso concomitante de otros analgésicos y las vías de administración, factores que inciden en la elección del

medicamento y en la eficacia del tratamiento. Dentro de esta categoría las respuestas relacionadas con el paciente fueron variadas, sin embargo, algunos de los profesionales especializados manifestaron argumentos relacionados con características metabólicas del paciente para la elección del tratamiento:

"Son varios. por ejemplo, el tipo de metabolismo que tenga el paciente. Si es un acetilador rápido, si es un acetilador normal o lento. Acá es muy difícil, pero en europa se hacen pruebas para ver qué tipo de acetilador es el paciente y así ver la posibilidad de usar profármacos como codeína y hidrocodona en estos pacientes. Aquí yo lo hago de manera verbal preguntando los antecedentes tóxico-alérgicos, sobre todo si es bebedor frecuente o si ha consumido otro tipo de sustancias psicoactivas, si es un bebedor frecuente y resiste mucho el alcohol, entonces es un acetilador lento, rápido, y ese acetilador rápido no va a ser candidato a opioides fuertes porque lo metaboliza muy rápido y lo que va a tener es efectos secundarios. Entonces va a ser problemas más por el efecto secundario del medicamento que por el efecto analgésico. El acetilador lento nunca va a convertir la codeína a morfina o la hidrocodona a hidromorfona, entonces no va a tener un efecto terapéutico adecuado, y sí puede tener estreñimiento, que es el más frecuente, entonces más o menos así". (Entrevista 113, Bogotá).

En segundo lugar, el 39,52% de los entrevistados manifestó como criterio principal el uso de escalas analgésicas o la estimación de la sensación del dolor por parte del paciente (escala del dolor), para seleccionar el medicamento adecuado. La gran mayoría de los entrevistados cuyas respuestas fueron clasificadas en esta categoría, manifestaron que la selección del medicamento opioide responde principalmente a la evolución del dolor y/o su falta de respuesta a medicamentos analgésicos no opioides previamente administrados.

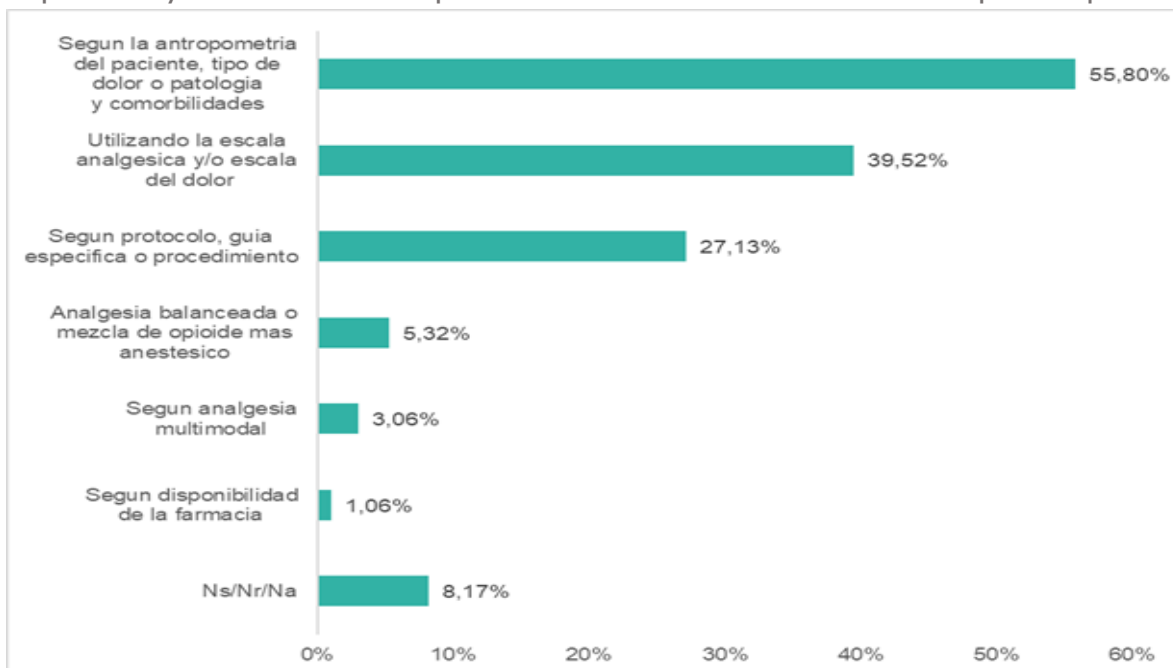
El inicio de tratamientos con AINES como acetaminofén, ibuprofeno o diclofenaco de acuerdo con tipo de dolor y su respuesta, seguido de medicamentos opioides “débiles” como tramadol o AINES acompañados con otros opioides, se presentó como el tipo de argumento más referenciado. Finalmente, los entrevistados manifestaron que la selección de un medicamento opioide deriva de la falta de respuesta a los analgésicos descritos anteriormente, sin dejar de lado que consideraciones como edad del paciente (pediátricos o geriátricos), comorbilidades presentes o alergias a los AINES, eran tenidas en cuenta para pasar escalar a una segunda línea de analgésicos. Algunos entrevistados manifestaron que en las instituciones en las cuales atienden sus pacientes, contaban con protocolos o guías para procedimientos específicos (27,13%), entre los más nombrados: la sedación, la ventilación mecánica invasiva o el trabajo de parto entre otros, y que estos procedimientos incluyen el uso de medicamentos opioides en dosificaciones precisas y por periodos concretos.

En la cuarta categoría (5,32%) los profesionales entrevistados enfocaron sus respuestas en términos de uso de medicamentos opioides, específicamente la analgesia intrahospitalaria, realizados dentro del quirófano, definida como analgesia balanceada o paraanestesia con la combinación de un medicamento opioide y un anestésico. Estas respuestas estuvieron enfocadas en mostrar que la combinación de estos medicamentos opioides con anestésicos buscaba iniciar la anestesia de forma más rápida, potenciar y/o alargar los efectos analgésicos. Se evidencia que para estos profesionales el criterio de selección está más enfocado en la necesidad de seleccionar un medicamento opioide y combinarlo con otro medicamento para dar inicio rápido al proceso de sedación (inducción) y mejorar su mantenimiento y duración.

Un caso similar se presenta en la categoría analgesia multimodal (3,06%), en la cual las respuestas de los profesionales estaban más enfocadas en la escogencia de un medicamento opioide para incluirlo dentro de un

abanico de anestésicos no opioides y con diferentes mecanismos de acción, buscando con esto incrementar la eficacia de los procesos analgésicos sin utilizar más de un medicamento opioide. En el último grupo de respuestas se encuentra según disponibilidad de farmacia (1,06%), y fueron clasificadas respuestas donde el criterio principal de selección se basa en los medicamentos disponibles en la farmacia, acompañado generalmente de un segundo criterio como la antropometría del paciente y su diagnóstico específico.

Gráfica 46. Criterios médicos para la elección de medicamentos opioides y su dosis correspondiente a la hora de realizar la prescripción



Fuente: Construcción propia.

Recetario oficial

Este apartado busca conocer la percepción del área del servicio farmacéutico respecto al diligenciamiento del recetario oficial (R.O.), por parte del área médica, con el fin de establecer si se está utilizando de



manera correcta y segura (Gráfica 47). En caso contrario, se pretende identificar los errores más representativos que el personal farmacéutico percibe en este proceso.

Los resultados muestran que el 44,36% de los profesionales del área del servicio farmacéutico considera que los médicos diligencian correctamente el recetario oficial, el 33,13% señaló que no, y el 22,51% se agrupó en la categoría Ns/Nr. Algunas expresiones que respaldan la percepción positiva se ilustran en la siguiente cita:

"Hasta el momento no he tenido ninguna dificultad con ese tema, con la prescripción de fórmulas en el recetario oficial". (Entrevista 75, Cúcuta – Norte de Santander).

Un participante expresa que la digitalización es una necesidad, la mejora la compara con el sistema MIPRES y dice lo siguiente:

"Ojalá yo hubiese una plataforma como así en MIPRES que sea sistemática y no se maneje tanto ese formato". (Entrevista 18, Cartagena - Bolívar).

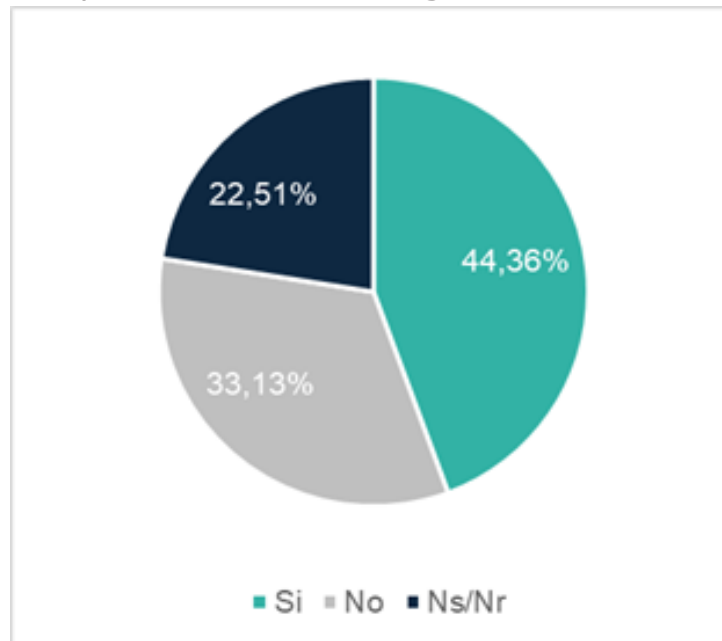
Sin embargo, algunas respuestas indican la utilización de medios digitales en prescripción electrónica que incluyen a medicamentos opioides, estas citas reflejan que algunas instituciones ya han incorporado plataformas electrónicas o sistemas internos para la prescripción y control. Entre los ejemplos mencionados se encuentran el uso de hojas de consumo digitalizadas y unificadas por paciente, sistemas de prescripción electrónica autorizados o plataformas propias aprobadas por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE) y la integración con SAP para automatizar formularios. Algunas afirmaciones respaldan dichas tendencias:

"No, porque no se usa, se unificó con SAP. Automatizamos el formulario en SAP, no manejamos ningún formulario físico, salvo el oficial del Fondo de Estupefacientes para consulta externa. El sistema descarga toda la información del paciente, calcula dosis y estandariza concentraciones y vías de administración para reducir errores". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

En escenarios minoritarios se evidencia un manejo mixto. Se utiliza la prescripción electrónica para el manejo interno, mientras que el recetario físico se reserva para pacientes ambulatorios o al momento del egreso hospitalario, como requisito para el acceso a medicamentos de control especial en la EPS. La cita lo confirma:

"Sí, nosotros tenemos acá el formulario digital para la parte intra y para la parte ambulatoria que sale, sí, el recetario normal. Una de las características que se mira acá es la verificación de que cumple con los requisitos del recetario. Entonces, creo que primero que todo el manejo en el SAP ha facilitado muchísimo para esa parte que cumple con todos los requerimientos. En el SAP queda el formulario digitalizado, y el formulario manual es para aquellos pacientes ambulatorios". (Entrevista 164, Cali - Valle del Cauca).

Gráfica 47. Percepción del correcto diligenciamiento de Recetario Oficial



Fuente: Construcción propia.

Frente a la percepción de registros erróneos en el recetario oficial, se reportaron los más representativos. En la Gráfica 48 se presentan los resultados de los errores más comunes en el registro del recetario oficial. Los participantes podían expresar una o más falencias en el registro según su experiencia en el servicio farmacéutico.

Los resultados muestran una marcada tendencia hacia errores relacionados con la dosificación, la concentración y la forma farmacéutica, se estima que el 49,46% del personal del servicio farmacéutico identifica ese tipo de equivocaciones como las más frecuentes, aquí las respuestas describen el error en la presentación o parámetros del medicamento:

"Concentración de medicamentos, cálculo en las cantidades para días de tratamiento". (Entrevista 111, Medellín - Antioquia). "Forma farmacéutica errónea y concentración errónea". (Entrevista 103, Cauca - Antioquia).



Los errores en dosis hacen referencia a confusión en las unidades de medida, como se recalca en esta cita:

"Y la otra es en la presentación del medicamento, que se suelen equivocar entre microgramos, miligramos". (Entrevista 148, Pasto - Nariño).

Equivocación en la vía de administración, posiblemente por confundir la forma farmacéutica o disponibilidad del medicamento. La cita lo expresa de la siguiente manera:

"La forma farmacéutica y la presentación comercial". (Entrevista 9, Puerto Colombia - Atlántico).

Los formularios incompletos es la segunda percepción de errores en RO, se estima que un 21,04% del personal del servicio farmacéutico evidencian este error, por ejemplo:

"Información incompleta en cuanto a fechas, utilizan siglas [...] entonces es más que todo incompleta". (Entrevista 63, Duitama - Boyacá).

Las enmendaduras representan el 19,69% de las fallas, las equivocaciones o confusión en registro respecto a la información diligenciada se estimada con un 19,43% y los formularios con letra ilegible con el 9,54%. La siguiente respuesta evidencia la situación:

"Diligencian mal la información en el espacio que no corresponde" (Entrevista 151, Pasto - Nariño). *"No es legible la información".* (Entrevista 138, Villavicencio - Meta).

La presencia de estas tres categorías sugiere que la dependencia de registros manuales incrementa la probabilidad de errores en la prescripción en los recetarios oficiales.

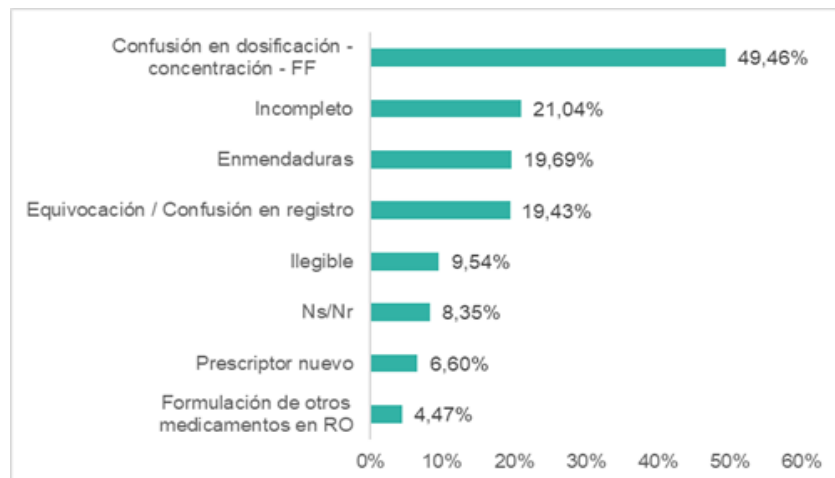
Otras fallas son asociadas a que el prescriptor es nuevo, se estima que el 6,60% incurre en ese error:

"Cuando hay un nuevo prescriptor es donde se evidencian más errores, sin embargo, siempre se les hace una socialización de ese recetario". (Entrevista 25, Montería - Córdoba).

Otra equivocación nombrada es la de incluir medicamentos que no son controlados en los RO (4,47%). Esta cita lo confirma:

"Cuando formulan más medicamentos dentro de la misma fórmula". (Entrevista 79, Bucaramanga - Santander).

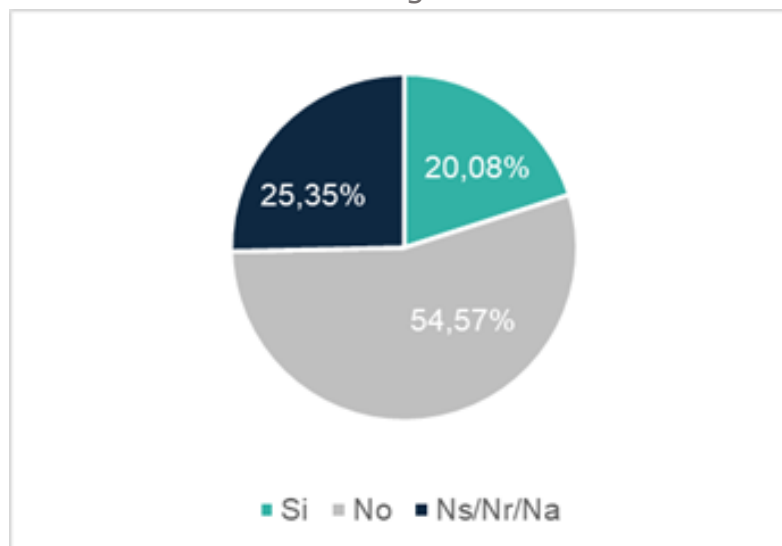
Gráfica 48. Errores más representativos en el diligenciamiento del Recetario Oficial



Fuente: Construcción propia.

La pregunta sobre la percepción del diligenciamiento del recetario oficial para medicamentos de control especial se dirige al personal del área médica, con el fin de evaluar su visión sobre el cumplimiento normativo y las posibles dificultades prácticas en su uso. La Gráfica 49 presenta los resultados sobre la percepción del personal médico respecto a las dificultades en el diligenciamiento del Recetario Oficial. De acuerdo con los datos expandidos, el 20,08% de los entrevistados señaló que sí existen dificultades en este proceso, mientras que el 54,57% afirmó no tener inconvenientes y un 25,35% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr. Estos resultados sugieren que, aunque una quinta parte identifica obstáculos en el registro, más de la mitad del personal médico conoce y maneja con relativa facilidad el recetario oficial.

Gráfica 49. Dificultades en el diligenciamiento de Recetario Oficial



Fuente: Construcción propia.

Al personal que manifestó tener dificultades en el registro o diligenciamiento del recetario oficial se le solicitó precisar cuáles eran las limitaciones más representativas. Los resultados son mostrados en la Gráfica 50. El 20,77% del personal médico señaló que este debería ser electrónico, lo que evidencia una demanda por procesos más ágiles y

acordes con las dinámicas actuales. Un participante lo expresó de la siguiente manera:

"Eso es obsoleto, yo he trabajado en muchas instituciones, en muchas instituciones lo tienen electrónico, pero lo ideal es que sea electrónico, es mucho más fácil para uno". (Entrevista 239, Medellín - Antioquia).

Le siguen en frecuencia de menciones el mal diligenciamiento (18,24%), la falta de disponibilidad de recetarios en el territorio (14,57%) y la percepción de que incluye muchos ítems no necesarios (12,76%). Un 12,32% señala que al cuerpo médico no le gusta diligenciarlo, lo que puede asociarse a resistencia o carga administrativa. Esta cita cuestiona la cantidad de información a registrar lo que le atrasa en otras actividades:

"Me parece que tiene muchos ítems que llenar y pues en mi servicio debo atender rápido a los pacientes, yo diría que si se reestructura y se hacen los ítems que necesariamente ameriten sería un poco más rápido porque si son varios ítems que hay que llenar varias firmas". (Entrevista 70, Fundación - Magdalena).

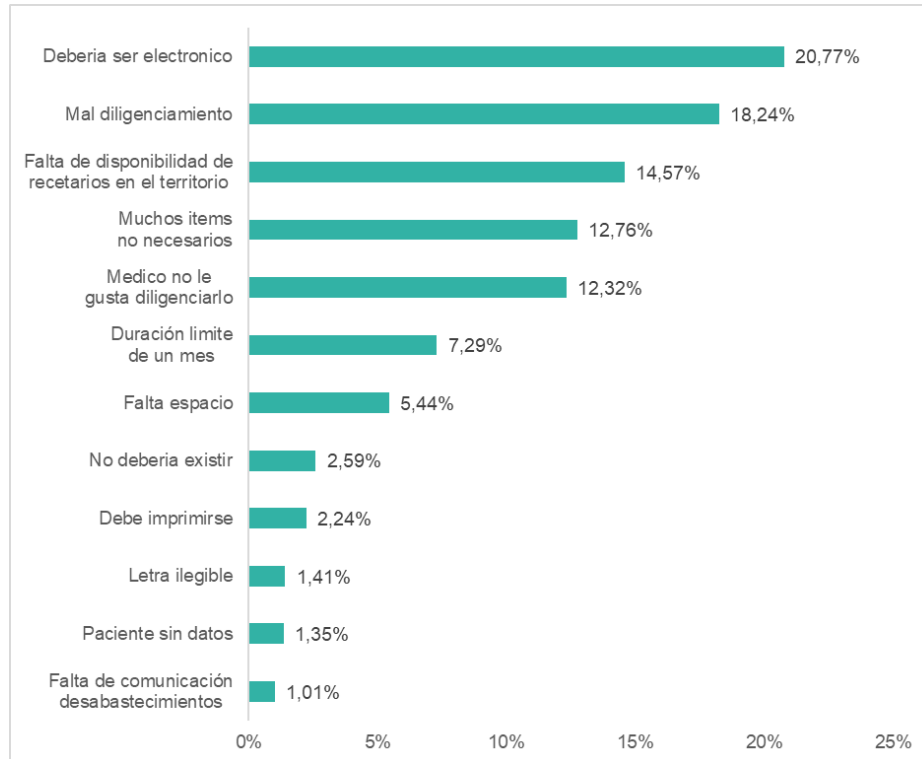
Una de las limitaciones señaladas corresponde a la restricción de la prescripción a un mes, lo cual fue mencionado por el 7,29% del personal médico. Este aspecto se percibe como un obstáculo especialmente para pacientes crónicos que deben renovar con frecuencia sus tratamientos. Así lo expresaron algunos participantes:

"Yo pienso que está bien, pero el problema con eso es que tienen que renovar cada mes la prescripción nuevamente. Entonces, para el paciente resulta tedioso, por ejemplo, en los casos crónicos, que tienen que venir cada mes a recibir nuevamente el talonario". (Entrevista 75, Santa Marta - Magdalena).

Otras dificultades mencionadas se relacionan con aspectos prácticos del diligenciamiento del recetario, como la falta de espacio (5,44%), la letra ilegible (1,41%) y los casos en los que el paciente carece de algunos datos (1,35%). Todas estas limitaciones guardan relación con la insuficiencia de espacio disponible en el formato, lo que repercute en la calidad y claridad del registro. Algunos participantes (2,59%) consideraron que el recetario oficial no debería existir. Sin embargo, una cita en particular dice que, aunque no debería existir, se reconoce su valor como herramienta de control:

“No debería existir. Me parece que para ser coherente con la resonancia internacional que hay [...] nosotros tenemos que ser corresponsables con las políticas que utiliza el Ministerio a nivel hospitalario para que se haga un uso responsable y restrictivo de este tipo de medicamentos”. (Entrevista 29, Cartagena - Bolívar).

Gráfica 50. Principales dificultades en el diligenciamiento del Recetario Oficial



Fuente: Construcción propia.

En los casos en que el personal médico manifestó no tener dificultades en el diligenciamiento del recetario oficial, se extrajeron las respuestas y fueron agrupadas en categorías que reflejan esta percepción de normalidad y ausencia de obstáculos en el proceso. La Gráfica 51 expone, de manera expandida, las expresiones más frecuentes citadas por los participantes.

La categoría más destacada fue la de quienes consideran que el diligenciamiento del recetario es fácil (41,47%). A esto se suman respuestas que lo describen como un procedimiento normal y rutinario (7,07%) o que resaltan la experiencia de los profesionales como un factor que facilita el proceso (1,81%). Estas clasificaciones prueban en cierta medida, que el personal médico percibe el diligenciamiento del Recetario



Oficial como un proceso sencillo y rutinario, apoyado en la experiencia profesional y en su normalización en la práctica diaria. La siguiente cita expone un caso de estos:

"Los profesionales que han ingresado al programa de cuidados paliativos son personas que también ya vienen con una experiencia en el uso de los opioides que ya han trabajado en unidades oncológicas, no hemos tenido tanta la dificultad y al momento de hacer los entrenamientos para ellos es fácil de entender y pues lo conocen". (Entrevista 33, Cartagena - Bolívar).

Por otro lado, un grupo de participantes valoró el recetario en función de su rol normativo y de control, el 15,21% lo consideró necesario para garantizar la trazabilidad y el control, mientras que un 7,52% señaló que su utilización responde al cumplimiento estricto de la exigencia normativa. Al respecto, algunos profesionales expresaron:

"Es necesario, porque nos permite llevar un buen control de los medicamentos controlados". (Entrevista 309, Floridablanca - Santander). "Es una buena medida de control para entregar medicamentos". (Entrevista 192, Mocoa - Putumayo).

De igual manera, se resaltó su carácter obligatorio y la función de control estatal, además de comentar sobre la necesidad de mejorarlo al nivel de otros formularios nacionales.

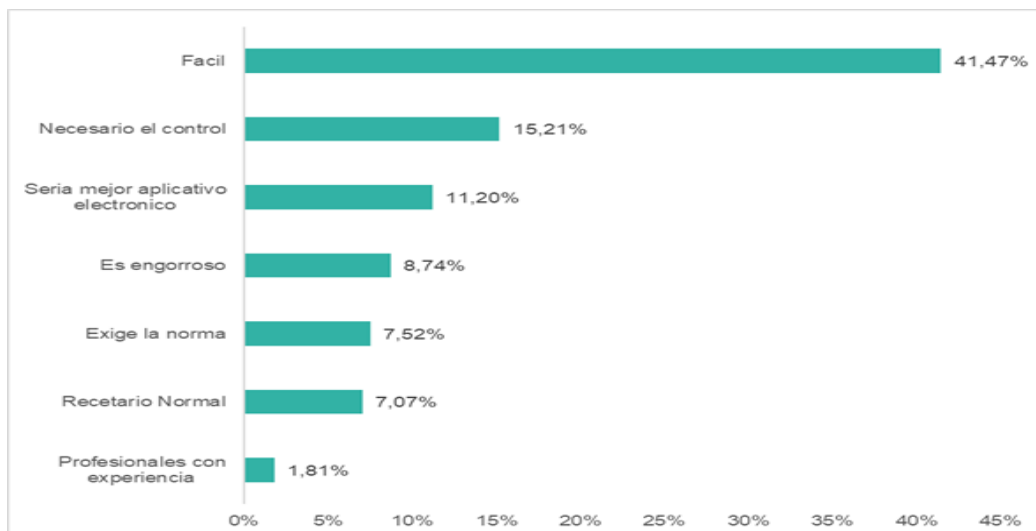
Se identifican algunas oportunidades de mejora, aunque no manifestaron dificultades directas en el diligenciamiento, un 11,20% sugirió que sería más adecuado contar con un aplicativo electrónico, y un 8,74% lo describió como un proceso engorroso. Citas que manifiestan este malestar o la necesidad de convertirlo en digital, lo expresan de esta forma:

"Para mí es limitante. Lo mejor es que esté dentro del sistema y se supone que uno tiene una firma digital y una clave y un usuario, que es de autonomía de uno". (Entrevista 84, San Andrés).

La siguiente respuesta lo califica de pérdida de tiempo:

"Es muy engorroso porque es muy extenso, se presta para errores y en las unidades de alta dependencia que se formulan tantos medicamentos de control e infusiones si quita demasiado tiempo al especialista al realizar esto manual". (Entrevista 237, Medellín - Antioquia).

Gráfica 51. Aspectos percibidos cuando no se reportan dificultades en el uso del Recetario Oficial



Fuente: Construcción propia.

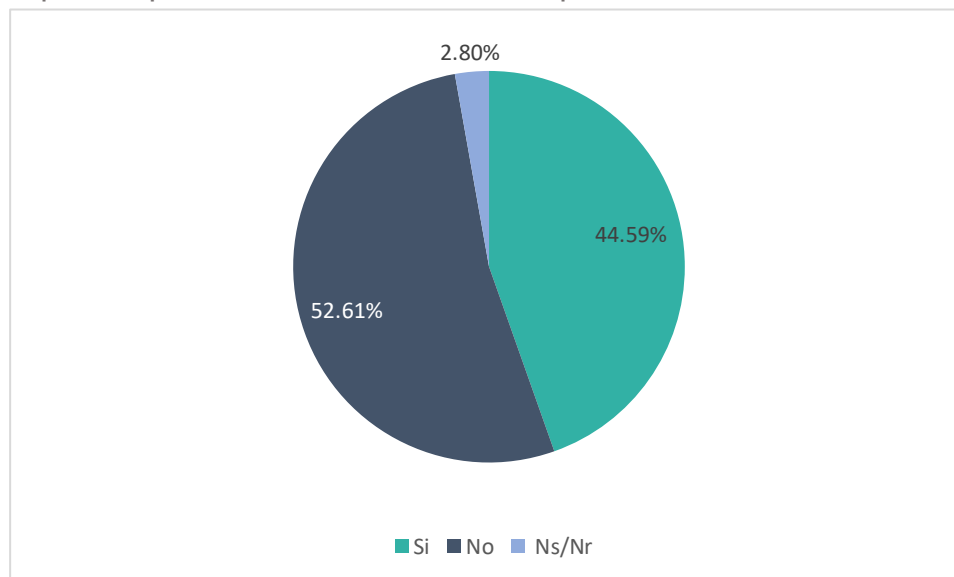
Errores de prescripción

Se abordó a los profesionales del servicio farmacéutico para establecer si han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides

dentro de la institución, con el fin de recopilar información crítica sobre fallos en seguridad del paciente.

Los resultados obtenidos son presentados en la Gráfica 52, la cual evidencia que un estimado del 52,61% de las respuestas recibidas manifestó evidenciar errores en prescripción en la institución, frente a un 44,59% de respuestas que indicaron la no observación de errores. El 2,80% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 52. Percepción sobre la observación de errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución



Fuente: Construcción propia.

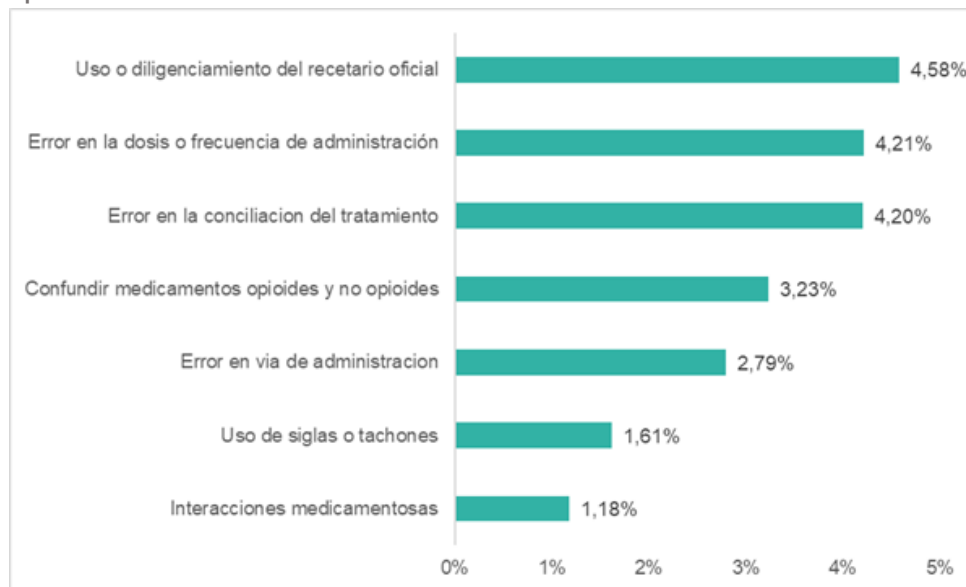
Algunas respuestas afirmativas de los entrevistados que señalaron errores en la prescripción de medicamentos opioides mencionaron espontáneamente ciertos tipos de fallas, las cuales fueron clasificadas según la Gráfica 53. Los errores más frecuentes correspondieron al uso o diligenciamiento del recetario oficial (4,58%), a la dosis o frecuencia de administración (4,21%) y a la conciliación del tratamiento (4,20%).

Un error constante que fue evidente durante el desarrollo de las entrevistas, tanto para el personal de apoyo administrativo e inclusive para profesionales médicos, fue la confusión existente para identificar los medicamentos opioides, algunos entrevistados solían incluir medicamentos como fenobarbital, midazolam o propofol dentro del grupo de medicamentos opioides, considerando que todos, sin diferenciación pertenecen al grupo de medicamentos de control:

“Si, a veces me colocan propofol como si fuera opioide no sé por qué piensan que propofol es opioide pero del resto no, a veces si toca anular uno que otro formato, pero del resto si están como adheridos al proceso”. (Entrevista 18, Cartagena - Bolívar).

Se estimó que el 3,23% de los casos correspondió a la confusión entre medicamentos opioides y no opioides, seguido por un 2,79% relacionado con la vía de administración, el 1,61% asociado al uso de siglas o tachones en los recetarios oficiales y un 1,18% correspondiente a interacciones medicamentosas.

Gráfica 53. Tipos de errores más evidentes observados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones

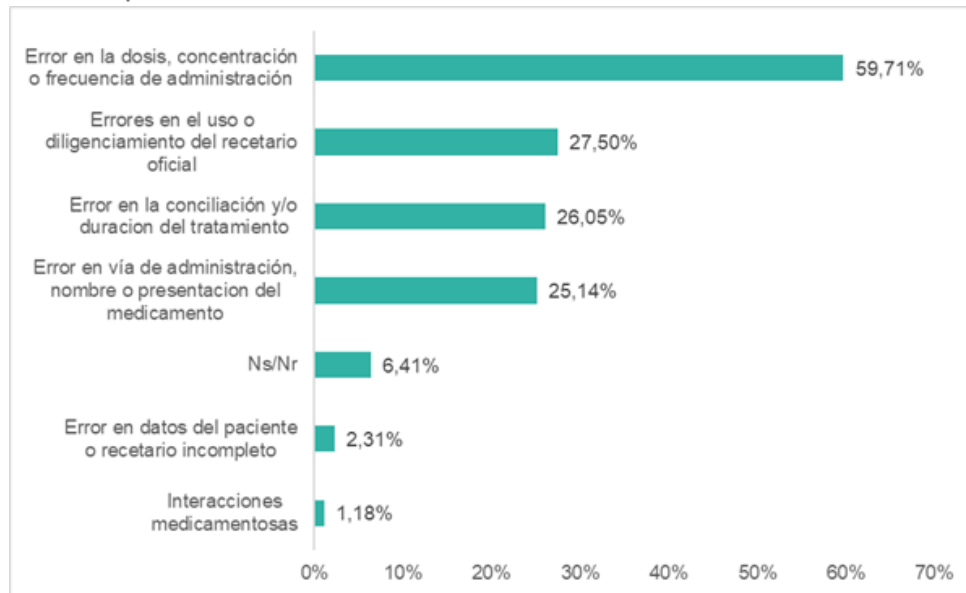


Fuente: Construcción propia.

Los entrevistados que manifestaron haber evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución, reportaron los que consideran más representativos. De acuerdo con la Gráfica 54 el tipo de error más identificado está asociado al medicamento opioide, ya que se estima que un 59,71% de las respuestas indican la identificación de errores en la dosis, concentración o frecuencia de administración de los medicamentos opioides.

De igual forma y con porcentajes muy similares, se estima que un 27,50% está relacionado con errores en el uso o diligenciamiento del recetario oficial, 26,05% se relaciona con errores en la conciliación y/o duración del tratamiento, y finalmente un 25,14% se relaciona con errores en la vía de administración, nombre o presentación del medicamento.

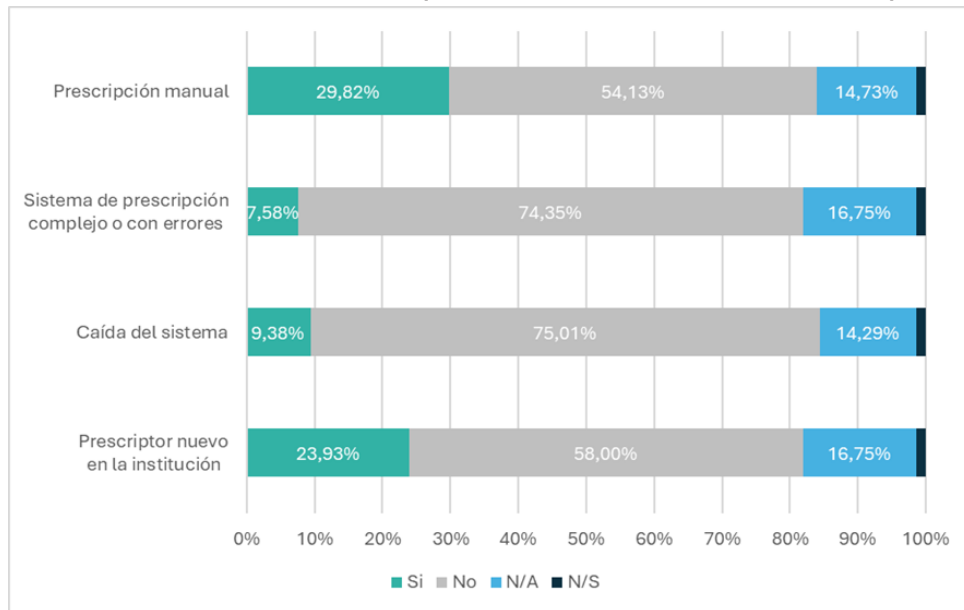
Gráfica 54. Tipos de errores más representativos evidenciados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones



Fuente: Construcción propia.

Las diferentes situaciones en las que se podrían presentar errores de prescripción son: la prescripción manual, un sistema de prescripción complejo o con errores, la caída del sistema y errores presentados por prescriptores nuevos. Los resultados para cada una de las situaciones se presentan en la Gráfica 55, donde se observa que una mayoría de estos errores evidenciados por el personal del servicio farmacéutico, son asociados a un proceso no sistematizado y errores humanos que se presentan cuando la prescripción es manual (29,82%) y cuando hay un prescriptor nuevo (23,93%). En una menor proporción, los errores evidenciados son por caídas del sistema (9,38%) y complejidad o errores de ese mismo sistema (7,58%).

Gráfica 55. Situaciones en las que se evidencian errores de prescripción



Fuente: Construcción propia.

Pérdidas y disposición final

Al indagar si en las instituciones de salud se habían presentado pérdidas de medicamentos opioides (Gráfica 56) el 85,09% de los participantes (85,09%) respondió negativamente, el 8,35% reportó pérdidas de opioides, y el 1,17% manifestó pérdidas en otros medicamentos de control especial. Por otra parte, un 2,03% indicó que las pérdidas correspondieron a vencimientos, y un 3,36% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr/Na.

El análisis cualitativo permitió identificar que, en los casos donde se reconocieron pérdidas, estas se asociaron principalmente al manejo operativo de inventarios y a debilidades en los procesos de control. Un participante comentó:

"Bueno, a ver el tramadol de pronto. No estoy tan seguro porque mira que el sistema de los hospitales es manual, estamos migrando

ahora en julio. Cuando tú haces inventario por norma, pues dos veces al año, no se debe hacer. Siempre sobran o faltan". (Entrevista 146, Ipiales - Nariño).

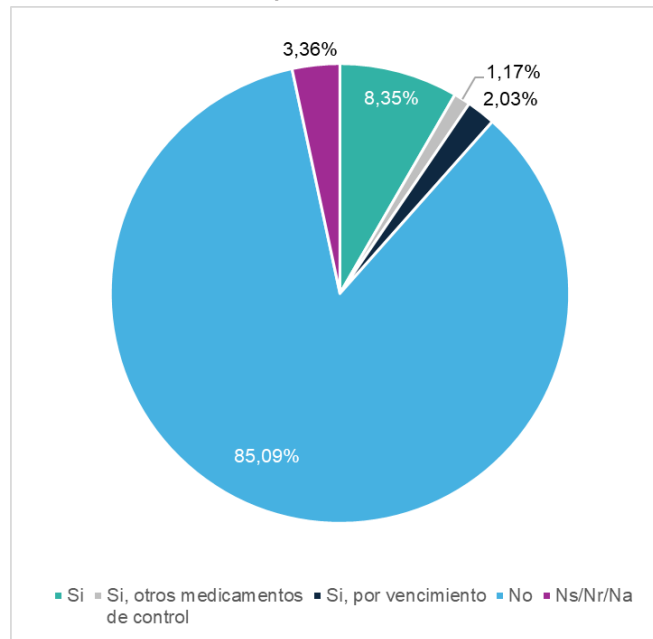
En esta misma línea, también se destacó la complejidad del manejo de ciertos medicamentos por la magnitud de las cantidades dispensadas:

"Entre los turnos es muy estricto, lleva los contenidos diarios, pero por ejemplo medicamentos como el tramadol, que no tienen esa connotación tan normativa, digámoslo así, que no son sujetos tanto a inspección, no se entregan diariamente. Son cantidades altísimas". (Entrevista 146, Ipiales - Nariño).

También se identificaron percepciones relacionadas con la necesidad de ajustes en los inventarios debido a inconsistencias entre los registros y la disponibilidad real. De forma complementaria, un participante señaló pérdidas de medicamentos asociadas a la administración en los servicios clínicos:

"Sí, sí hemos tenido algunas pérdidas, más que todo de los carros. Se entregan en los servicios los medicamentos y tuvimos un par de casos donde no, cuando llegaban a administrar el medicamento no lo encontraban". (Entrevista 61, Bogotá).

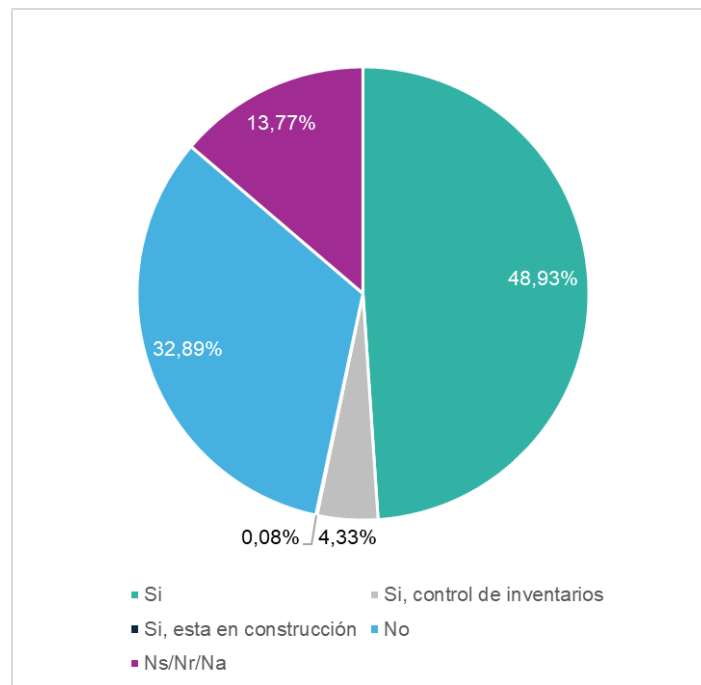
Gráfica 56. Ocurrencia de pérdidas de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

En lo concerniente a si las instituciones cuentan con protocolos o procedimientos para actuar en caso de pérdida de medicamentos opioides (Gráfica 57), el 48,93% de los entrevistados respondió "Sí", lo que indica que disponen de documentos formales para guiar estas situaciones. En contraste, un 32,89% manifestó "No", es decir, no cuentan con protocolos. Un 13,77% seleccionó la opción "Ns/Nr/Na", mientras que un 4,33% indicó "Sí, control de inventarios" como mecanismo de gestión y un 0,08% refirió que el protocolo se encuentra en construcción.

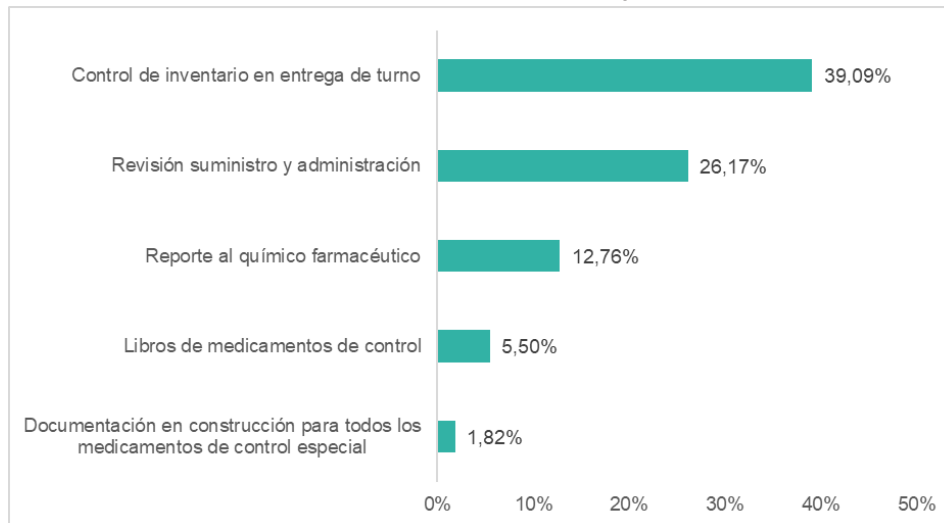
Gráfica 57. Disponibilidad de protocolos para el manejo de pérdidas de medicamentos



Fuente: Construcción propia.

Para los casos que señalaron “Sí, control de inventarios” o “Sí, en construcción”, se solicitó la descripción sobre los protocolos o procedimientos (Gráfica 58). Allí, el 39,09% de los encuestados indicó el uso de control de inventario en la entrega de turno, seguido del 26,17% que reportó la revisión del suministro y administración. El 12,76% mencionó el reporte al químico farmacéutico, mientras que un 5,50% señaló la utilización de libros de medicamentos de control. Finalmente, un 1,82% manifestó que la documentación institucional aún se encuentra en proceso de construcción para todos los medicamentos de control especial.

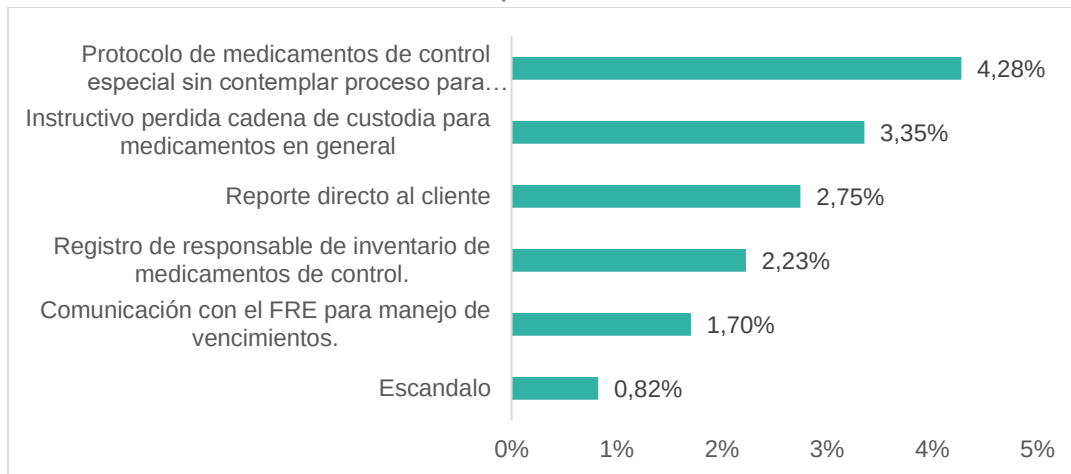
Gráfica 58. Protocolos aplicados



Fuente: Construcción propia.

Finalmente, entre quienes informaron no tener claridad en cómo proceder en caso de pérdida de medicamentos opioides (Gráfica 59) el 4,28% se refirió a la existencia de un protocolo de medicamentos de control especial sin procesos específicos para pérdidas, el 3,35% mencionó el uso de un instructivo de cadena de custodia, el 2,75% señaló el reporte directo al cliente, el 2,23% indicó el registro del responsable de inventario y el 1,70% mencionó la comunicación con el FRE para vencimientos. Se observaron también categorías residuales, entre ellas “escándalo” (0,82%), que corresponden a respuestas atípicas.

Gráfica 59. Procedimientos en caso de pérdida de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Es muy importante indagar cómo el personal del servicio farmacéutico reconoce, comprende y aplica en la práctica los procedimientos de eliminación de opioides o medicamentos controlados. El interés está en identificar si los entrevistados han interiorizado el proceso y lo ejecutan de manera adecuada, garantizando que los opioides no sean objeto de mal uso ni generen riesgos ambientales. En este sentido, las respuestas permiten evaluar el grado de socialización y apropiación del procedimiento dentro de las instituciones, más que la existencia formal de un protocolo escrito. La Gráfica 60 presenta las respuestas más representativas de las actividades realizadas en la disposición final de los medicamentos opioides.

Se estima que el 42,57% del personal del servicio farmacéutico realiza la disposición final de medicamentos opioides de acuerdo con la normatividad vigente, específicamente la Resolución 1478 de 2006 y sus anexos correspondientes. Así lo describe un participante:

"Nosotros seguimos la norma, o sea, la normatividad. Sabemos que cuando hay algún medicamento con vencimiento, se hace el reporte de acuerdo con los formatos anexos determinados en la resolución al Fondo Rotatorio. Ellos hacen la visita al servicio farmacéutico y con ese formato ya firmado por ellos, se hace la solicitud al Fondo Nacional". (Entrevista 95, Ibagué - Tolima).

De acuerdo con los resultados expandidos, el 14,51% de los entrevistados mencionó como práctica de disposición final el desecho de medicamentos opioides en guardianes, seguido de su incineración a través de empresas autorizadas. Este procedimiento consiste en depositar los remanentes en contenedores de seguridad y entregarlos posteriormente para su incineración, asegurando así la eliminación controlada de los mismos. Una proporción de los participantes (5,75%), indicó que la disposición final de los remanentes recae principalmente en el personal de enfermería, especialmente en áreas como la UCI. Un participante lo explicó así:

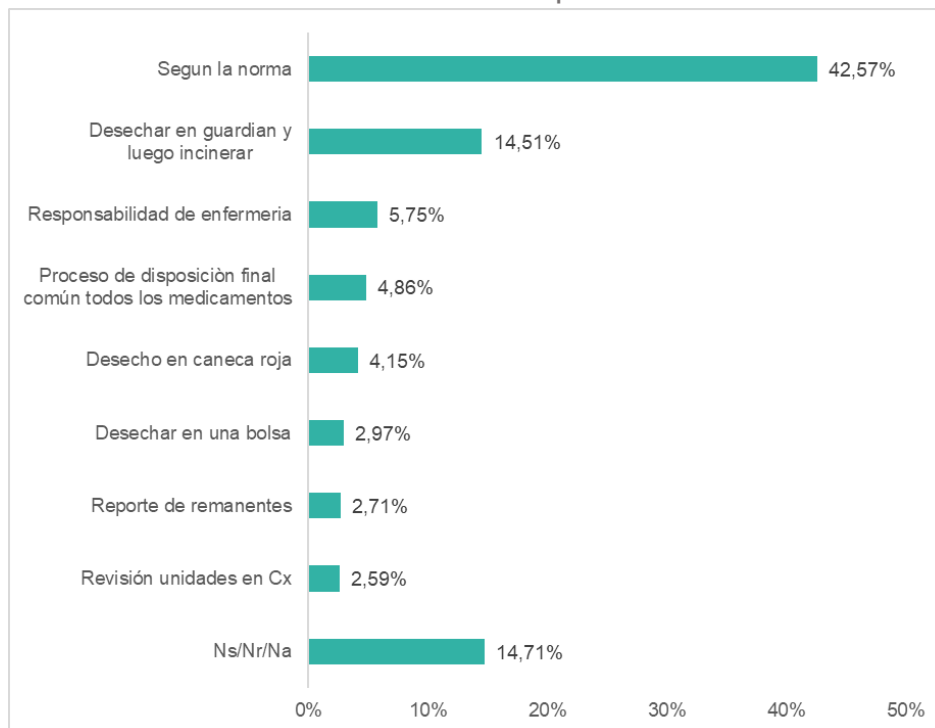
"Cuando se presentan remanentes en sala, el personal de enfermería debe registrarlos en el manual de manejo de residuos hospitalarios, indicando cantidad, paciente y motivo del descarte. Las unidades completas deben devolverse al servicio farmacéutico". (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

Por otra parte, el 4,86% de los entrevistados afirmó que la disposición final de los opioides se realiza de la misma manera que la de los demás medicamentos, sin establecer un procedimiento diferenciado para su manejo. Esto refleja una omisión a la norma o simplemente el desconocimiento del personal que aseveró esta situación. En proporciones menores, algunos participantes mencionaron la eliminación de opioides mediante el desecho en caneca roja (4,15%) o en bolsa (2,97%), prácticas que, aunque reportadas, no corresponden a los lineamientos establecidos para el manejo de medicamentos de control especial. La siguiente cita lo confirma:

"Como todos los medicamentos deben ser desechados en las cadenas rojas y luego pues la empresa como tal no nos va a distribuir los medicamentos por tipo, porque ellos si nos clasifican como los desechos de acuerdo a riesgo, entonces mentirte sería decirte que ellos los van a clasificar de acuerdo a opioides o no opioides". (Entrevista 4, Barranquilla - Atlántico).

El reporte de remanentes y revisión de unidades sobrantes en cirugía también son reportadas por los entrevistados, con el 2,71% y el 2,59% respectivamente.

Gráfica 60. Actividades más representativas en la disposición final de medicamentos opioides



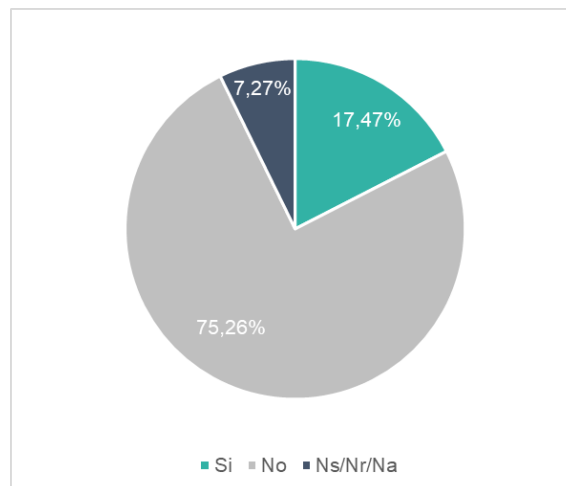
Fuente: Construcci3n propia.

Sección 4: Seguridad del paciente en el manejo de opioides

Gestión del riesgo

Ante la pregunta acerca de si la institución cuenta con una matriz de riesgo que permita evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides (Gráfica 61), los resultados son los siguientes: El 17,47% de las instituciones encuestadas respondió afirmativamente, mientras que el 75,26% indicó no contar con dicha herramienta. El 7,27% de las respuestas se clasificó en la categoría Ns/Nr/Na. En todos los casos, se evidenció que las matrices descritas no son específicas para medicamentos opioides, sino de carácter general o enfocadas a medicamentos controlados o a la administración de medicamentos en general.

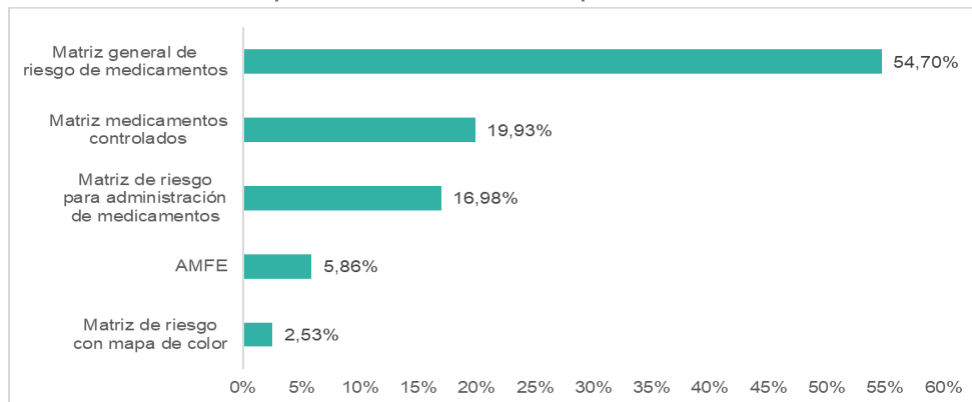
Gráfica 61. IPS que cuentan con matriz de riesgo asociadas al uso de medicamentos



Fuente: Construcción propia.

Cuando la respuesta fue afirmativa se solicitó a los entrevistados su explicación de los tipos de matrices manejadas en la IPS (Gráfica 62). De los entrevistados que respondieron afirmativamente, el 54,70% reportó utilizar una matriz general de riesgo de medicamentos, el 19,93% una matriz de medicamentos controlados, el 16,98% una matriz de riesgo para la administración de medicamentos, el 5,86% mencionó la metodología AMFE y el 2,53% una matriz de riesgo con mapa de color. Ninguna de estas fue descrita como específica para medicamentos opioides.

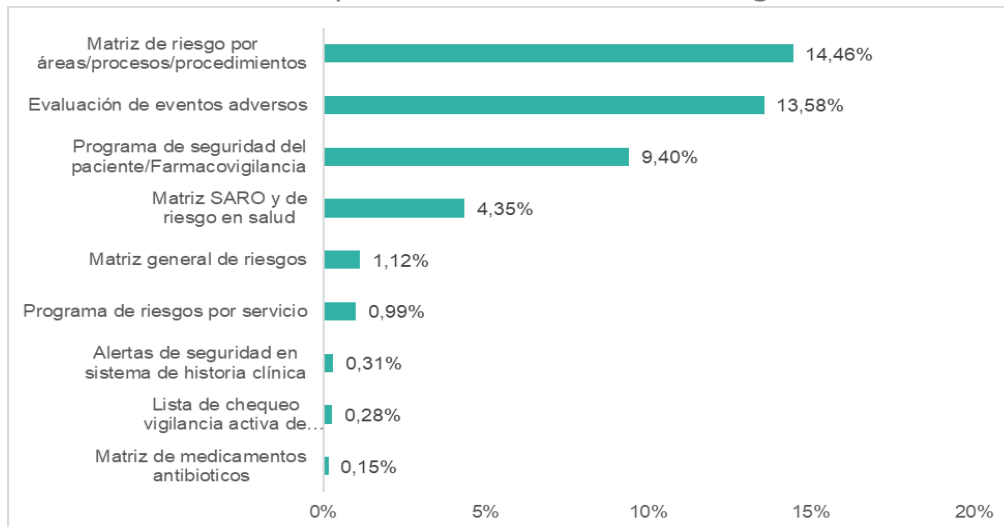
Gráfica 62. Tipos de matrices implementadas en las IPS



Fuente: Construcción propia.

En la Gráfica 63 se puede observar que se identificaron otros instrumentos y actividades que, aunque fueron mencionados en las entrevistas, no corresponden estrictamente a matrices de riesgo para el manejo de medicamentos. Entre ellos se incluyen: matriz de riesgo por áreas/procesos/procedimientos (14,46%), evaluación de eventos adversos (13,58%), programas de seguridad del paciente/farmacovigilancia (9,40%), matriz SARO y de riesgo en salud (4,35%), matriz general de riesgos (1,12%), programas de riesgos por servicio (0,99%), así como herramientas menos frecuentes como alertas de seguridad en historia clínica (0,31%), listas de chequeo de vigilancia activa (0,28%) y matrices de medicamentos antibióticos (0,15%).

Gráfica 63. Tipos de instrumentos implementadas en las IPS que no corresponden a matrices de riesgo



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 64, entre los entrevistados que indicaron que su institución no dispone de matrices de riesgo, el 30,78% consideró necesaria la implementación de esta herramienta, mientras que el 11,30% manifestó que no era pertinente incorporarla. El 20,14% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/NA.

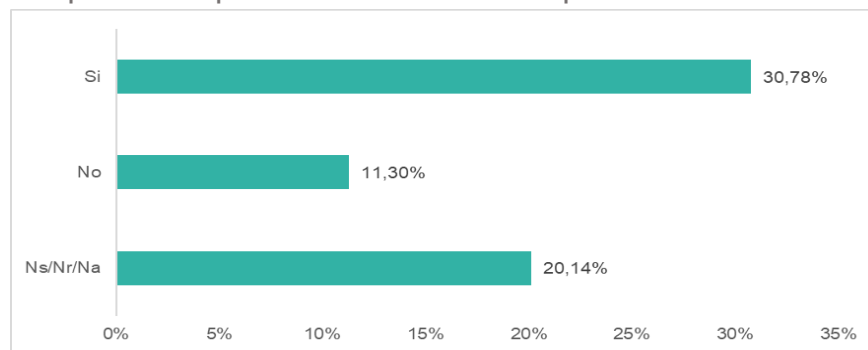
En las entrevistas, los participantes coincidieron en que los riesgos asociados al uso de medicamentos opioides deberían incluirse en las matrices institucionales de riesgo existentes y no en un instrumento exclusivo para estos medicamentos. Al respecto, un entrevistado señaló:

"No, hay que incluirlos dentro de la matriz, pero no hacer una específica para opioides". (Entrevista 99, San Andrés).

Otros resaltaron la importancia de considerar el contexto social y epidemiológico al decidir sobre estos instrumentos:

"Sí, porque en el entorno donde se encuentra La María no podemos tapar el sol con un dedo de que no hay problemas de psicoadicción, sobre todo en esta parte". (Entrevista 8, Medellín - Antioquia).

Gráfica 64. Necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS.



Fuente: Construcción propia.

Como se puede observar en la Gráfica 65, ante la pregunta relacionada con el manejo del consentimiento informado el 79,63% de los participantes indicó no emplear este recurso, mientras que un 9,93% señaló utilizar otro tipo de consentimiento, y solo un 2,22% afirmó usarlo específicamente para opioides. Un 8,21% se agrupó en la categoría Ns/Nr.

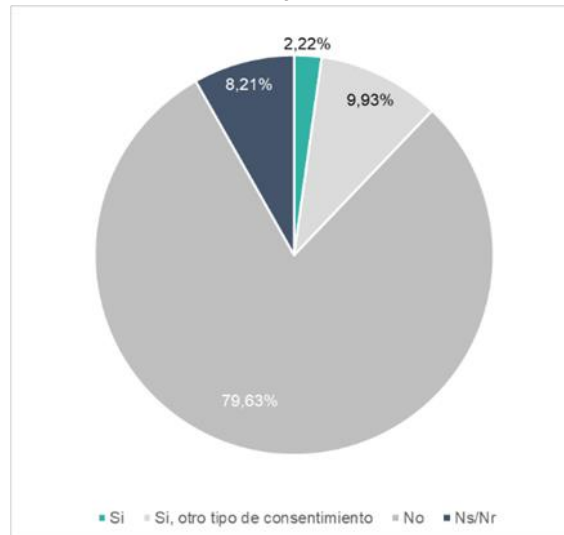
Es interesante referenciar acá el detalle de las respuestas. Algunos profesionales resaltaron que el consentimiento informado debería aplicarse a todos los medicamentos y no únicamente a los opioides, por ejemplo:

"No, pues a ver, si eso vamos, pues todos los medicamentos deberían tener un consentimiento informado, ¿no? no solo los opioides. porque hasta un acetaminofén lo puede matar a uno". (Entrevista 368, Cali- Valle del Cauca).

Otros señalaron en contraste que, aunque lo aplican, su uso es limitado solo a ciertos fármacos de control especial:

"Sí, acá se utiliza el consentimiento informado solamente para morfina y meperidina, porque son medicamentos controlados y hay que informar al paciente sobre los efectos y la posible dependencia".
(Entrevista 87, Sincelejo – Sucre).

Gráfica 65. Uso de un consentimiento informado para el tratamiento con opioides

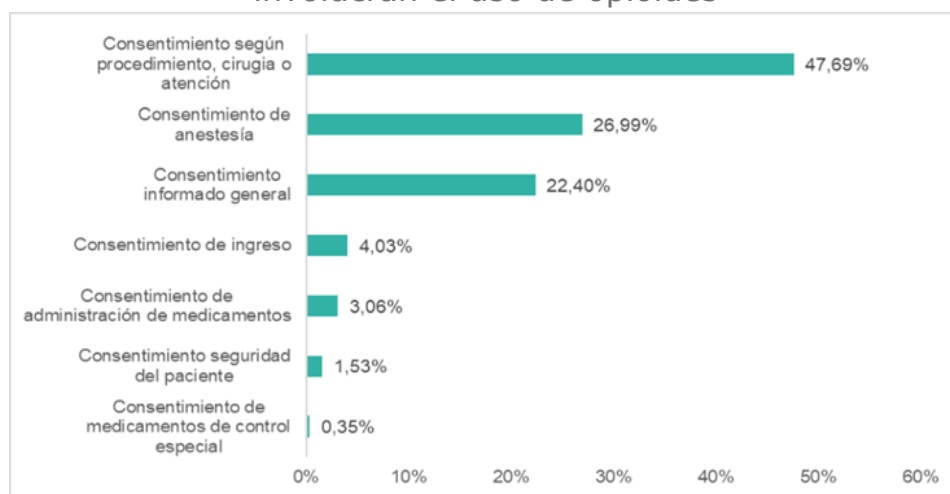


Fuente: Construcción propia.

Quienes afirmaron utilizar consentimiento informado destacaron diferentes modalidades aplicadas en las IPS. Los resultados de la Gráfica 66 muestran que el consentimiento según procedimiento, cirugía o atención es el más utilizado (47,69%), seguido por el consentimiento de anestesia (26,99%) y el consentimiento informado general (22,40%). Otros formatos menos frecuentes fueron el consentimiento de ingreso (4,03%), el consentimiento para administración de medicamentos (3,06%), el consentimiento de seguridad del paciente (1,53%) y, en proporción mínima, el consentimiento de medicamentos de control especial (0,35%). A nivel cualitativo, algunos profesionales mencionaron que la inclusión de los opioides en consentimientos asociados a procedimientos quirúrgicos o anestésicos es suficiente para garantizar

respaldo legal y ético en su uso, mientras que otros reconocieron que no existen formatos específicos para opioides, sino que se enmarcan en consentimientos generales o de procedimiento.

Gráfica 66. Consentimientos usados por las IPS en procedimientos que involucran el uso de opioides

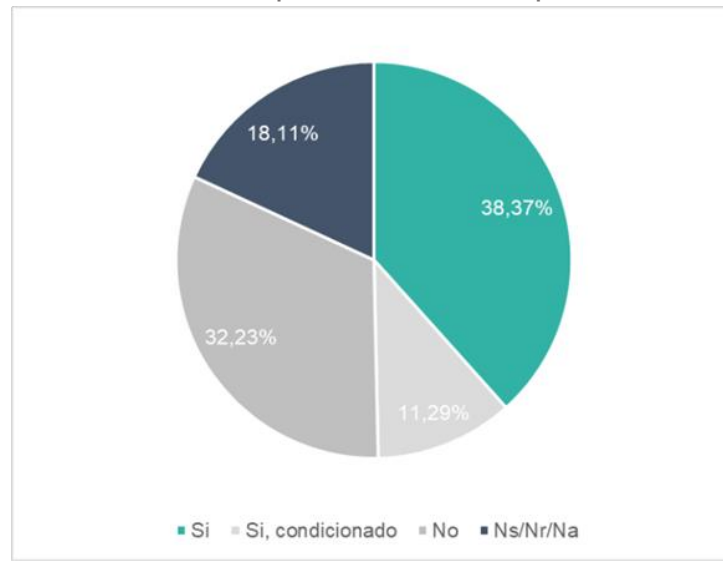


Fuente: Construcción propia.

Cuando se preguntó si se consideraba necesario implementar este mecanismo (Gráfica 67), un 38,37% respondió afirmativamente y un 32,23% lo condicionó a ciertos contextos, mientras que un 11,29% expresó que no lo considera necesario y un 18,11% correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. En las entrevistas, algunos profesionales justificaron la necesidad de su implementación resaltando la falta de información y educación al paciente, otros lo asociaron con la seguridad clínica, planteando que su uso debería ser obligatorio.

“Sí, debería implementarse, porque los pacientes que están recibiendo opioides no les están enseñando, no saben qué están recibiendo y no saben el daño que puede ocasionar este medicamento”. (Entrevista 11, Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 67. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides

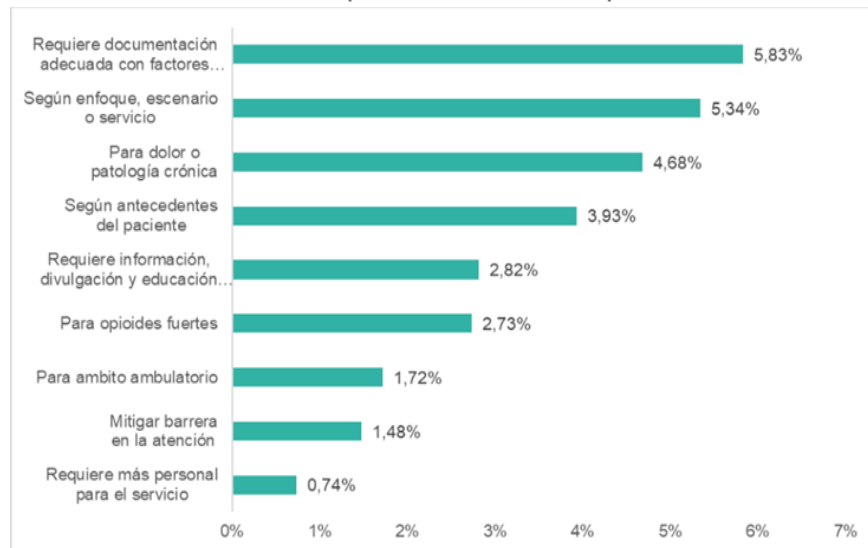


Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las condiciones propuestas para su implementación (Gráfica 68), los participantes mencionaron la necesidad de contar con documentación adecuada y soporte adicional (5,83%), ajustarlo al enfoque, servicio o escenario de atención (5,34%), limitarlo a casos de dolor crónico o patologías específicas (4,68%) y tener en cuenta los antecedentes clínicos del paciente (3,93%). También señalaron que debería acompañarse de procesos de educación (2,82%) y que tendría sentido principalmente en el uso de opioides fuertes (2,73%). Estas posturas reflejan tanto la intención de proteger al paciente como las dificultades de llevarlo a la práctica, tal como expresó un profesional:

“De alguna forma, es como un saludo a la bandera porque si yo lo hago firmar, perfectamente va a otra institución y se lo prescribe otro médico. No hay un intercruzamiento de información entre farmacias, entonces no tengo cómo hacer un seguimiento transversal del uso de opioides”. (Entrevista 117, Bogotá).

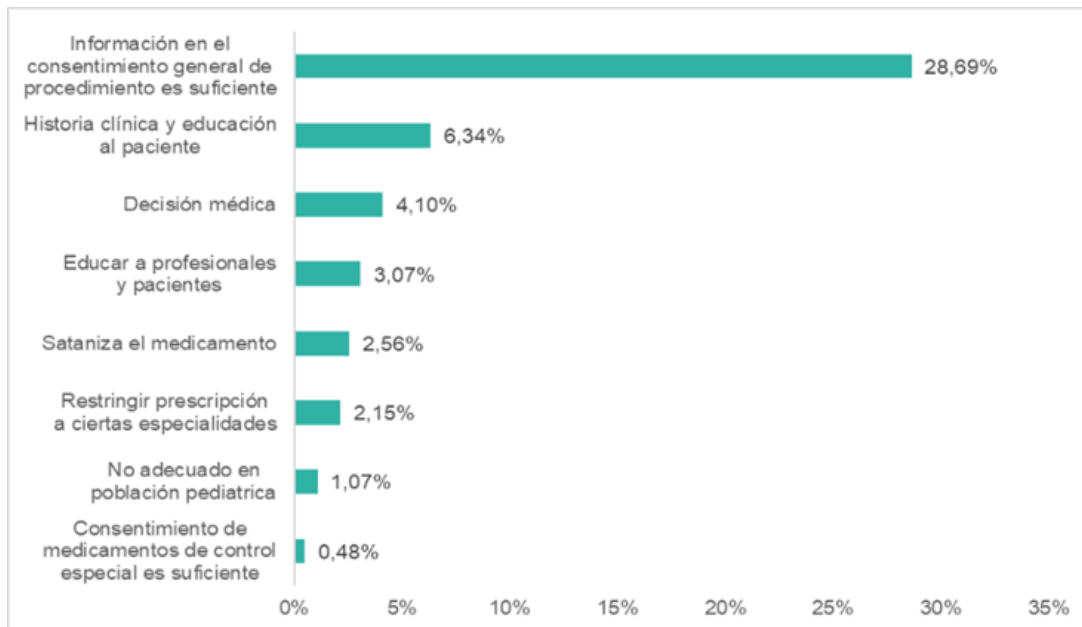
Gráfica 68. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides



Fuente: Construcción propia.

Por otro lado, entre quienes no consideran necesario implementar este contrato (Gráfica 69), la mayoría sostuvo que el consentimiento general de los procedimientos resulta suficiente (28,69%), mientras que otros argumentaron que la historia clínica y los procesos de educación cumplen ese papel (6,34%) o que se trata de una decisión médica más que administrativa (4,10%). También se reportaron consideraciones sobre la pertinencia, como la restricción a determinadas especialidades médicas (2,15%) o la exclusión en población pediátrica (1,07%). Finalmente, un grupo menor (0,48%) señaló que el consentimiento ya establecido para medicamentos de control especial abarca los requerimientos aplicables a los opioides.

Gráfica 69. Consideraciones para no implementar el uso de consentimiento informado en las IPS

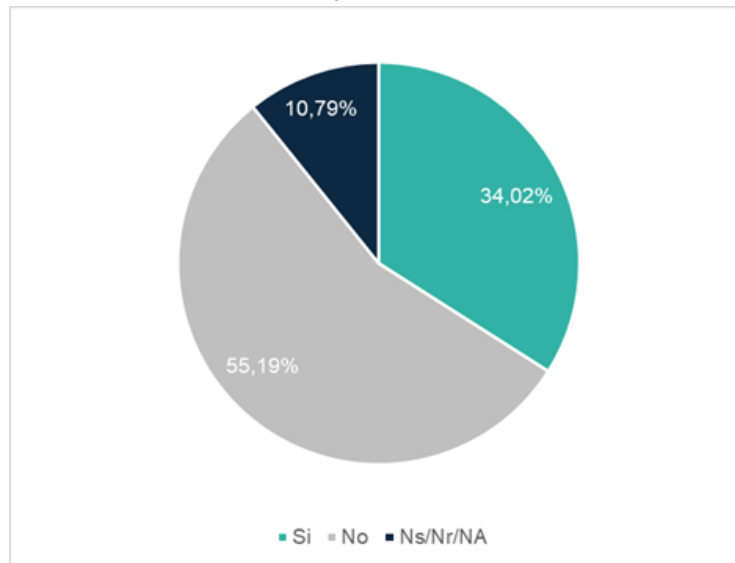


Fuente: Construcción propia.

Programas de seguimiento

Como se evidencia en la Gráfica 70, el 55,19% de los entrevistados manifestó no contar con programas de seguimiento, el 34,02% indicó que si realiza este tipo de seguimientos a los pacientes y el 10,79% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr/Na. Sin embargo, a pesar de que algunas de las personas entrevistadas manifestaron no realizar el seguimiento a los tratamientos específicamente, reconocieron que si son realizados seguimientos a la evolución de las patologías o motivo de internación del paciente por parte del médico tratante. En tal sentido, los casos de pacientes oncológicos, de cuidados paliativos o con manifestaciones de dolor crónico, entre otros, eran evaluados en los comités médicos programados en las instituciones, sin dejar de lado los tratamientos aplicados, incluyendo el uso de medicamentos opioides.

Gráfica 70. Porcentaje de entrevistados que indicaron contar, o no, con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

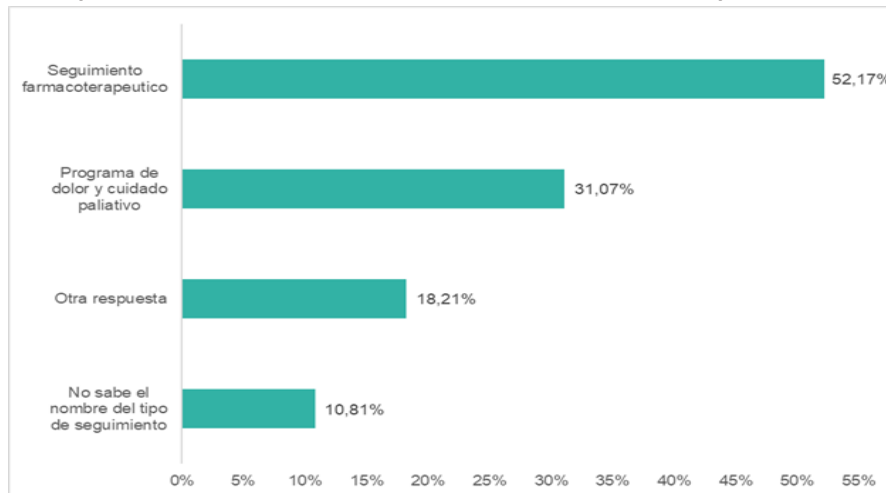
En las respuestas afirmativas se indagó sobre el programa utilizado para realizar seguimiento a los pacientes. Como se observa en la Gráfica 71, el farmacoterapéutico (52,17%) ocupó el primer lugar dentro de las prácticas realizadas en pacientes tratados con medicamentos opioides. De manera general, los entrevistados reconocen que este tipo de seguimiento constituye la mejor estrategia y que no es necesario implementar controles adicionales por el tipo de medicamento administrado. Asimismo, señalaron que el profesional responsable es el químico farmacéutico, quien en algunos casos cuenta con el apoyo de un especialista en epidemiología.

Los Programas de dolor y cuidado paliativo (31,07%) ocuparon el segundo lugar como programas de seguimiento, siendo bastante específicos debido al tipo de medicamentos utilizados en tratamientos de quimioterapia para patologías específicas o para el manejo y control del dolor. Los entrevistados reconocieron que en este tipo de programas son utilizados

una amplia variedad de medicamentos opioides y por lo tanto es necesario realizar seguimientos estrictos.

Finalmente, algunos entrevistados manifestaron que en la institución se realiza otro tipo de seguimiento (18,21%), generalmente en el área quirúrgica, donde se realiza monitoreo de los pacientes posterior a la cirugía y con prescripción de medicamentos opioides, llamado seguimiento posquirúrgico de 24 horas, 7 días, 15 días y/o 30 días. Otro tipo de monitoreo referenciado en las respuestas fue el seguimiento de atención ambulatoria o el realizado en consulta externa, para pacientes con prescripciones de medicamentos opioides y donde el médico reconoce el potencial riesgo de creación de dependencia por el tipo de medicamento prescrito. Finalmente, el 10,81% de los participantes manifestó desconocer el nombre del tipo de seguimiento realizado a los pacientes.

Gráfica 71. Tipos de programas o seguimientos realizados a los pacientes tratados con medicamentos opioides

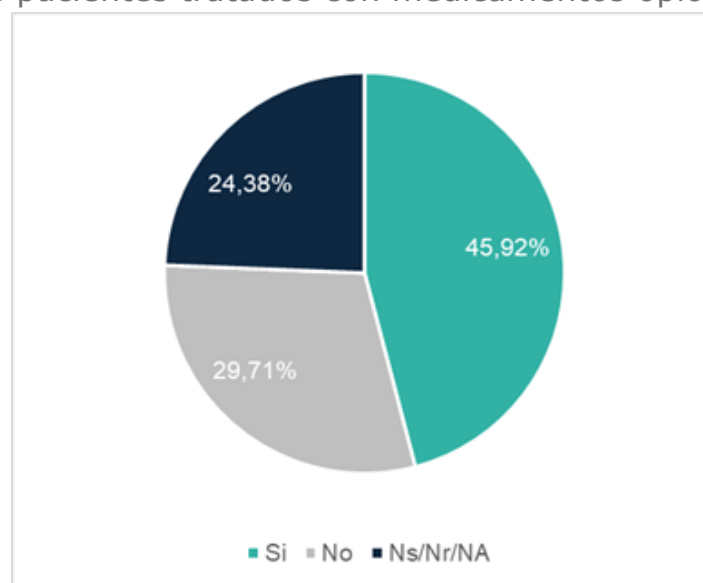


Fuente: Construcción propia.

Igualmente, se consultó a los entrevistados sobre la necesidad de este tipo de programa o del seguimiento para el paciente tratado con medicamentos opioides. De acuerdo con la Gráfica 72, se evidencia que

un 45,92% considera que si es necesario este tipo de programa o seguimiento, el 29,71% de los entrevistados no lo considera necesario y un 24,38% no sabe o no responde a la pregunta.

Gráfica 72. Opinión sobre la necesidad de un programa o seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Algunos entrevistados expusieron sus argumentos sobre la necesidad de implementar programas de seguimiento en la institución (Gráfica 73). El 21,09% consideró que estos programas son necesarios, principalmente para fortalecer la atención y facilitar la identificación de pacientes con posible uso inadecuado de medicamentos opioides, tanto en el ámbito ambulatorio como en aquellos con estancias hospitalarias prolongadas, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), donde se requiere un monitoreo más estrecho de los tratamientos.

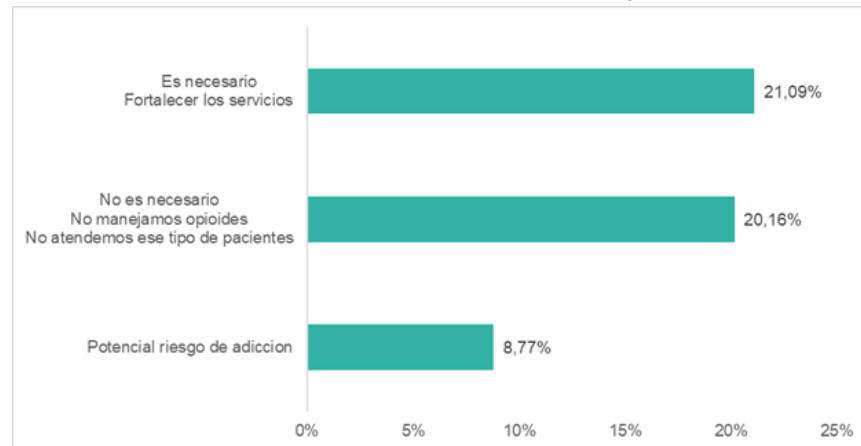
"Si, tenemos de hecho una de las debilidades con la que la institución tiene es el tema de los seguimientos por parte de farmacovigilancia que es quien debería estar a cargo de todos esos

seguimientos, para captar en búsqueda activa como ha sido la adherencia de los que se van para su casa con medicamentos formulados a largo o mediano plazo, pero no se hace". (Entrevista 48, Florencia - Caquetá).

"Si, porque puede que muchos pacientes lleven mucho tiempo en UCI y tengan alguna complicación luego del uso de esos medicamentos". (Entrevista 35, Bogotá).

En contraste, el 20,16% de los entrevistados declaró que no era necesario contar con programas o seguimientos de pacientes tratados con medicamentos opioides, porque manejaban pocos o ningún medicamento opioide, no trataban ese tipo de pacientes, o porque el seguimiento era realizado directamente en el área de cirugía, donde eran utilizados estos medicamentos. Finalmente, el 8,77% de los participantes consideró la necesidad de programas de seguimiento por el potencial riesgo de adicción de los medicamentos opioides.

Gráfica 73. Argumentos presentados como justificación para la necesidad, o no, de contar con programas o seguimiento de pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

El seguimiento farmacoterapéutico en pacientes tratados con opioides se incluyó como variable de análisis en la indagación dirigida al personal del servicio farmacéutico. El propósito fue identificar la existencia de esta actividad dentro de las instituciones, dado que constituye un componente esperado en los procesos de gestión de calidad y seguridad clínica.

Los resultados sobre la práctica de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con medicamentos opioides, presentados en la Gráfica 74, muestran que el 48,48% de los profesionales del servicio farmacéutico afirmó realizar esta actividad en sus instituciones, mientras que el 44,28% indicó no llevarla a cabo. El 7,24% de las respuestas se clasificó en la categoría Ns/Nr.

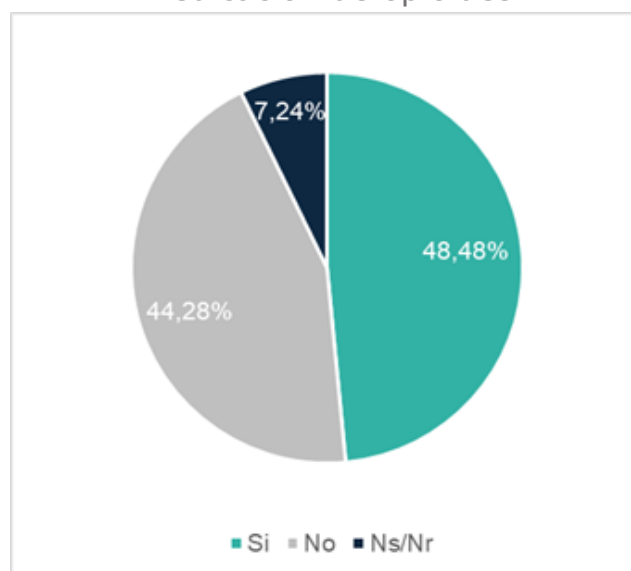
Varias de las respuestas afirmativas indican que el seguimiento se lleva a cabo en sus instituciones, pero con criterios no estandarizados o razones diversas, mientras algunos profesionales lo aplican de manera general como parte de su labor asistencial y administrativa o lo restringen a medicamentos considerados de alto riesgo, entre ellos opioides como la

meperidina, la morfina y el tramadol. Adicionalmente, varias menciones señalan que el seguimiento se encuentra integrado en los programas institucionales de farmacovigilancia, como lo expresa la siguiente cita:

"Si, hacemos un seguimiento en cuanto a la prescripción, eso lo hacemos dentro del programa de farmacovigilancia". (Entrevista 122, Arauca - Arauca).

Entre las respuestas negativas a la realización del seguimiento farmacoterapéutico se encuentran expresiones que señalan su no implementación por limitaciones administrativas, que aún se encuentra en proceso de consolidación, o que únicamente se lleva a cabo cuando ocurre un evento adverso.

Gráfica 74. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con medicación de opioides

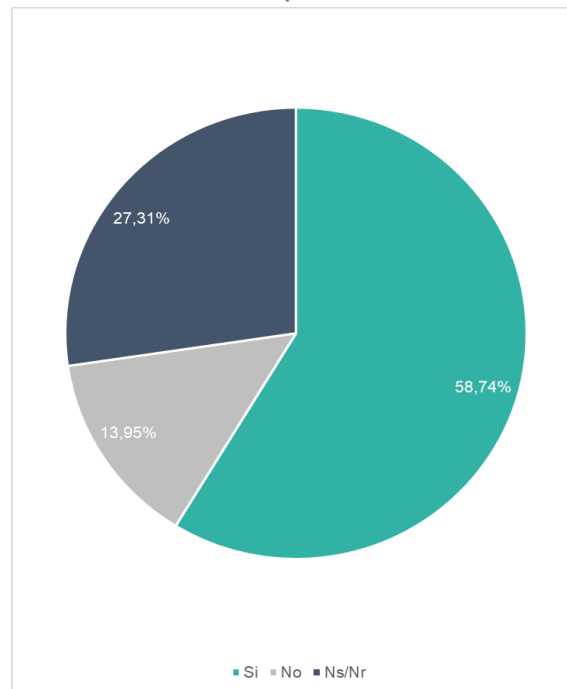


Fuente: Construcción propia.

A los participantes que respondieron negativamente al llevar a cabo ese seguimiento, se les consultó por la necesidad de su realización (Gráfica

75). El 58,74% de los profesionales del servicio farmacéutico responde afirmativamente a esa necesidad, y un 13,95% del personal considera que no es necesario realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con opioides, argumentando razones como la naturaleza de la institución o la ausencia de eventos adversos con estos medicamentos. El 27,31% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr.

Gráfica 75. Necesidad de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con opioides



Fuente: Construcción propia.

Los hallazgos muestran una amplia variabilidad en la existencia y alcance de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones participantes (Gráfica 76). La respuesta con mayor frecuencia corresponde a "Sí, conciliación de medicamentos", con 30,84% de los participantes. En segundo lugar se ubica la respuesta "Sí", con 23,79%, seguida de "No", con 21,61%. La categoría Ns/Nr representa el 9,96% de las respuestas. Entre las opciones específicas de

implementación, "Sí, conciliación y salida segura (o plan de egreso)" alcanza el 7,10%, mientras que "Sí, salida segura (o plan de egreso)" corresponde al 4,44%. Las menores frecuencias se observan en "Sí, conciliación de medicamentos en proceso de implementación" (1,15%) y "No, en proceso de construcción" (1,11%).

Predomina la disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos en las instituciones, mientras que la implementación de estrategias integrales de conciliación y salida segura presenta una menor proporción. Algunos hospitales reportaron contar con procedimientos estructurados, que involucran tanto especialidades médicas, como la realización de actividades de seguimiento desde el servicio farmacéutico:

"Tenemos una toxicóloga que nos apoya con todo el tema de conciliación. Entonces lo que hacemos mensualmente es que seleccionamos unas historias clínicas y empezamos a revisar de los pacientes que han egresado a cuáles se les ha hecho adecuadamente conciliación". (Entrevista 85, Neiva - Huila).

En otros escenarios, los programas se encontraban en proceso de implementación, como se describió:

"Estamos montando muchos procesos y procedimientos y dentro de eso vamos a incluir el proceso de conciliación. Aquí hay médicos tradicionales indígenas, parteras indígenas y sabedores, entonces se da cabida también a ese manejo intercultural". (Entrevista 130, Inírida - Guainía).

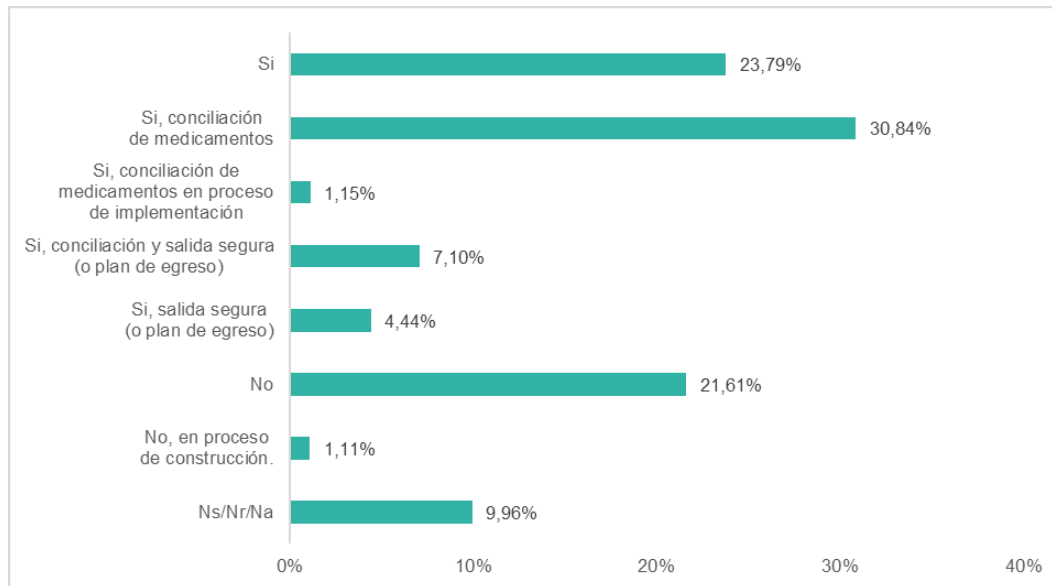
Sin embargo, se identificaron casos en que la conciliación se entendía de forma restringida a la recepción técnica de medicamentos que los pacientes traen consigo, como cuando se indicó:

"Esa conciliación va más que todo a todos estos medicamentos que de pronto trae el paciente de afuera (...) pero es muy poco los pacientes que han llegado así". (Entrevista 127, Yopal – Casanare).

Incluso, algunos testimonios evidencian confusión conceptual, al equiparar la conciliación con la custodia o uso intrahospitalario de fármacos:

"No manejamos conciliación con opioides, acá se formula todo desde el que el paciente llega, no podemos garantizar que de pronto ese tipo de medicamentos se haya gestionado de una forma adecuada, entonces desde que llega el paciente, al paciente se le formulan sus medicamentos, de pronto para conciliación otro tipo de medicamentos que se instauren, que no se manejen acá, pues al paciente se le podría decir bueno los puede traer y se revisan que cumplan con las características técnicas pero con opioides no me parece que sea lo adecuado". (Entrevista 59, Bogotá).

Gráfica 76. Disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones de salud



Fuente: Construcción propia.

Como se presenta en la Gráfica 77, la categoría Ns/Nr concentró la mayor proporción de respuestas (62,06%), seguida de quienes manifestaron que sí es necesaria la implementación de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura (20,82%). Por su parte, el 15,15% consideró que no existe dicha necesidad. La distribución de las respuestas evidencia un predominio de información no concluyente, mientras que, entre los participantes que emitieron una opinión, la percepción favorable hacia la implementación de estos programas fue superior a la desfavorable. La siguiente respuesta de un entrevistado es ilustrativa:

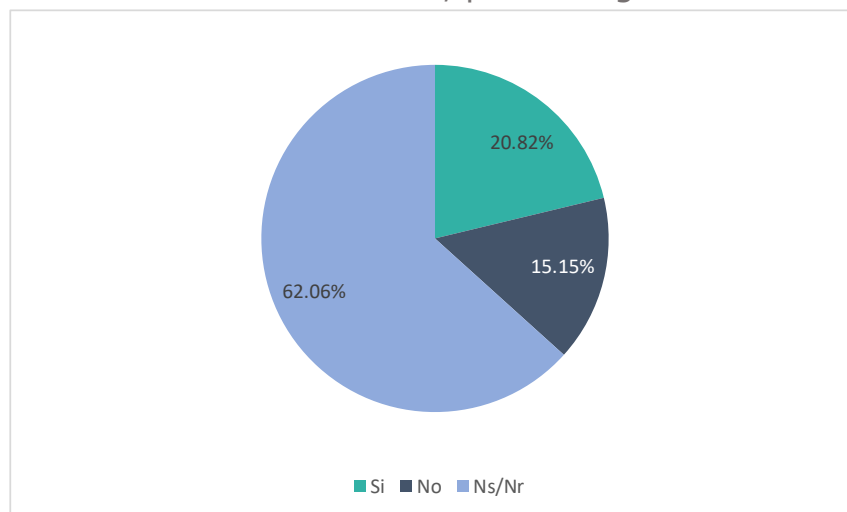
"Hace falta mucho la conciliación y la reconciliación medicamentosa, como usted se da cuenta, soy el único químico farmacéutico de la institución y cada programa requiere un químico farmacéutico".
(Entrevista 134, Villavicencio - Meta).

En contraste, en instituciones de carácter ambulatorio se consideró que estos programas no son necesarios:

"Es que es una institución netamente ambulatoria, el paciente entra, se hace un procedimiento de 15, 20 minutos a una recuperación de una hora máximo y el paciente nuevamente sale caminando, entonces no es necesario". (Entrevista 132, Villavicencio - Meta).

Los resultados sugieren que, aunque existen experiencias institucionales que avanzan en la implementación de programas de conciliación y egreso seguro, persisten diferencias marcadas tanto en la disponibilidad real como en la comprensión del concepto, así como en la valoración de su pertinencia según el nivel de complejidad y el modelo de atención.

Gráfica 77. Percepción sobre la necesidad de implementar programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura



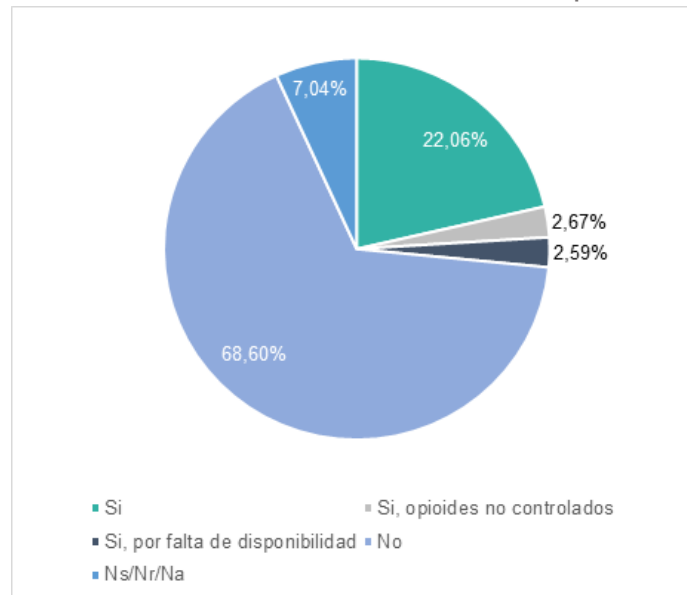
Fuente: Construcción propia.

Los reportes de farmacovigilancia relacionados con opioides son centrales en la supervisión y evaluación de la seguridad de estos medicamentos,

particularmente en escenarios en donde existen riesgos por el uso indebido de la sustancia, reacciones adversas y posibles situaciones de abuso y dependencia. En relación a la pregunta acerca de si la institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados con medicamentos opioides, las respuestas reflejaron los siguientes valores (Gráfica 78): el 68,60% de las respuestas indicó No, el 22,06% de los participantes respondió Si, el 2,67% indicó Si para opioides no controlados, el 2,59% señaló Si por falta de disponibilidad, y el 7,04% correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. Algunas declaraciones expresan que, aunque los programas de farmacovigilancia están activos, no han tenido la necesidad de reportar situaciones relacionadas con medicamentos opioides. Por ejemplo:

"No, hasta el momento no se han presentado reportes ni reacciones ni eventos adversos. Nuestro programa de farmacovigilancia lo llevamos, tenemos los indicadores, pero hasta el momento no se nos han presentado ese tipo de eventos o reacciones adversos o cualquier otro problema relacionado con esos medicamentos".
(Entrevista 147, Ipiales - Nariño).

Gráfica 78. Instituciones que cuentan con reportes de farmacovigilancia relacionados con medicamentos opioides



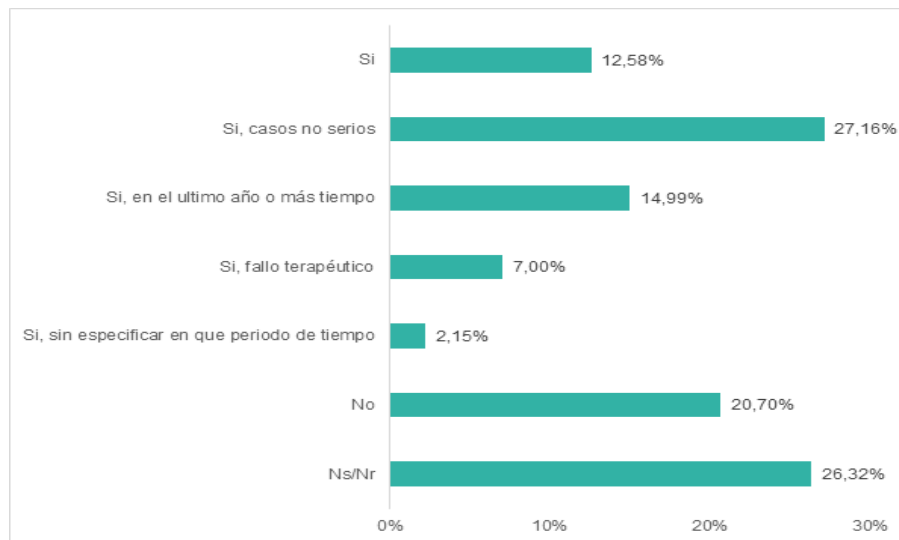
Fuente: Construcción propia.

Las respuestas afirmativas fueron ampliadas con la solicitud de indicación de la existencia de casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides presentados en la institución en el último trimestre, y los resultados por menciones fueron los siguientes (Gráfica 79): Si (12,58%), Si/casos no serios (27,16%), Si/en el último año o más tiempo (14,99%), Si/fallo terapéutico (7,00%), Si/sin especificar periodo de tiempo (2,15%), No (20,70%), Ns/Nr (26,32%).

El reporte de casos no serios en el último trimestre representó la mayoría de las menciones. La siguiente afirmación es ilustrativa:

"Casos serios no hay, o que te comento ahorita era los incidentes que tuvimos en el volumen en la forma como estaban haciendo la dilución en ciertos servicios, pero ya se hizo la intervención, se hizo una capacitación y ya se solucionó". (Entrevista 158, Cali – Valle del Cauca).

Gráfica 79. Casos serios de farmacovigilancia relacionados con medicamentos opioides registrados en la institución durante el último trimestre



Fuente: Construcción propia.

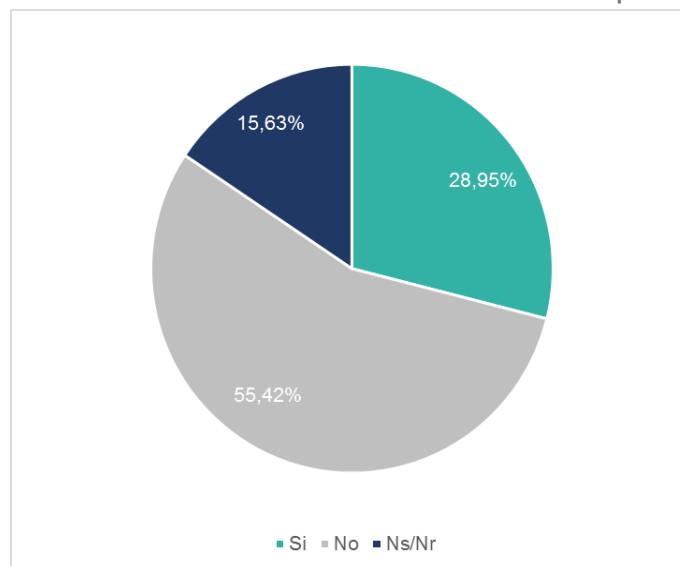
Frente a la pregunta formulada a los profesionales de la salud sobre la existencia en la institución de programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides, las respuestas de los entrevistados reflejaron los siguientes valores (Gráfica 80): el 28,95% fueron afirmativas, el 55,42% de las respuestas fueron negativas, y el 15,63% correspondió a Ns/Nr. Es de resaltar que la amplia mayoría de las instituciones no cuentan con programas diseñados para realizar el seguimiento a los pacientes tratados con opioides, proceso necesario para medir la eficacia del tratamiento, establecer controles y evaluar aspectos importantes a nivel clínico y psicosocial de los pacientes. La siguiente entrevista realizada en la ciudad de Pasto expone la situación:

"No, postegreso no, internamente se hace el seguimiento directamente, se hacen rondas de seguridad del paciente, se hacen

rondas farmacéuticas, pero establecido como tal un seguimiento dentro de lo que es el manejo de opioides no. Así se hacen rondas de seguridad, dentro de las mismas rondas de seguridad se evalúa y se hace el seguimiento a los pacientes que en ese momento se encuentran o no con algún tipo de medicamentos, pero digamos que, establecido como tal un protocolo con un procedimiento así, no". (Entrevista 349, Pasto - Nariño).

Declaraciones así indican que un grupo significativo de instituciones no cuentan con programas formales o protocolos establecidos para el seguimiento a mediano y largo plazo de los pacientes tratados con medicamentos opioides, aunque si llevan a cabo acciones in situ de control farmacéutico, seguridad del paciente y manejo del dolor.

Gráfica 80. La institución cuenta con programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

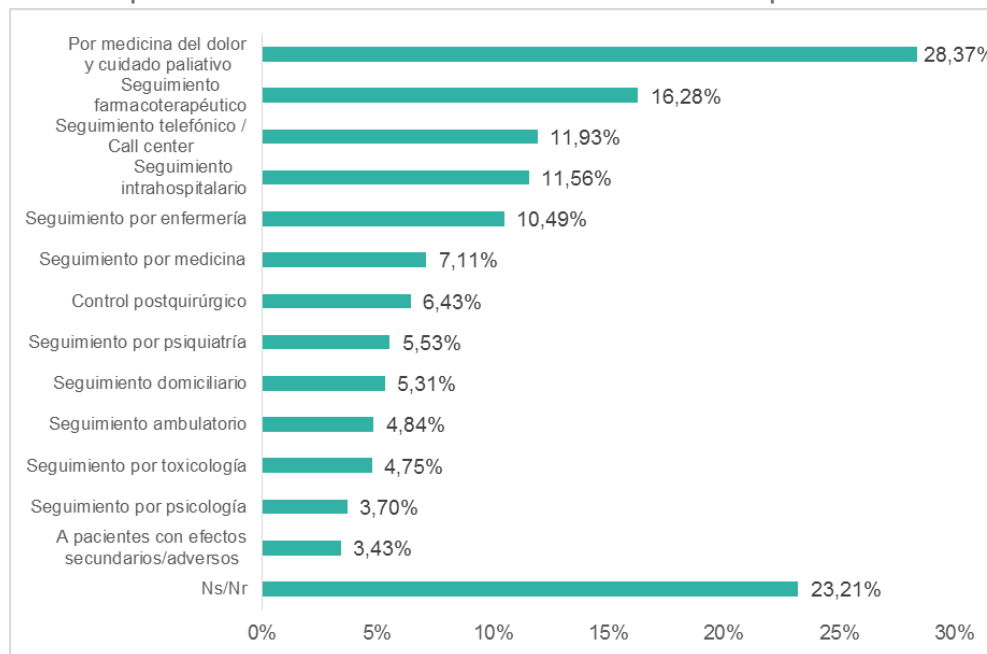
De conjunto de respuestas afirmativas (Gráfica 81), el 28,37% indicó que el programa de seguimiento establecido en su institución se realiza por

medicina del dolor y cuidado paliativo, el 16,28% manifestó que corresponde a seguimiento farmacoterapéutico, el 11,93% correspondió a seguimiento telefónico, el 11,56% seguimiento intrahospitalario, y el 10,49% seguimiento por enfermería. El 7,11% de los participantes que respondieron afirmativamente declararon que en su institución se realiza seguimiento a los pacientes tratados con opioides por medio del área de medicina, el 6,43% realiza seguimiento por control postquirúrgico, el 5,53% por psiquiatría, el 5,31% seguimiento domiciliario, el 4,84% seguimiento ambulatorio, el 4,75% por toxicología, el 3,70% seguimiento por psicología, y el 3,43% a pacientes con efectos secundarios y adversos. El 23,21% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

El seguimiento por medicina del dolor y cuidados paliativos señala la estrategia implementada por las instituciones para abordar los casos de pacientes con dolor y síntomas relacionados, la siguiente entrevista de Puerto Colombia lo ratifica:

“Tenemos equipo de medicina del dolor y cuidado paliativo, que estamos los 7 días de la semana, pues, disponibles para hacer todo el seguimiento pertinente y respondemos todas las interconsultas a nivel de todas las áreas, estamos con el equipo detectando precoz y oportunamente todas las variaciones que tenemos”. (Entrevista 14, Puerto Colombia - Atlántico).

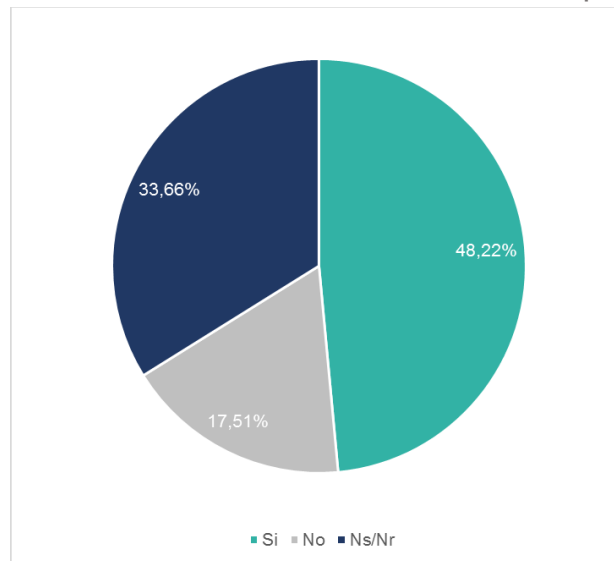
Gráfica 81. Programas de seguimiento existentes en la institución para pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Del grupo de entrevistados que declararon que sus instituciones no cuentan con programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides, ante la pregunta acerca de si consideran la necesidad de dichos procesos de seguimiento en sus instituciones (Gráfica 82), respondieron de la siguiente forma: el 48,22% indicó que sí hacen falta, el 17,51% respondió que no considera que hagan falta, y el 33,66% correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 82. En la institución hacen falta programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

La formación profesional es fundamental en la realización de un seguimiento de calidad a los pacientes tratados con medicamentos opioides, en la medida en que dicho proceso implica un alto nivel de responsabilidad en términos de las acciones de prescripción, almacenamiento, administración, monitoreo y control, factores cruciales en la adecuada gestión de medicamentos opioides. En relación con la pregunta sobre el perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con opioides, las respuestas reportaron la siguiente información (Gráfica 83): el 41,35% declaró que los responsables son profesionales de la salud en general y personal especializado, el 17,14% indicó personal de enfermería, y el 9,88% señaló personal de farmacia. Con valores minoritarios se indicó que los profesionales a cargo presentan un perfil administrativo y de calidad (3,97%), equipos interdisciplinarios y programas en las IPS (1,04%), otros profesionales de la salud (0,41%), y la EPS (0.03%). El 34,50% correspondió a Ns/Nr. Las respuestas reflejan que la responsabilidad del



seguimiento está concentrada en profesionales de la salud, personal de enfermería y especialistas. Por ejemplo:

“Pues generalmente el que hace el seguimiento es el enfermero, ya sea profesional o el auxiliar. Ellos son los que están más pendientes de cómo ha reaccionado el paciente con los opioides. Porque pues el médico le quita el dolor, pero pues uno es el que hace seguimiento digamos a las reacciones adversas, seguimiento pues al hecho de que pronto haga adicción, porque uno se da cuenta”. (Entrevista 186, Neiva - Huila).

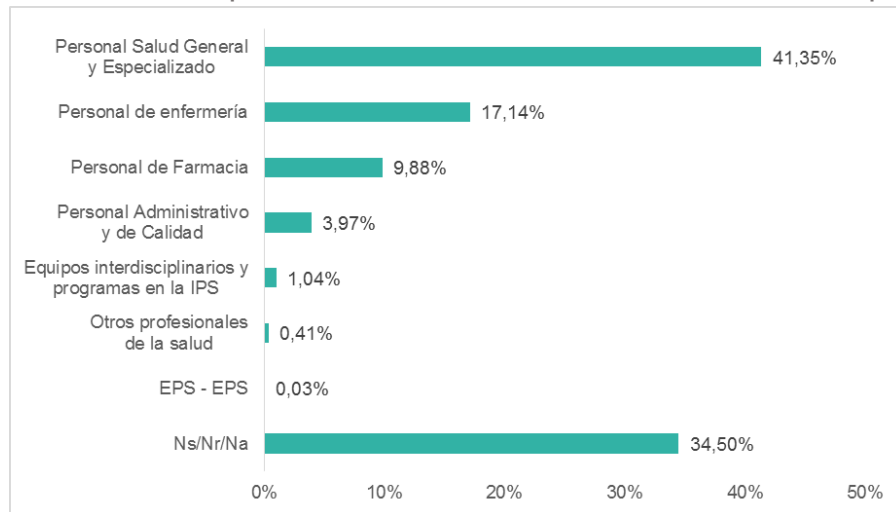
Igualmente, el personal de farmacia desempeña un rol cardinal en la labor de seguimiento, trabajo articulado con otros profesionales de la salud:

“El médico tratante y en el intrahospitalario, los farmacéuticos y toda la oficina de farmacia y la enfermera jefe”. (Entrevista 248, Medellín - Antioquia).

De manera excepcional se reporta también personal administrativo y de calidad:

“Acá hay un coordinador de calidad, pues el coordinador de calidad es que se cargue ese seguimiento”. (Entrevista 17, Soledad - Atlántico).

Gráfica 83. Perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides

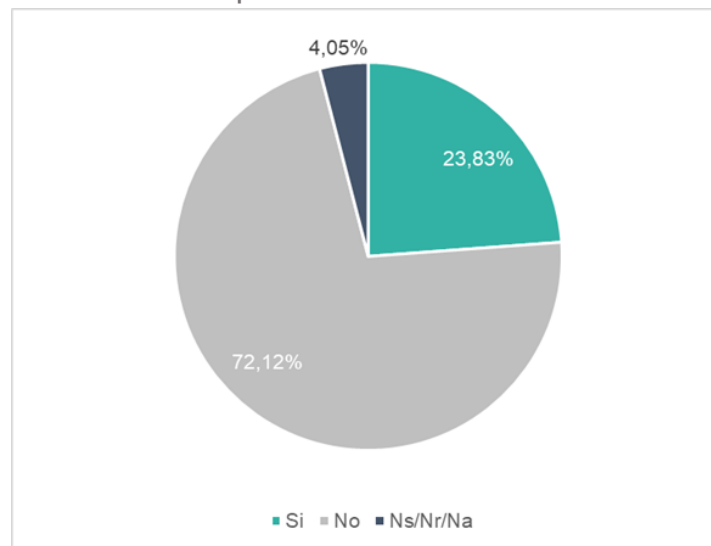


Fuente: Construcción propia.

Indicadores de gestión

En relación con la inclusión de indicadores de gestión específicos sobre el uso y manejo de medicamentos opioides (Gráfica 84) al entrevistar al personal de calidad el 23,83% de los encuestados indicó que sí se discriminan en su institución, mientras que el 72,12% manifestó que no, y un 4,05% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. En las declaraciones se identificó que, en muchos casos, los indicadores no son exclusivos para opioides sino generales para todos los medicamentos.

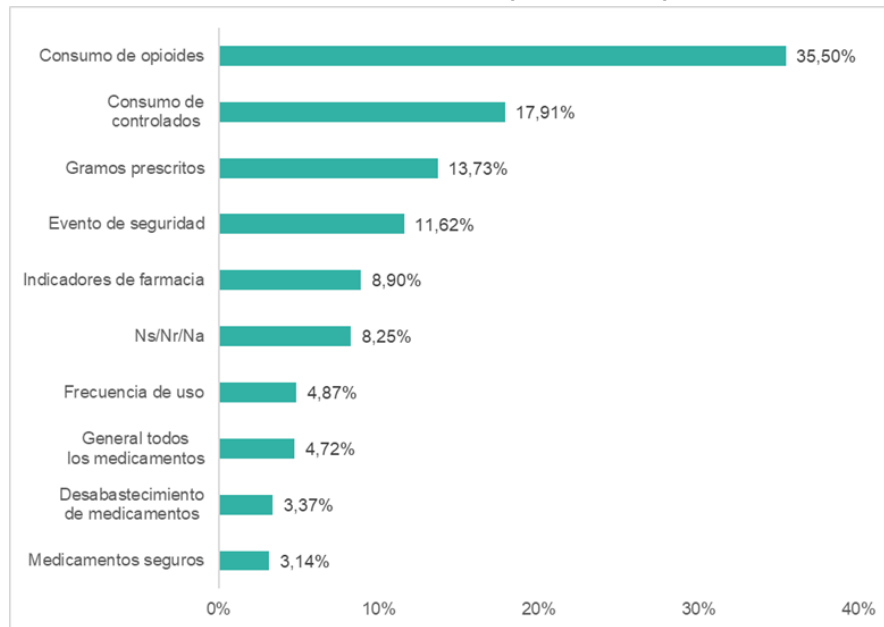
Gráfica 84. Discriminación de uso de indicadores de medicamentos opioides en las IPS



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo a la Gráfica 85, entre las instituciones que sí reportan indicadores los principales corresponden a: consumo de opioides (35,50%), seguido por consumo de medicamentos controlados en general (17,91%), gramos prescritos (13,73%), eventos de seguridad (11,62%) e indicadores de farmacia (8,90%). En menor proporción se incluyeron: frecuencia de uso (4,87%), en general todos los medicamentos (4,72%), desabastecimiento de medicamentos (3,37%) y medicamentos seguros (3,14%). Un 8,25% de las respuestas se clasificó en la categoría Ns/Nr/NA.

Gráfica 85. Indicadores reportados por las IPS

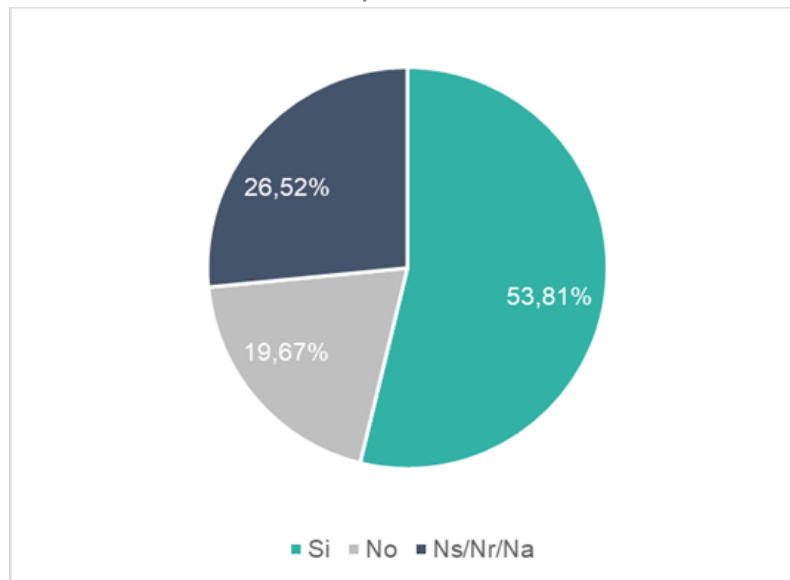


Fuente: Construcción propia.

Cuando se indagó por la necesidad de contar con indicadores exclusivos para medicamentos opioides, el 53,81% consideró que sí es necesario incluir indicadores específicos sobre opioides, mientras que el 19,67% respondió que no y el 26,52% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/Nr/Na. (Gráfica 86). Entre quienes apoyaron su inclusión, se argumentó la importancia de contar con líneas de base y procesos de seguimiento:

"Sí, creería que con el contexto nacional y con lo que nos comentabas ahorita y con lo que hemos visto, pues, del aumento del consumo y demás, sería importante nosotros empezar a generar una línea de base, ¿cierto? Porque nosotros controlamos, hacemos seguimiento y controlamos los medicamentos, los consumos, de lo que es como trazador y por la morbilidad que tenemos". (Entrevista 15, Medellín - Antioquia).

Gráfica 86. Necesidad de contar con indicadores específicos para opioides



Fuente: Construcción propia.

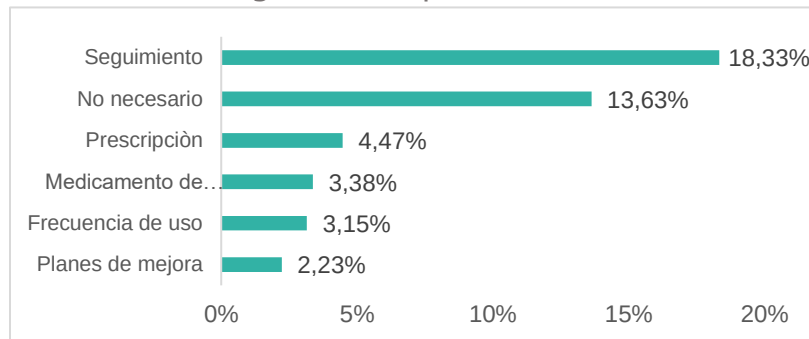
Entre los encuestados que respondieron que no era necesario establecer indicadores específicos (Gráfica 87) los principales argumentos se centraron en que el seguimiento ya se realiza de manera general (18,33%), que no consideran pertinente la diferenciación (13,63%), o que los indicadores actuales ya incluyen prescripción (4,47%), medicamentos de alto riesgo (3,38%), frecuencia de uso (3,15%) y planes de mejora (2,23%).

En los testimonios se refirió que hasta el momento no se ha identificado la necesidad de indicadores específicos en este ámbito:

"No, pues hasta el momento no sé a qué requerir. Digamos que precisamente en el proceso del sistema de gestión de calidad, pues indica que cualquier proceso de calidad surge a partir de las necesidades de cada servicio y hasta el momento, pues, no surge

una necesidad o no se ha identificado una necesidad específica en ese tipo de mediciones”. (Entrevista 10, Bogotá).

Gráfica 87. Argumentos para no usar indicadores

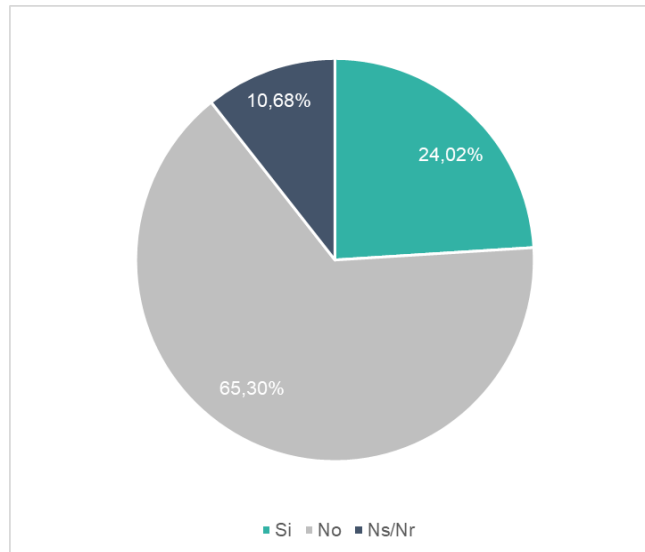


Fuente: Construcción propia.

A fin de establecer como se evalúa el monitoreo estadístico del uso de opioides en las instituciones de salud en Colombia, se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico sobre la existencia de indicadores de gestión usados en la institución respecto al uso y manejo de estos medicamentos.

De acuerdo con la Gráfica 88, se estimó que 65,3% del personal del servicio farmacéutico manifestó que en su institución no discriminan ninguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. El 24,02% de los entrevistados afirmó la realización de esa discriminación y el 10,68% de las respuestas se agrupó en la categoría Ns/NrNa.

Gráfica 88. Uso de indicadores de Gestión definidos para el uso y manejo de medicamentos opioides en las instituciones



Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas de la pregunta presentaron complementos, los cuales brindaban detalles sobre cómo se discrimina el uso y manejo de medicamentos opioides en la institución. De acuerdo con la Gráfica 89, estos complementos fueron clasificados según el tipo de discriminación, que, bajo la consideración del personal del servicio farmacéutico, segrega y permite llevar un control de medicamentos opioides.

Se estimó que el 28,27% de las respuestas del personal del servicio farmacéutico manifestó que no tienen un indicador específico para opioides, sin embargo, dentro de su programa de farmacovigilancia abarcan todos los medicamentos del servicio, incluidos los opioides como medicamentos monopolio del estado:

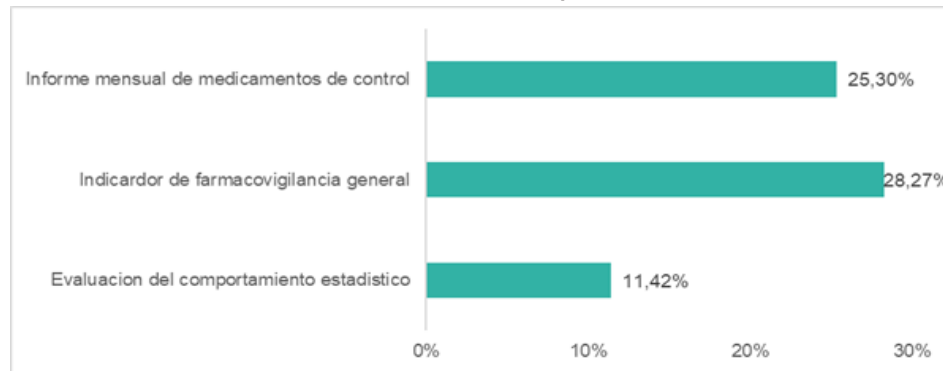
"Se pueden discriminar, por ejemplo, en farmacovigilancia cuantos casos son por medicamentos de control especial, aplica para algunos indicadores". (Entrevista 145, Quibdó - Choco).



De igual forma, para el 25,30% de las respuestas recibidas, se argumentó que no poseen un indicador específico para opioides, sin embargo, consideran que la información suministrada en el informe mensual presentado al Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) en el Anexo 13, puede ser utilizada como indicador o insumo para llevar un control sobre el uso y manejo de medicamentos opioides en la institución, principalmente porque está organizada y actualizada y permite tener un control detallado sobre los movimientos realizados mes a mes.

De forma similar, se estimó que un 11,42% de las respuestas recibidas por parte del servicio farmacéutico, se enfocaron en aclarar que no poseen un indicador específico para establecer el uso y movimiento de medicamentos opioides en la institución, sin embargo, utilizan la información del consumo estadístico mensual de medicamentos opioides (la misma que evalúan para proyectar y planear las compras) como posible indicador del consumo de estos medicamentos.

Gráfica 89. Consideraciones del personal del servicio farmacéutico sobre la forma de discriminar la información para el uso y manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

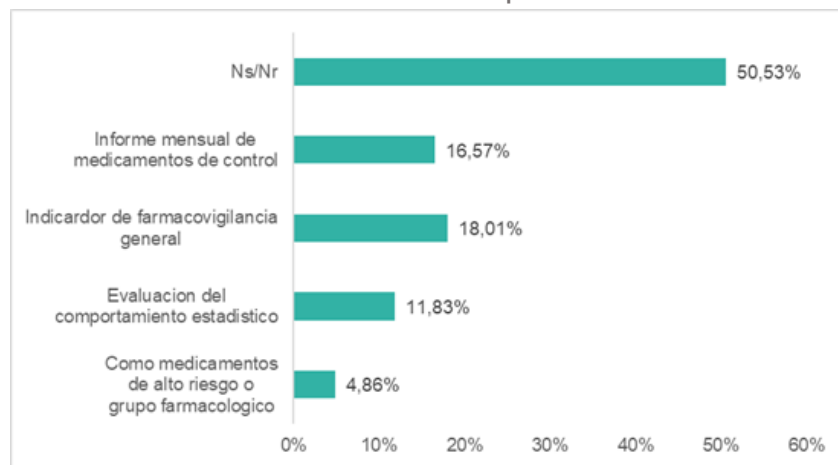
Como se observa en la Gráfica 90, estos complementos fueron clasificados según el tipo de indicador, que, bajo la consideración del personal del servicio farmacéutico, discrimina y permite llevar un control de medicamentos opioides. Se estima que el 18,01% de las respuestas recibidas por los profesionales del servicio farmacéutico considera que la farmacovigilancia activa realizada específicamente a medicamentos opioides, es un indicador válido para evaluar el monitoreo estadístico del uso y movimiento de estos medicamentos.

Después del uso de la información de farmacovigilancia específica como indicador de gestión, el Informe mensual de medicamentos de control (16,57%) continúa siendo considerado un indicador importante para el monitoreo del uso y manejo de medicamentos opioides. Cabe resaltar que la información consignada en el Anexo 13 del FNE contiene los detalles de los movimientos mensuales de los medicamentos monopolio y de control especial, y que este anexo representa una fuente actualizada y confiable para el personal del servicio farmacéutico de los movimientos realizados. Un tercer grupo de respuestas fue clasificado dentro de la Evaluación del comportamiento estadístico, para el cual se estima que un 11,83% de las respuestas lo considera un indicador confiable para evaluar el uso y

manejo de medicamentos opioides. Para algunos profesionales del servicio farmacéutico, el movimiento del inventario de estos medicamentos permite segregar e identificar variaciones en el consumo y tomar las acciones necesarias en caso de alteraciones o movimientos no justificados.

Un cuarto grupo de respuestas fue clasificado bajo la apreciación de considerar los opioides como un grupo farmacológico especial o como medicamentos de alto riesgo. Se estima que un 4,86% de las respuestas recibidas fueron clasificadas en este grupo, principalmente porque fueron pocos los profesionales que manifestaron utilizar esta clasificación de grupos farmacológicos como antibióticos, inmunosupresores u oncológicos.

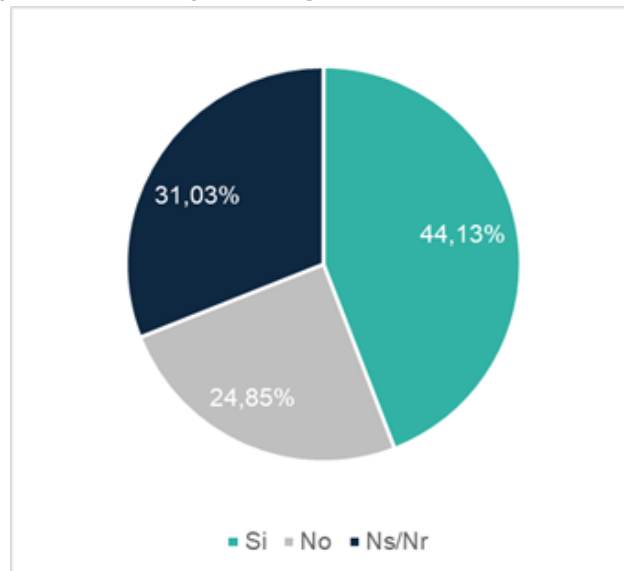
Gráfica 90. Indicadores de gestión utilizados para el uso y manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 91 se estima que un 44,13% de las respuestas recibidas manifestó que si hacen falta indicadores de gestión, un 24,85% considera que no hace falta, y finalmente un 31,03% de las respuestas corresponde a la categoría Ns/Nr/Na.

Gráfica 91. Consideración sobre la necesidad del uso de Indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Para el primer grupo, el cual considera que, si hace falta este tipo de indicador, se evaluaron y clasificaron las argumentaciones presentadas. En la Gráfica 92 se presentan las principales argumentaciones por las cuales los profesionales del servicio farmacéutico consideran que, a pesar de no tener ni utilizar estos indicadores, consideran que hacen falta para discriminar el uso y manejo de medicamentos opioides.

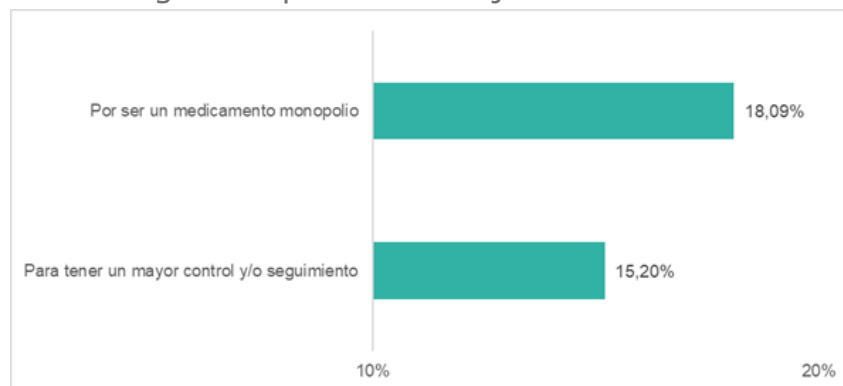
Un estimado de 18,09% de los complementos de las respuestas afirmativas considera que hace falta este tipo de indicador por la naturaleza de los medicamentos en cuestión, los cuales al ser medicamentos monopolio del estado deberían tener un indicador específico para evaluar su comportamiento.

"Si, a mí me parece importante que todas las moléculas, todas las controladas haya seguimiento porque hay veces, pues de pronto,

si, concentrarse en opioides por alguna razón, pero pues hay otras moléculas que pueden significar algo importante en la materia de salud pública que no se percibe”. (Entrevista 133, Villavicencio - Meta).

Un segundo grupo de respuestas fue clasificado bajo la apreciación de que un indicador permitiría tener un mayor control y seguimiento del comportamiento del medicamento. Se estima que un 15,20% de las respuestas recibidas por parte de los profesionales del servicio farmacéutico, consideran que es necesario implementar este tipo de indicadores para controlar de forma más responsable el movimiento de estos medicamentos.

Gráfica 92. Razones por las cuales se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Según la Gráfica 93, se estima que 52,83% de las respuestas recibidas para este grupo, considera que no es necesario ni obligatorio implementar ni utilizar indicadores para segregar la información del uso y manejo de medicamentos opioides.

Entre las razones expresadas para justificar sus respuestas, los profesionales del servicio farmacéutico manifestaron que no manejan un volumen grande de medicamentos opioides ni han presentado problemas

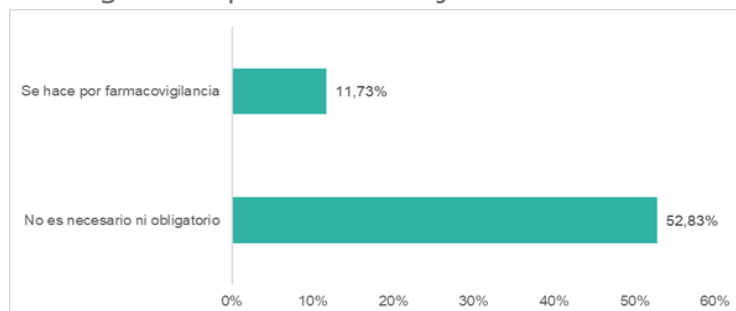
con estos medicamentos, por lo tanto, no ven la necesidad de implementar o utilizar indicadores para este tipo de medicamentos.

Dentro de la misma clasificación de respuestas, algunos argumentos estuvieron enfocados en la ausencia de obligatoriedad del uso de estos indicadores por parte de entes de control, por lo tanto, los profesionales del servicio farmacéutico consideraban que no era necesaria su implementación o uso.

En el segundo tipo de justificación presentada, las respuestas estuvieron enfocadas en el hecho de que los medicamentos opioides son monitoreados dentro de los programas de farmacovigilancia y, por lo tanto, no eran objeto de una segregación especial para su monitoreo o vigilancia con otro tipo de indicador:

"No, porque realmente ya están cubiertos con el sistema de los reportes de farmacovigilancia". (Entrevista 9, Puerto Colombia - Atlántico).

Gráfica 93. Razones por las cuales No se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Educación al paciente

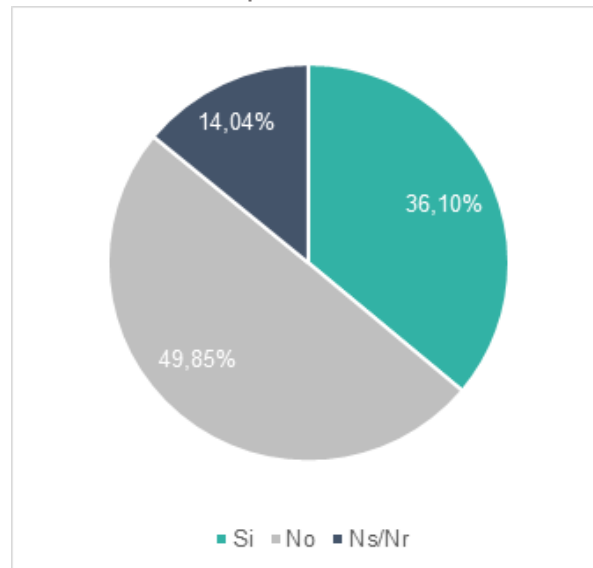
En lo concerniente a la pregunta por la realización o no de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto a los medicamentos opioides, los resultados obtenidos son los siguientes (Gráfica 94): el 49,85% de las respuestas indicó la no realización de actividades de educación sobre medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, el 36,10% afirmó que si realizan en la institución acciones de educación en el tema, y el 14,04% se ubicó en la categoría Ns/Nr.

Una de las razones por las cuales no se llevan a cabo en las instituciones actividades formales de educación en medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, es porque el tratamiento con estos medicamentos se realiza in situ y no fuera de la institución. En el contexto intrahospitalario se da información básica y los pacientes al salir reciben recomendaciones generales:

"No, como de aquí no sale nadie formulado con ese tipo de medicamentos entonces no se realiza, simplemente se le explica al paciente durante su recuperación que estuvo bajo una sedación, se le explica que tipo de sensaciones o qué tipo de síntomas va a tener en la recuperación y cuando ya se siente mejor pues es que le damos el alta. Con la información de que en caso de que se sienta mal o haga alguna novedad pues se comunica directamente con nosotros". (Entrevista 132, Villavicencio - Meta).

Desde el área del servicio farmacéutico algunas entrevistas indican que el trabajo de educación no es de su competencia y que es responsabilidad de otros profesionales de la salud. En contraste, otros profesionales de la misma área si realizan actividades de educación con los pacientes, tanto en opioides como en otros medicamentos

Gráfica 94. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?



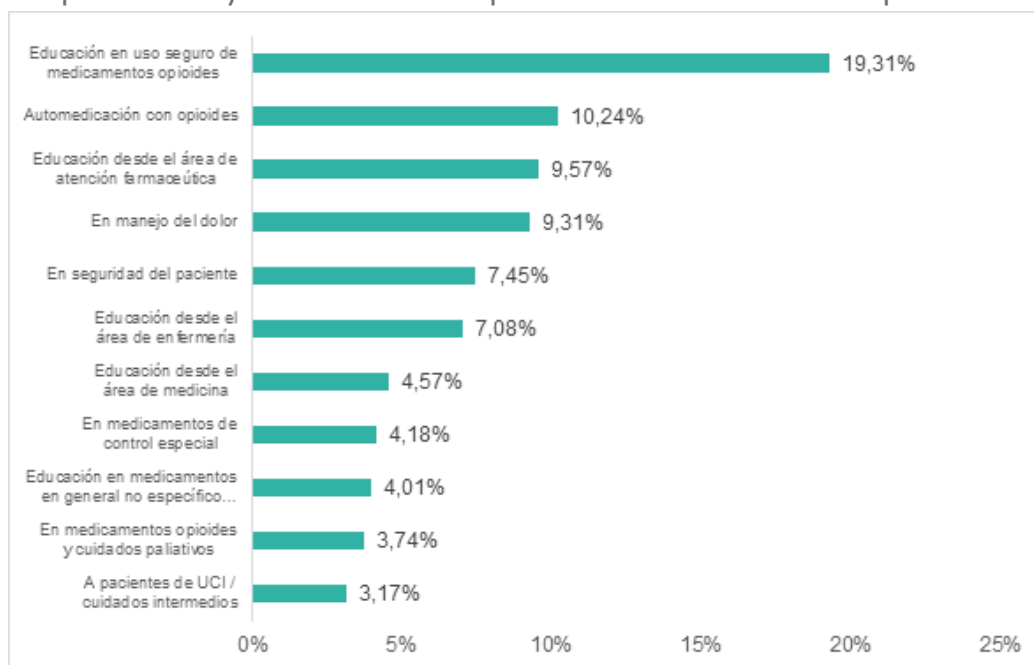
Fuente: Construcción propia.

Algunas de las respuestas positivas dadas en la pregunta anterior contenían información complementaria acerca del tipo de actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides. Los valores se distribuyeron de la siguiente manera (Gráfica 95): el 19,31% de las menciones indicó la realización de actividades de educación en uso seguro de medicamentos opioides, el 10,24% indicó acciones educativas en automedicación con opioides, el 9,57% señaló educación desde el área de atención farmacéutica, y el 9,31% reportó actividades educativas en manejo del dolor. Por otro lado, el 7,45% de las respuestas mencionó acciones educativas en seguridad del paciente, el 7,08% indicó educación desde el área de enfermería, el 4,57% educación desde el área de medicina, el 4,18% comentó actividades de educación en medicamentos de control especial, y el 4,01% educación en medicamentos en general. Finalmente, el 3,74% de las respuestas mencionó actividades de educación en medicamentos opioides y cuidados paliativos, y el 3,17% reportó acciones

educativas a pacientes de unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios.

Se debe resaltar que hay instituciones que implementan programas educativos para el uso seguro de medicamentos opioides, dirigidos a pacientes y familiares, haciendo uso de diversas estrategias pedagógicas. Otras instituciones adelantan acciones educativas en administración de medicamentos opioides en casa, automedicación y efectos adversos. El área de atención farmacéutica realiza educación a pacientes y cuidadores en el uso de medicamentos opioides, basada en las características y necesidades de los pacientes.

Gráfica 95. Actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides

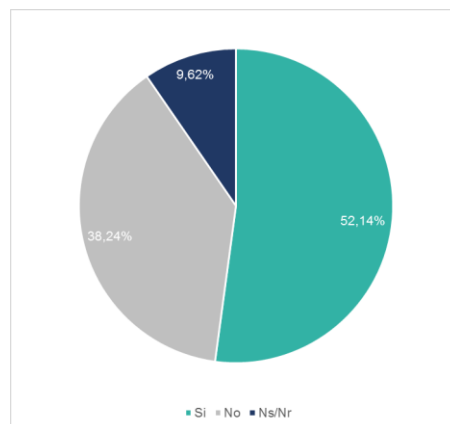


Fuente: Construcción propia.

Al preguntar a los profesionales de la salud sobre la realización de actividades de educación al paciente y sus cuidadores sobre el tratamiento con medicamentos opioides (Gráfica 96) los resultados fueron los siguientes: el 52,14% de las respuestas indicó que la institución si realiza actividades de educación con pacientes y cuidadores, el 38,24% respondió que no se llevan a cabo procesos de ese tipo, y el 9,62% correspondió a la categoría Ns/Nr.

La importancia de la educación a pacientes y cuidadores en el tratamiento con opioides es crucial para el uso seguro de los medicamentos, igualmente para la identificación a tiempo de riesgos y efectos adversos que pueden poner en riesgo la integridad y vida de los pacientes. Algunas de las razones por las cuales no se realizan actividades de educación sobre el tratamiento con medicamentos opioides a pacientes y cuidadores, demuestran la no existencia en la institución de programas o protocolos formales sobre el tema, quedando a libre decisión del profesional informar o no a los pacientes acerca del asunto. En otros casos no se educa sobre opioides porque no son medicamentos de uso frecuente en la institución.

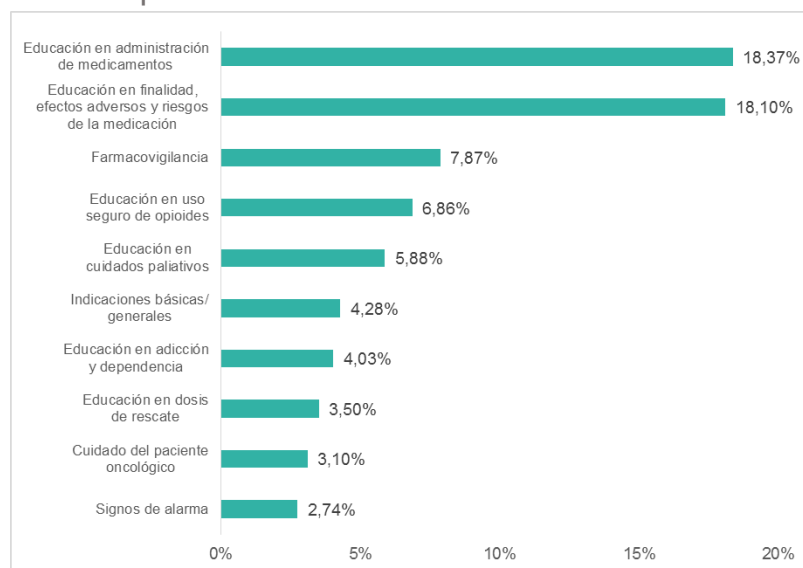
Gráfica 96. Realización de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.



Fuente: Construcción propia.

Del grupo de respuestas afirmativas dadas anteriormente (Gráfica 97) el 18,37% señaló la administración de medicamentos como la principal actividad de educación realizada a pacientes y cuidadores, y el 18,10% indicó educación en efectos adversos y riesgos de la medicación. Por su parte, el 7,87% mencionó educación en farmacovigilancia, el 6,86% comentó educación en uso seguro de opioides, y el 5,88% señaló educación en cuidados paliativos. Con porcentajes menores se reportó educación en indicaciones básicas/generales (4,28%), educación en adicción y dependencia (4,03%), educación en dosis de rescate (3,50%), educación en cuidado del paciente oncológico (3,10%), y educación en signos de alarma (2,74%).

Gráfica 97. Actividades de educación realizadas a los pacientes y sus cuidadores respecto al tratamiento con medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

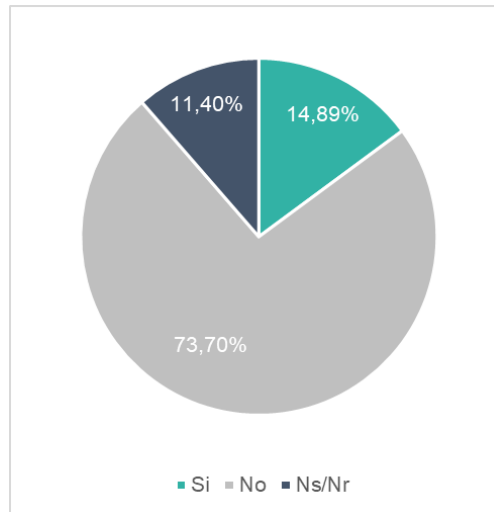


Sección 5. Identificación y manejo de consumo problemático

Identificación

En este apartado se identifica la presencia de herramientas útiles en la identificación del consumo problemático de opioides en pacientes y el conocimiento de estas por parte del personal del área de calidad. En primer lugar, se preguntó acerca de la existencia de alguna herramienta de este tipo en la institución, los resultados se presentan en la Gráfica 98. Se encuentra que la mayoría de los entrevistados (73,70%) consideran que no hay ninguna herramienta para determinar el consumo problemático de medicamentos opioides en los pacientes tratados en la institución, y únicamente el 14,89% reconocen la existencia de al menos una herramienta en la detección de este tipo de casos. El 11,40% de las respuestas correspondió a la opción Ns/Nr.

Gráfica 98. Identificación de herramientas aplicadas en la institución para la detención del consumo problemático de medicamentos opioides en pacientes.

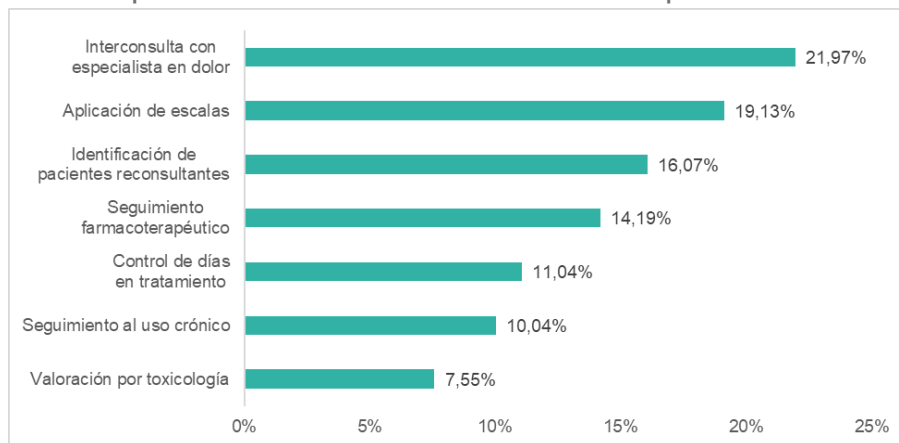


Fuente: Construcción propia.

Como se evidencia en la Gráfica 99, se encontró que las herramientas más utilizadas, identificadas por el personal del área de calidad que respondió afirmativamente a la existencia de herramientas en la detección del consumo problemático, corresponde a la interconsulta con especialistas de dolor (21,97%), seguida de aplicación de escalas (19,13%) e identificación de pacientes reconsultantes (16,07%).

Se encuentra que los entrevistados de las áreas de calidad relacionan el consumo problemático de opioides directamente a los pacientes con diagnósticos de dolor. Algunos de los entrevistados reportaron que el seguimiento farmacoterapéutico es la forma de identificar pacientes con consumo problemático (14,19%) e identificaron algunas de las herramientas de seguimiento.

Gráfica 99. Herramientas para la detección de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.



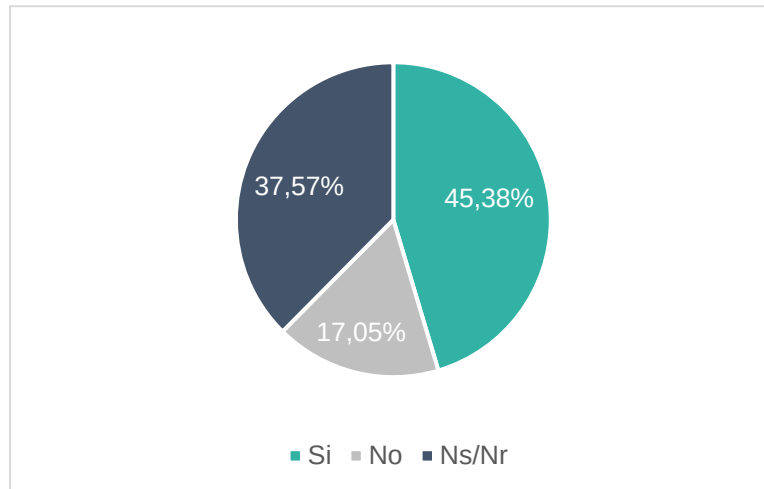
Fuente: Construcción propia.

Finalmente, se le preguntó a los entrevistados que no identificaron ninguna herramienta para la identificación del consumo problemático acerca de si consideraban si hace falta alguna estrategia en la institución para la identificación de pacientes con esta problemática. Como se evidencia en la gráfica 100, se encontró que el 45,38% de los entrevistados sí consideran que hacen falta herramientas en la identificación de pacientes con trastorno por consumo de medicamentos opioides (TCO), mientras que el 37,57% respondió negativamente. El 17,05% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

En particular, entre las razones identificadas en los entrevistados que no consideran que hacen falta herramientas de este tipo se encontraron respuestas relacionadas con el tipo de atención que ofrece la institución:

"No, nosotros como institución que hace cirugías ambulatorias, no lo veo necesario". (Entrevista 18, Barranquilla - Atlántico).

Gráfica 100. Falta de herramientas de identificación



Fuente: Construcción propia.

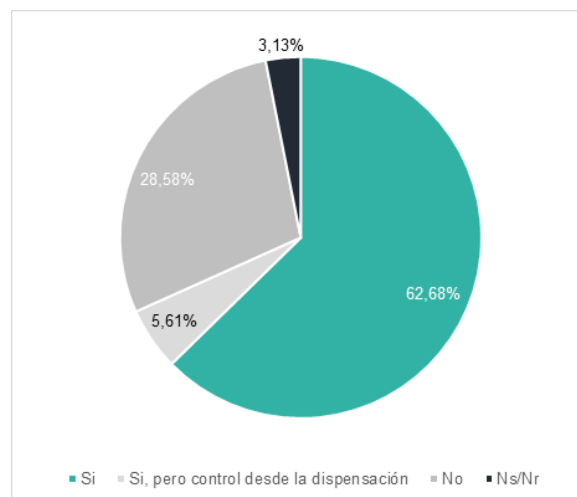
Esta parte tiene como propósito identificar las percepciones que tienen los profesionales del servicio farmacéutico frente a establecer controles al uso del tramadol como analgésico fuerte. Se encuentra que, de acuerdo con la Gráfica 101, que existe amplio acuerdo sobre la importancia de los controles para este medicamento opioide, pues el 91,26% manifiestan estar de acuerdo, ya sea explicitando que los controles deben ser desde la dispensación (28,58%), o simplemente algún tipo de controles sin especificar (62,68%).

En este grupo mayoritario de respuestas afirmativas los entrevistados enunciaron en algunos casos las razones por las cuales consideran que se deben establecer controles a este medicamento. Por ejemplo, se menciona la presencia de eventos adversos que han llevado a que se implementen controles de manera discrecional por parte de las IPS:

"Sí, creo que nosotros eso lo tenemos clasificado pues como alto riesgo y tenemos internamente acá unos controles y que si deberían pues tener control porque son a veces medicamentos que pueden generar muchos eventos adversos, pues si deberíamos tener".
(Entrevista 94, Ibagué - Tolima).

También se menciona cierto grado de preocupación por la prescripción masiva, que podría no estar indicada en todos los casos de uso dados los riesgos potenciales del medicamento, lo que lleva a que también la prescripción debería estar controlada. Un grupo minoritario manifiesta su desacuerdo con establecer controles (5,61%). En algunos casos se mencionó que tales controles pueden dificultar el acceso al medicamento o plantean no conocer mayores riesgos en su uso. El 3,13% de las respuestas fue clasificado como Ns/Nr.

Gráfica 101. Control para la dispensación de opioides débiles como el tramadol



Fuente: Construcción propia.

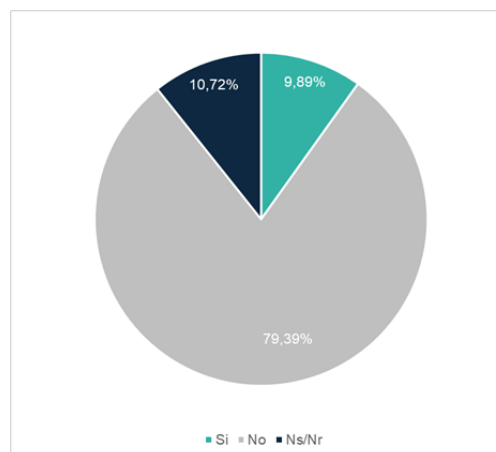
Con el fin de identificar la percepción del uso de Tramadol en la institución, se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico su consideración sobre el uso de este medicamento, evidenciada por las prescripciones recibidas en el servicio. Como se observa en la Gráfica 102, se estima que el 79,39% de las respuestas recibidas manifiestan que no han observado un uso indiscriminado de Tramadol frente a un 9,89% de las respuestas, que si ha observado este uso indiscriminado. El 10,72% de las respuestas se ubicó en la categoría Ns/Nr.

De acuerdo con los complementos de las respuestas recibidas en los casos donde se respondió afirmativamente, el término “uso indiscriminado” fue tomado en dos sentidos, el primero está relacionado al evidenciar una gran cantidad de prescripciones de dicho medicamento, la prescripción de tramadol para diversos tipos de dolor o cuando el profesional del servicio farmacéutico identifica casos de pacientes intrahospitalarios con uso prolongado de Tramadol sin justificación aparente.

“Si, o sea, indiscriminado es que llega a pacientes, sobre todo de urgencia, tramadol para todos los pacientes que vengan con dolores. O sea, no revisan de pronto todas las interacciones o el tipo de paciente, los riesgos que puede haber”. (Entrevista 82 San Gil, Santander).

En el segundo caso, los profesionales del servicio farmacéutico relacionaron el término con la identificación de interacciones medicamentosas por la prescripción de varios analgésicos, generalmente dos o más opioides.

Gráfica 102. Evidencia institucional de uso indiscriminado de tramadol

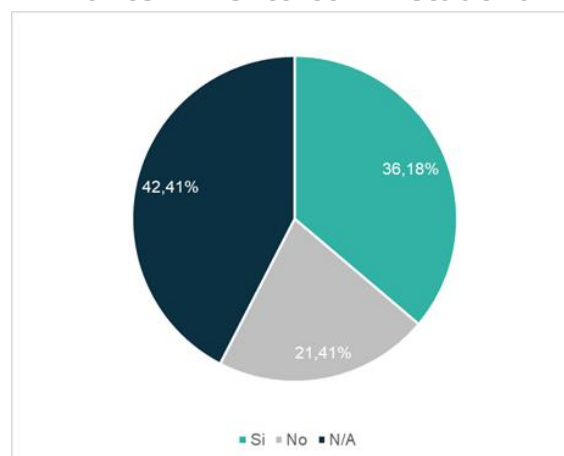


Fuente: Construcción propia.

Como se observa en la Gráfica 103, se entrevistó al personal médico y de enfermería con el propósito de identificar si está familiarizado con el uso

de la metadona en la institución, y además si consideran que sería posible continuar con el tratamiento de un paciente en terapia de mantenimiento con metadona. Se estima que, 36,18% de los profesionales con rol asistencial consideran que la institución en la que laboran sí cuenta con la capacidad de continuar con la terapia de mantenimiento con metadona, mientras que el 21,41% señaló que no dispone de las condiciones necesarias. Adicionalmente, el 42,41% restante de los profesionales no respondió, lo que evidencia una brecha en la capacidad para tratar a estos pacientes y una alta tasa de desconocimiento o falta de información sobre este aspecto.

Gráfica 103. Capacidad de darle continuidad a la terapia de mantenimiento con metadona

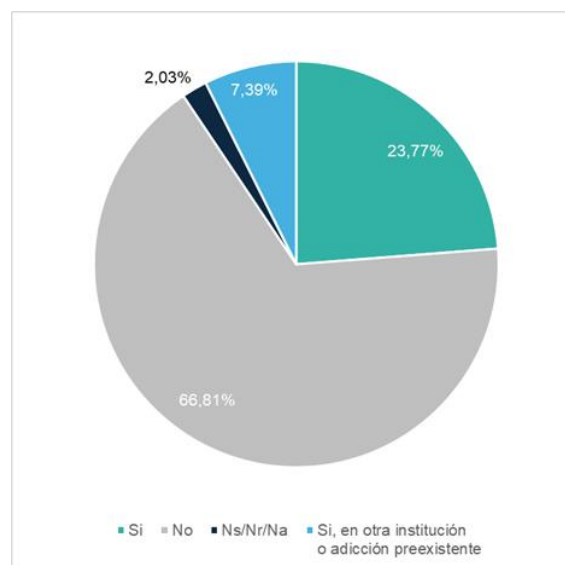


Fuente: Construcción propia.

Con el fin de establecer si los profesionales médicos han evidenciado casos de consumo problemático de tramadol y conocer su percepción sobre el abuso de medicamentos opioides, se consultó a los profesionales si alguna vez han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático de tramadol. De acuerdo con la Gráfica 104, se estima que un 66,81% de las respuestas de los profesionales manifestaron que no han tenido ni conocen de pacientes que hayan desarrollado consumo

problemático de medicamentos opioides, por otra parte, un estimado de 7,39% reconoció que si los han tenido y un 23,77% manifestó que también los han tenido, pero en otras instituciones. El 2,03% de las respuestas se registró en la categoría Ns/Nr/Na.

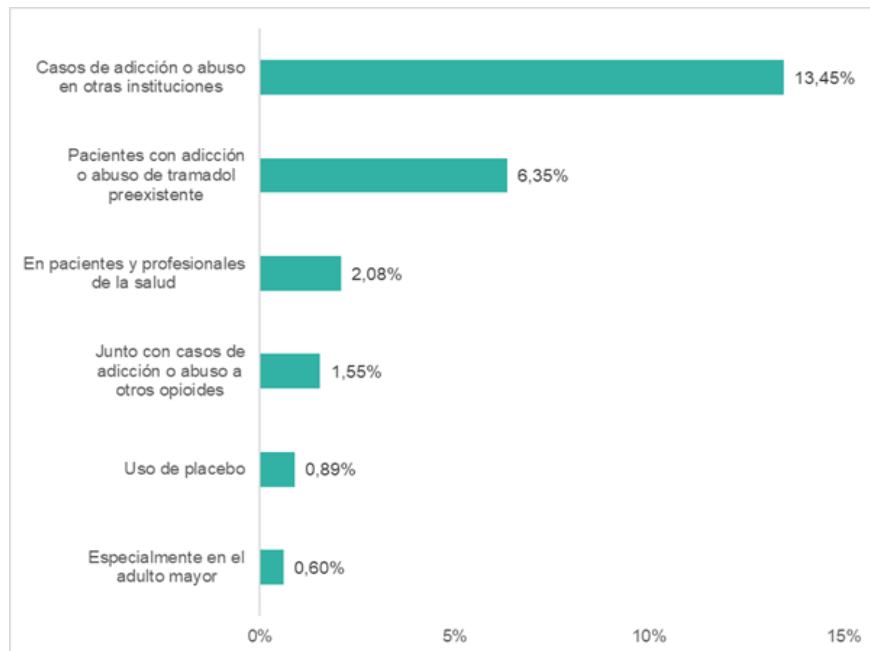
Gráfica 104. En la práctica médica institucional se han tenido pacientes con consumo problemático de tramadol



Fuente: Construcción propia.

En la gráfica 105 se puede observar que un estimado de 13,45% de las respuestas de los profesionales manifestó haber evidenciado este tipo de casos en otras instituciones, un 6,35% indicó haber identificado pacientes con adicción o abuso de tramadol preexistente, resultado de un mal uso de tramadol o de falta de seguimiento por parte del profesional médico. De igual forma, un estimado de 2,08% de las respuestas recibidas argumentó haber identificado estos casos en otras instituciones, inclusive en otros profesionales de la salud, un estimado de 1,55% reconoció este tipo de problema con medicamentos opioides diferentes al tramadol.

Gráfica 105. Complementos de las respuestas afirmativas de los profesionales médicos que han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol



Fuente: Construcción propia.

Los complementos de las respuestas de los profesionales médicos que manifestaron no haber tenido pacientes con este tipo de problemática, fueron clasificados en los grupos presentados en la Gráfica 106.

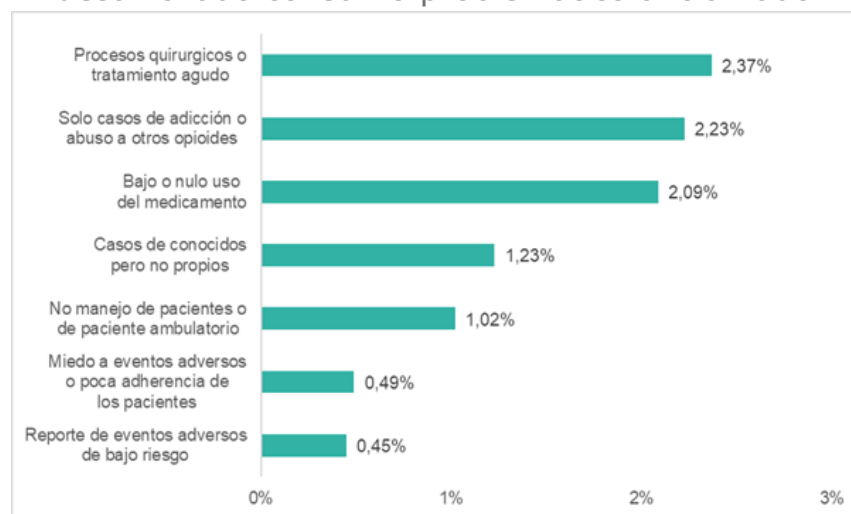
Se puede observar que el 2,37% de las respuestas de los profesionales manifiestan que este tipo de problemas se puede desarrollar luego de procesos quirúrgicos o de tratamientos agudos con medicamentos opioides. Un estimado de 2,23% de las respuestas reconoció que no han tenido pacientes con problemas con el tramadol, pero si casos de adicción o abuso de otros opioides.

El 2,09% de las respuestas manifestó no haber tenido casos de consumo problemático de tramadol porque usan muy poco el medicamento, y el 1,23% manifestó haber conocido casos, pero de otros colegas o profesionales. Un estimado de 1,02% de las respuestas fueron

argumentadas indicando que no manejan pacientes, por lo tanto no prescriben tramadol.

Finalmente, el 0,49% de las respuestas argumentaron que no han tenido este tipo de casos porque los pacientes que han manejado les han manifestado miedo a los eventos adversos por el uso de tramadol, o han tenido poca adherencia a tratamientos con este medicamento.

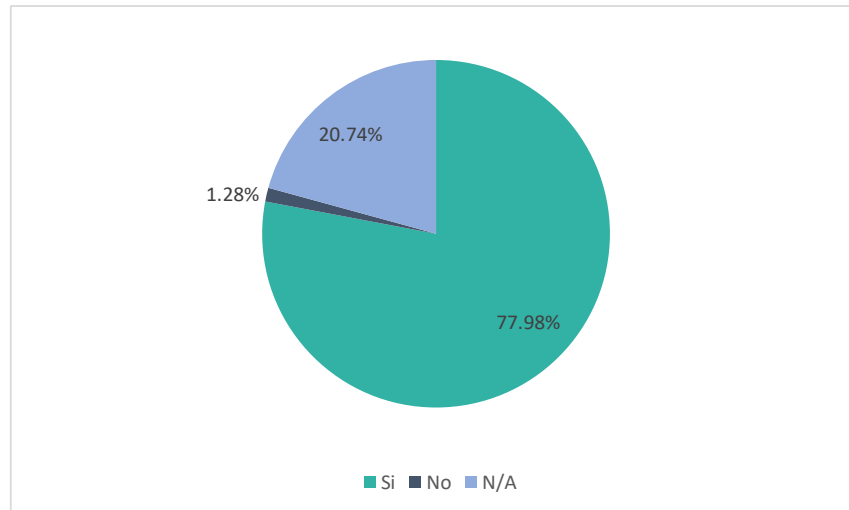
Gráfica 106. Complementos de las respuestas negativas de los profesionales médicos que no han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol



Fuente: Construcción propia.

En relación con el tramadol, los resultados representados en la Gráfica 107 muestran que el 77,98% del personal médico y de enfermería considera que este medicamento es fácil de adquirir, a pesar de requerir prescripción. En contraste, solo el 1,28% opina que no es de fácil acceso. El 20,74% de las respuestas se agrupó en la categoría no aplica (Na).

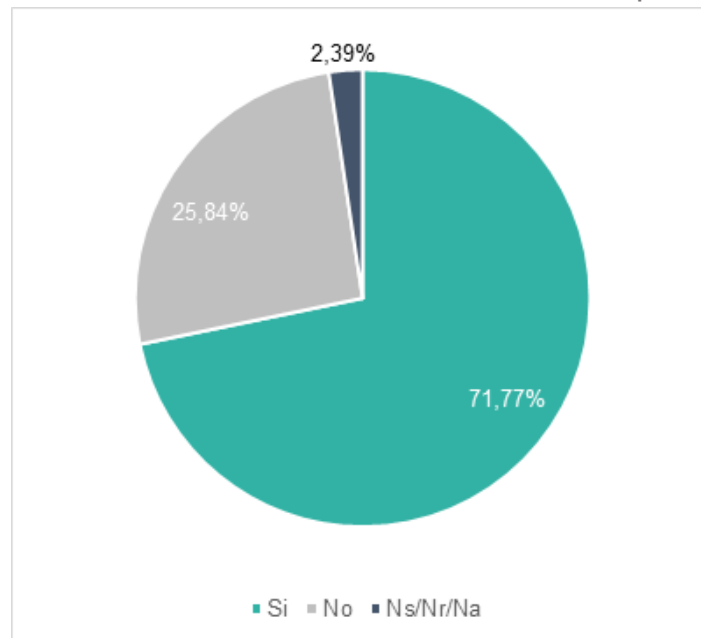
Gráfica 107. Facilidad de acceso a tramadol



Fuente: Construcción propia.

En la gráfica 108 observa que la mayor parte de la población de médicos y enfermeras (71,77%) reportó estar de acuerdo con que el tramadol sea un medicamento de control especial, y solo un 25,84% manifestaron que no debería serlo. El 2,39% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/Na.

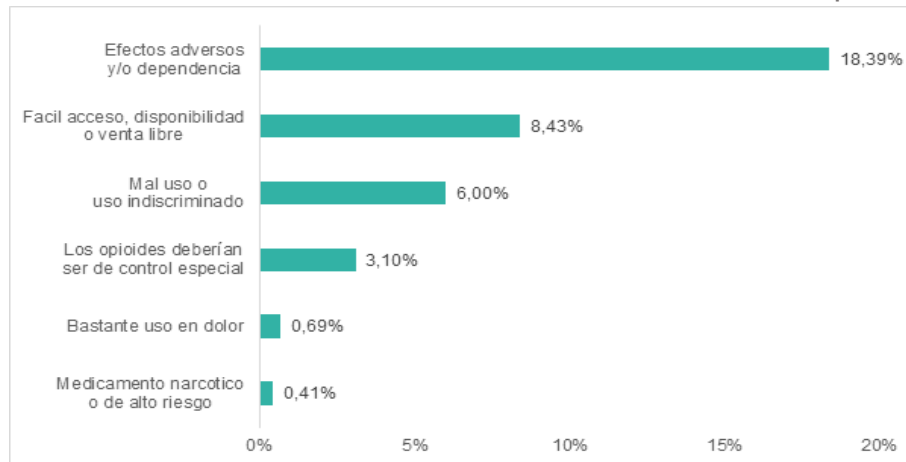
Gráfica 108. Personal de salud que considera o no que el tramadol debe ser un medicamento de control especial



Fuente: Construcción propia.

Entre las razones mencionadas por quienes manifiestan que sí debe ser de control especial (Gráfica 109), el 18,39% de las respuestas consideró que puede generar eventos adversos o dependencia. En segundo lugar, se menciona que no está bien que el medicamento sea de tan fácil acceso como se presenta en el régimen actual de venta libre (8,43%). El 6,00% menciona que puede haber mal uso o uso indiscriminado del medicamento. El 3,10% considera que al ser el tramadol un opiode, debería ser de control especial. Con porcentajes inferiores se menciona que hay un uso excesivo o indiscriminado del tramadol como analgésico (0,69%) y que el tramadol es un medicamento narcótico o de alto riesgo (0,41%).

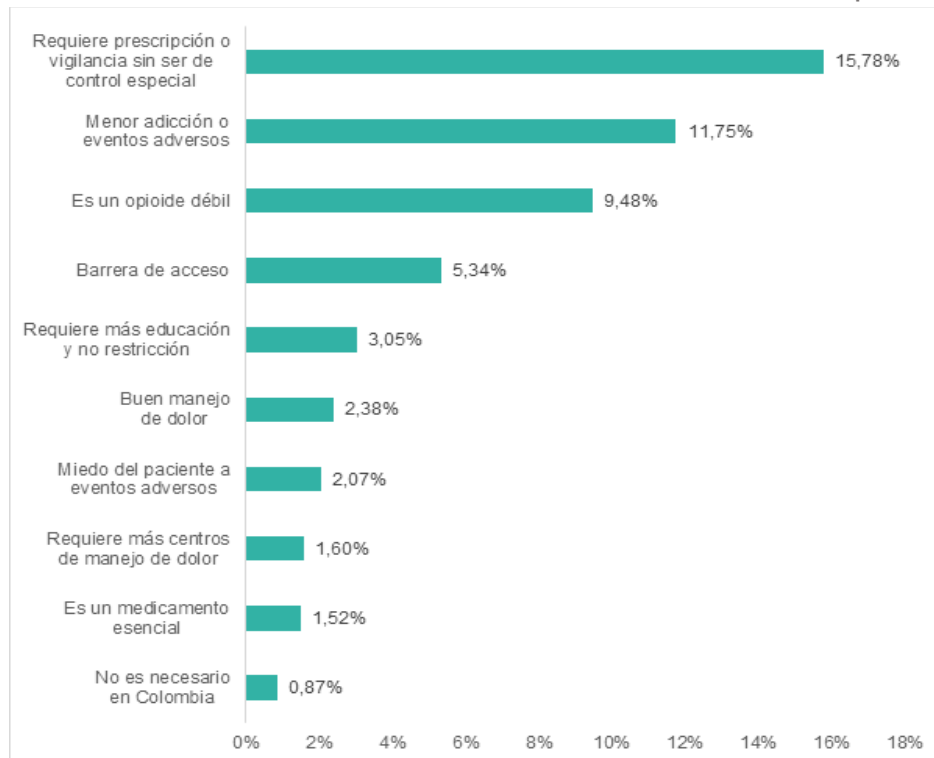
Gráfica 109. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol sí debe ser un medicamento de control especial



Fuente: Construcción propia.

Entre las razones mencionadas de quienes manifiestan que no debe ser de control especial (Gráfica 110), la más citada (15,78%) es que se deberían adoptar medidas menos severas de control como, por ejemplo, exigir prescripción médica o realizar más vigilancia a la venta y administración del medicamento. En segundo lugar, se menciona que el tramadol genera menos adicción o eventos adversos que otros analgésicos fuertes (11,75%). En la misma línea está la mención de que el tramadol es un opioide débil (9,48%). El 5,34% menciona que establecer control especial podría generar una barrera de acceso al medicamento. Un 3,05% menciona que antes que restricciones se requiere más educación, ya sea entre el personal médico o el público en general. Grupos minoritarios mencionan que el medicamento aporta buen manejo del dolor (2,38%), que los eventos adversos generan miedo en los pacientes (2,07%), que se requieren más centros y acceso a manejo del dolor (1,60%), que es un medicamento esencial (1,52%). Se encontró alguna mención a que el tramadol no es necesario en Colombia (0,87%).

Gráfica 110. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol no debe ser un medicamento de control especial



Fuente: Construcción propia.

Con el fin de identificar estrategias para disminuir el riesgo de dependencia de medicamentos opioides (incluyendo tramadol), se consultó a los profesionales médicos sobre las estrategias que consideren, deben ser implementadas en las instituciones. Las respuestas obtenidas fueron clasificadas de acuerdo con tipo de enfoque propuesto, estas pueden ser observadas en la Gráfica 111.

El 47,36% de las respuestas recibidas por los profesionales estuvieron enfocadas en establecer un mayor control con el recetario utilizado para la prescripción. El enfoque principal de este tipo de respuestas se centró en una mayor restricción en la venta a nivel ambulatorio, el uso obligatorio del recetario oficial sumado a la obligatoriedad de profesionales especializados para una prescripción responsable; todo esto para

garantizar una mayor trazabilidad de los medicamentos opioides, desde su compra o adquisición por el distribuidor hasta su administración al paciente final.

Algunos de los profesionales entrevistados concuerdan con la necesidad de contar con una especialización relacionada para realizar la prescripción de medicamentos opioides, algunos inclusive manifestaron que los médicos generales o médicos cirujanos no deberían prescribir opioides de la forma como actualmente lo realizan, de forma indiscriminada y para cualquier tipo de dolor.

En ese sentido y muy ligada a la clasificación anterior, la segunda estrategia propuesta está relacionada con la educación de los profesionales que realizan la prescripción. Un 37,37% de las respuestas de los profesionales médicos propone mayor educación a los profesionales médicos para identificar los casos específicos que de verdad requieran el uso de medicamentos opioides.

A diferencia del primer grupo, las respuestas clasificadas en esta categoría se enfocaron en la necesidad de realizar una educación continua desde la academia, sobre el uso de medicamentos opioides, concientizar a los profesionales sobre los riesgos asociados a su uso indiscriminado y el manejo responsable de opioides, principalmente los débiles como el tramadol.

Un tercer grupo de respuestas enfocó su estrategia en la responsabilidad del paciente como usuario final del medicamento. Se estima que un 18,85% de las respuestas de los profesionales médicos estuvieron encaminadas en adelantar capacitaciones a los pacientes a fin de restringir la automedicación; manifestaron adicionalmente que se deben adelantar charlas o establecer políticas de prevención para la población en general, manifestaron que se debe enfatizar mucho a los pacientes en el potencial riesgo de adicción y/o los efectos secundarios de los opioides.

Algunas de las estrategias propuestas fueron más puntuales y no se enfocaron en términos académicos ni de políticas de prevención y

estuvieron encaminadas en el uso de otro tipo de analgésicos no opioides, en la realización de seguimientos puntuales a los tratamientos o programas para el manejo del dolor, inclusive algunos manifestaron como estrategia el uso de varios analgésicos, una terapia conocida como analgesia multimodal.

Se estima que un 13,99% de las respuestas recibidas por los profesionales médicos manifestó que la estrategia del uso escalonado podría disminuir el riesgo de dependencia, ya que son utilizados una serie de medicamentos analgésicos antes de iniciar con los opioides y que ese retraso en el uso de opioides favorece en gran medida la terapia analgésica mientras disminuye la posibilidad de crear adicciones en los pacientes.

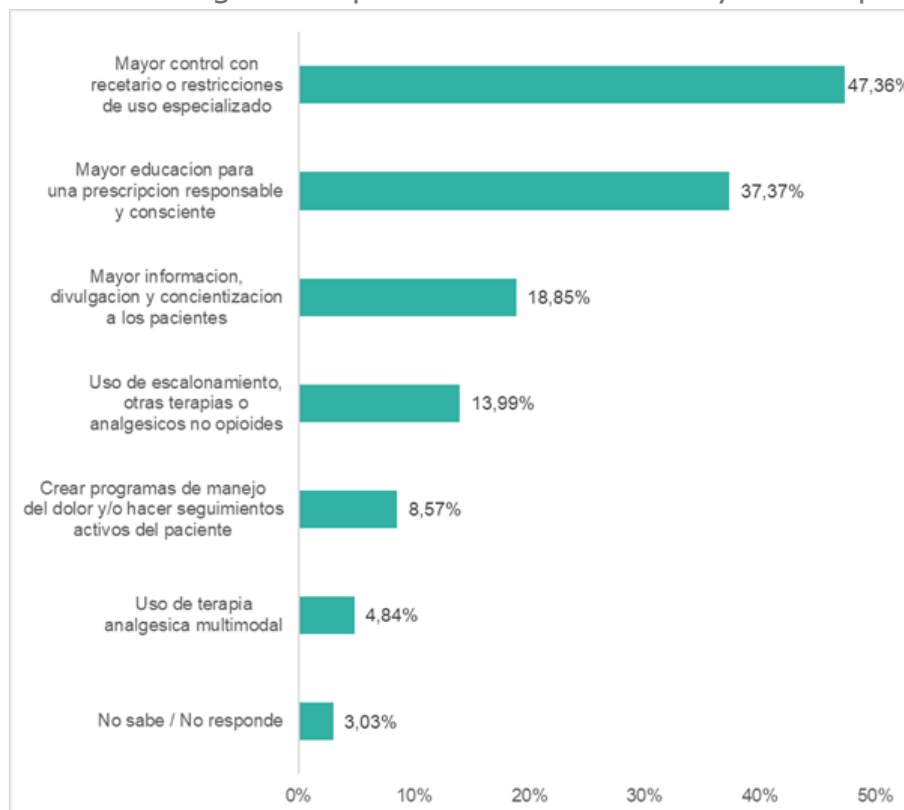
Un quinto grupo de respuestas estuvieron enfocadas en la creación de programas para el manejo del dolor o realizar seguimientos activos al paciente. Se estima que un 8,57% de las respuestas de los profesionales médicos de este grupo, considera que el personal médico debería estar más comprometido con el seguimiento del paciente dentro y fuera de la institución, no solo en la evolución de la patología o trauma, sino en el tratamiento con los medicamentos opioides prescritos, esto para evitar casos de uso inapropiado o abusos por uso prolongado.

Finalmente, un grupo reducido de respuestas estuvieron enfocadas en un tipo de terapia específica, la analgesia multimodal. Se estima que un 4,84% de las respuestas recibidas por los profesionales médicos considera que, el uso de analgésicos con mecanismos de acción diferente permite una evolución adecuada del tratamiento y de forma paralela se evita el uso de opioides de forma indiscriminada, disminuyendo el potencial riesgo de crear adicción en el paciente durante largas estancias hospitalarias.

Dentro de las respuestas de este grupo llama la atención una intervención interesante, la cual describe terapias alternativas que no incluyen medicamentos e inclusive remite el uso de derivados del Cannabis dentro de la terapia multimodal y sus efectos benéficos dentro del tratamiento y

la reducción de medicamentos opioides. Finalmente, el 3,03% de las respuestas se clasificó como Ns/Nr.

Gráfica 111. Estrategias propuestas por los profesionales médicos para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides



Fuente: Construcción propia.

Manejo del Trastorno por Consumo de Opioides (TCO)

En este apartado se exploran las percepciones del personal del servicio farmacéutico sobre la presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, disponible en el país desde inicios de 2024. El análisis busca identificar valoraciones sobre su utilidad, adecuación técnica y posibles ajustes en su formulación o campo de uso.

La Gráfica 112 presenta la distribución de respuestas frente a cinco aspectos evaluados. En todos los ítems, la mayoría de participantes expresó una posición definida, con predominio del acuerdo en la mayor parte de los casos. Las proporciones más altas de acuerdo se registraron en la pertinencia de la indicación aprobada (61,67%), la utilidad de la forma farmacéutica (61,02 %) y la adecuación de la concentración (59,12%). La valoración favorable fue menor en el posible uso en otras indicaciones (32,29%) y en la adecuación del volumen (31,45%), siendo estos dos aspectos los que concentraron también los mayores porcentajes de desacuerdo.

1. Forma farmacéutica (solución oral)

La mayoría del personal de servicio farmacéutico estuvo de acuerdo en que la presentación en solución oral es útil en la práctica, aunque un grupo relevante manifestó desacuerdo. Entre los argumentos favorables, se destacó que:

"Es más fácil de dosificar, permite hacer reenvase de diferentes dosis y así evitar pérdidas por entrega personalizada a cada paciente por mililitros". (Entrevista 60, Bogotá).

2. Concentración (10 mg/mL)

Mayoritariamente los entrevistados están de acuerdo con la concentración, aunque con observaciones relevantes. Algunos participantes indicaron que es adecuada, pero manifestaron:

"No estoy de acuerdo con que nos pongan a diluir... porque entre más procesos haya para dar el medicamento, más posibilidades de error". (Entrevista 61, Bogotá).

3. Volumen (frasco 120 mL)

Respecto del volumen las opiniones estuvieron divididas, con una proporción importante en desacuerdo. Entre las críticas, se señaló que:

"El frasco es muy grande y el volumen de administración mucho" (Entrevista 144, Quibdó - Chocó). *"De pronto, un volumen de 90, 100 mililitros sería más adecuado"*. (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

4. Indicación aprobada (desintoxicación de adicción a opioides)

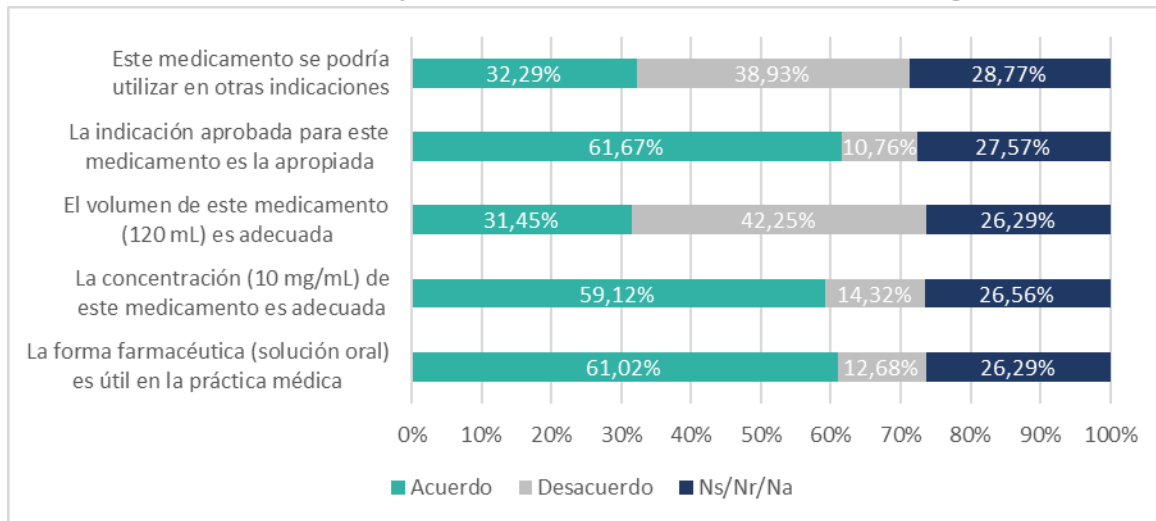
En general, el personal de los servicios farmacéuticos valoró como adecuada la indicación aprobada de la solución oral de metadona para la desintoxicación de la adicción a opioides. Sin embargo, se planteó la necesidad de ampliar su uso a otros contextos terapéuticos, especialmente el manejo del dolor, incluido el desescalonamiento de opioides de mayor impacto:

"De acuerdo, si se utiliza para el manejo del dolor y para desintoxicar bienvenido". (Entrevista 130, Inírida - Guainía).

5. Posible uso en otras indicaciones

En los resultados cualitativos, se observó una alta proporción de respuestas afirmativas. Entre las alternativas mencionadas, el manejo del dolor fue la más frecuente, incluyendo situaciones de desescalonamiento de opioides de mayor impacto.

Gráfica 112. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL



Fuente: Construcción propia.

En este apartado, el objetivo fue explorar la percepción del personal de salud sobre la nueva presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, fabricada y distribuida por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) desde inicios de 2024. La indagación constituye, en la práctica, un ejercicio de evaluación orientado a determinar la funcionalidad de la formulación, su pertinencia clínica y la necesidad de eventuales ajustes técnicos o regulatorios.

La Gráfica 113 presenta la distribución de respuestas de los participantes frente a cinco aspectos evaluados sobre la formulación de metadona en solución oral. Los resultados muestran que, aunque en todos los ítems más de la mitad de los encuestados no expresó posición, se registraron porcentajes variables de acuerdo y desacuerdo según la característica analizada. El mayor consenso favorable se observó en la utilidad de la forma farmacéutica (45,23% de acuerdo), seguido por la pertinencia de la indicación aprobada (44,68%) y la adecuación de la concentración (39,28%). La valoración positiva fue menor en el volumen del medicamento (31,75%) y en la posibilidad de uso en otras indicaciones (23,15%).

1. Forma farmacéutica (solución oral)

El 45,23% de los participantes estuvo de acuerdo en que la solución oral es útil en la práctica médica, mientras que un 2,72% manifestó desacuerdo y un 52,05% no expresó posición. Entre quienes respaldaron su utilidad, se destacó que esta presentación evita prácticas de desvío observadas con las tabletas:

"Yo les podría dar una tableta de metadona y se la colocan debajo de la lengua y cuando tú botas, la botan... el líquido no la bota, porque... traga". (Entrevista 44, Valledupar - Cesar).

2. Concentración (10 mg/mL)

La mayoría de entrevistados no tomó una posición definida sobre la concentración (53,29% Ns/Nr), mientras que entre quienes opinaron hubo más respuestas favorables (39,28% de acuerdo) que rechazo (7,42% en desacuerdo). Sin embargo, las voces cualitativas revelan preocupaciones clínicas importantes: varios profesionales advirtieron que:

"10 miligramos por mililitro es muy concentrado (...) si uno requiere 5 o 10 miligramos, estaría hablando de la mitad de un centímetro (0,5 mL), que habría que diluir, no es la concentración habitual a la que estamos acostumbrados y eso podría generar problemas de mala interpretación" (Entrevista 362, Cali - Valle del Cauca).

En paralelo, hubo quienes defendieron la equivalencia con la tableta y la factibilidad de uso: *"sí, es equivalente a la tableta"*. (Entrevista 143, Tunja - Boyacá). En conjunto, los datos cuantitativos y las citas apuntan a una incertidumbre predominante: la presentación es aceptable para un grupo, pero existe una franja sustantiva de profesionales que demanda una

concentración más baja, aclaraciones de manejo y formación antes de su adopción masiva.

3. Volumen (120 mL)

Un 31,75% de los encuestados estimó adecuado el volumen, un 15,12% estuvo en desacuerdo y un 53,13% no opinó. Entre las valoraciones favorables, se destacó que este formato permite cubrir el tratamiento requerido. No obstante, el desacuerdo se asoció principalmente con percepciones de riesgo por la cantidad disponible, especialmente en pacientes ambulatorios, y con la dificultad que implica explicar el proceso de dilución a los pacientes.

4. Indicación aprobada (desintoxicación de la adicción a opioides)

El 44,68% consideró que la indicación actual es apropiada, el 1,70% manifestó desacuerdo y el 53,63% no respondió. Entre las posturas favorables, se mencionó:

"Sí, en las que están aprobadas en la literatura, porque... la molécula sigue siendo activa". (Entrevista 158, Ubaté - Cundinamarca). En contraste, hubo advertencias sobre no extender su uso sin evidencia: *"Lo mejor es que no lo utilicen en otra cosa"* (Entrevista 57, Maicao - Guajira).

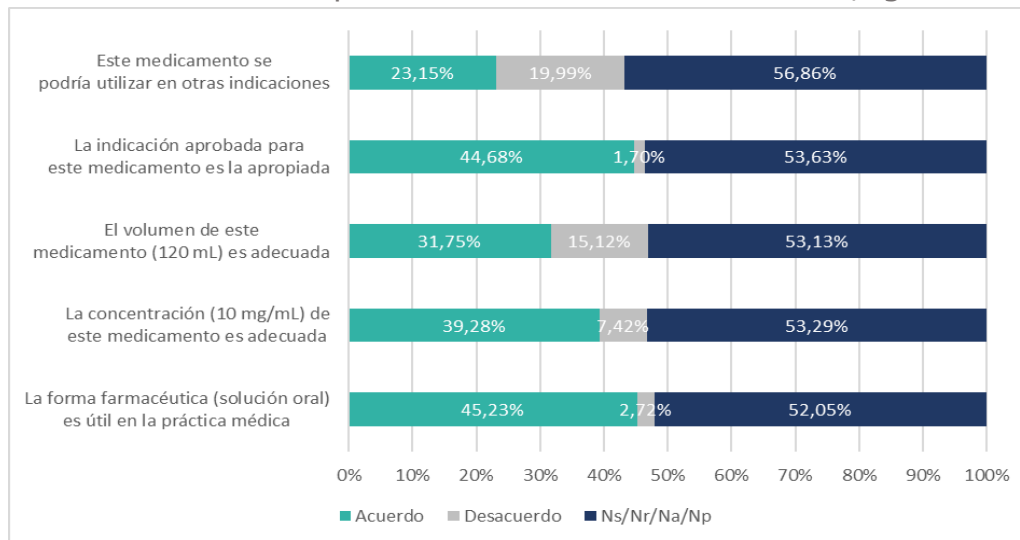
5. Posible uso en otras indicaciones

El 23,15% apoyó su uso en otras indicaciones, el 19,99% estuvo en desacuerdo y el 56,86% no expresó posición. Las sugerencias de ampliación incluyeron dolor crónico y refractario:

"Pacientes con cánceres orofaríngeos... se podría hacer el manejo". (Entrevista 356, Cali - Valle del Cauca). *"Pacientes pediátricos..."*

enfermedades severas, porfirias, cáncer” (Entrevista 272, Pereira - Risaralda).

Gráfica 113. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL



Fuente: Construcción propia.

Se consultó a los profesionales asistenciales como se determina en la institución si un paciente está presentando consumo problemático de medicamentos opioides, a fin de indagar sobre la existencia de procedimientos claves a la hora de reconocer y abordar adicciones. Las respuestas recibidas fueron clasificadas de acuerdo con la experiencia, observación, evaluación clínica médica o uso de escalas, utilizadas para identificar este tipo de situaciones (Gráfica 114).

En primer lugar, el 44,40% de los profesionales médicos manifestaron que pueden identificar cuando un paciente está presentando un trastorno por consumo de opioides, principalmente porque la persona solicita un medicamento opioide específico durante la consulta ambulatoria o hace requerimientos constantes solicitando nuevas dosis, fuera del tiempo de administración durante la hospitalización. En ambos casos los pacientes recurren a mentiras sobre su estado de salud, exageran sobre los

síntomas y manifestaciones de dolor, los cuales no corresponden con los cambios de signos fisiológicos en presencia de un dolor real.

En segundo lugar, algunos entrevistados expresaron que es posible observar estados de ansiedad o inquietud en los pacientes (34,50%), lo cual complementa de forma evidente, que la necesidad del medicamento no corresponde a una sensación dolorosa sino a un posible síndrome de abstinencia. De igual forma, la respuesta a la administración de placebos coincide con las observaciones del profesional médico:

"Se torna ansioso, agitado, piden las dosis repetitivamente. O sea, mienten con respecto a que tienen dolor y unos de los gestos no son compatibles con eso, ni los síntomas vitales". (Entrevista 27 Cartagena, Bolívar).

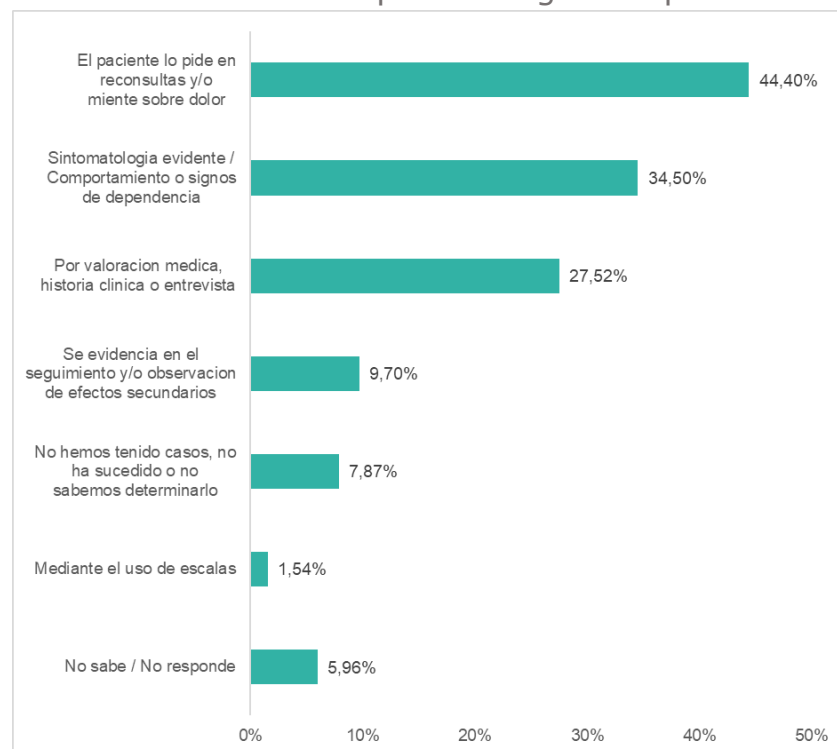
Algunas de las respuestas estuvieron enfocadas en la revisión de evidencias encontradas en la historia clínica, entrevistas personales o familiares, la anamnesis y/o el seguimiento realizado a los tratamientos de acuerdo con el diagnóstico. La interconsulta con psiquiatría y la realización de pruebas toxicológicas fueron mencionadas como soporte adicional para identificar este tipo de pacientes. De acuerdo con la descripción presentada, toda la información recopilada sobre el paciente y su tratamiento, le permiten al profesional médico identificar un consumo problemático o un potencial dependiente.

Para algunos profesionales el consumo problemático está más ligado a los efectos secundarios (9,70%) producidos por los medicamentos opioides, que a casos de evidente dependencia o potencial adicción producido por estos medicamentos. Estreñimiento, bradicardia, hipotensión y somnolencia se encuentran entre los efectos que reconocen los entrevistados para identificar un paciente que está presentando consumo problemático.

Finalmente, pocos entrevistados reconocieron el uso de escalas (1,54%) y el apoyo del equipo de psiquiatría para identificar pacientes con problemas de consumo problemático de medicamentos opioides. Fueron

nombradas escalas como *SOPHIA* para valorar signos de delirio en pacientes pediátricos, *Opioid Risk Tool* y la Escala *COWS*, estas dos últimas con mayor relación en la medición de riesgo de abuso de opioides y medición de la abstinencia para los mismos medicamentos.

Gráfica 114. Tipo de identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides según los profesionales médicos



Fuente: Construcción propia.

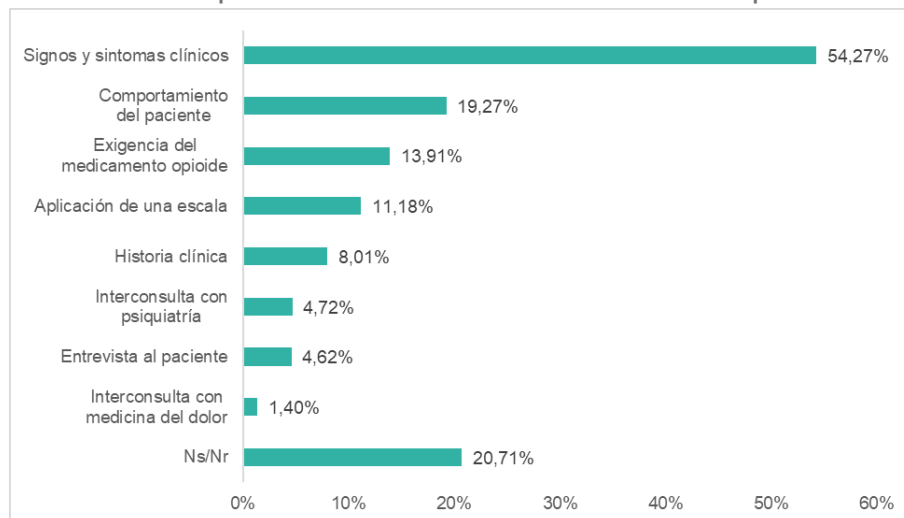
La identificación de la abstinencia a medicamentos opioides en pacientes, en el ámbito hospitalario o ambulatorio, es una práctica que no está estandarizada. Como se muestra en los resultados en la Gráfica 115, la mayoría de los entrevistados mencionó que, en la institución en la que labora, la identificación de abstinencia a medicamentos opioides se realiza a partir de la observación de signos y síntomas clínicos (54,27%). En varias ocasiones, la identificación mediante signos y síntomas está



acompañada de alguna otra metodología como la identificación debido a la exigencia del medicamento opioide, la revisión de historia clínica o la aplicación de una escala.

Se encontró que algunos de los profesionales consideran que la identificación de abstinencia a medicamentos opioides se realiza mediante la observación del comportamiento del paciente (19,27%). Otras manifestaciones similares a este punto, están relacionadas con la identificación porque el paciente exige que se le administre un medicamento opioide (13,91%), uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia a opioides (11,18%). En menor medida, se encontró que los entrevistados realizan la identificación del síndrome de abstinencia a opioides mediante la revisión de historia clínica (8,01%), interconsulta con psiquiatría (4,72%), entrevista al paciente (4,62%) e interconsulta con medicina del dolor (1,40%).

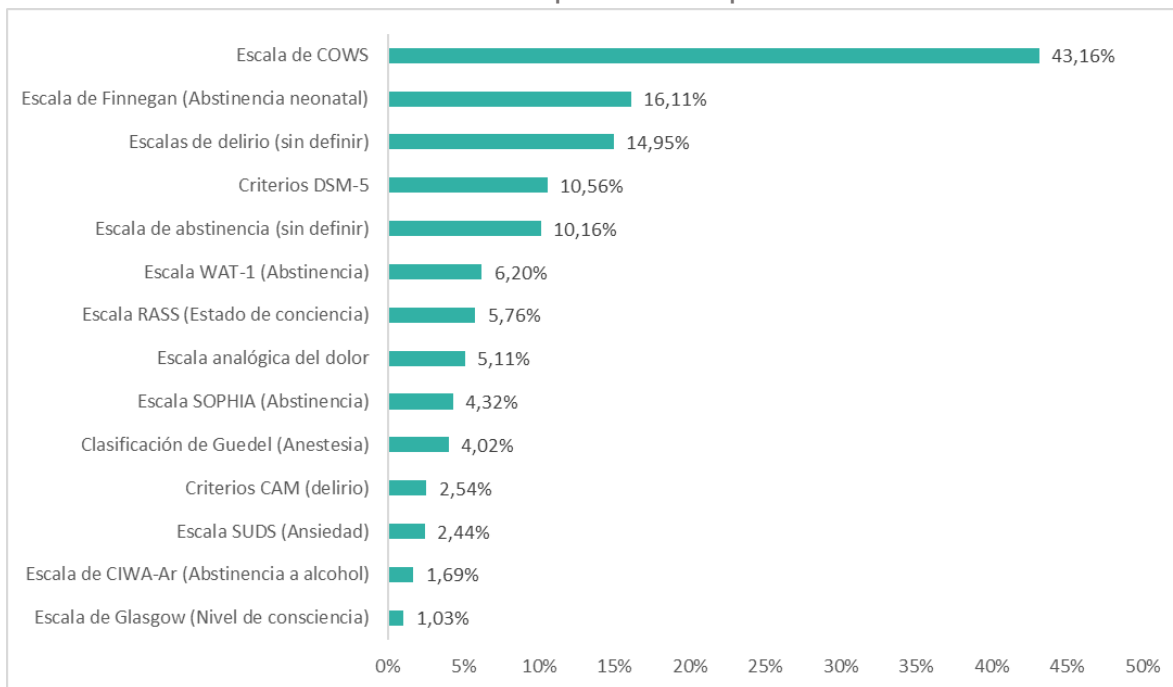
Gráfica 115. Herramientas usadas en la identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

En la Gráfica 116 se puede observar la heterogeneidad en las escalas aplicadas en la práctica clínica, en donde algunas de las reportadas corresponden a escalas que miden el estado de la abstinencia, conciencia del paciente, ansiedad, dolor, anestesia y delirio. Las escalas reportadas que son específicas para medir el síndrome de abstinencia a opioides son la Escala de COWS (43,16%), Escala de Finnegan (16,11%), Escala WAT-1 (6,20%) y Escala SOPHIA (4,32%). Por otra parte, se presentaron casos en los que los profesionales no recuerdan el nombre de la escala de abstinencia que se aplica a los pacientes (10,16%).

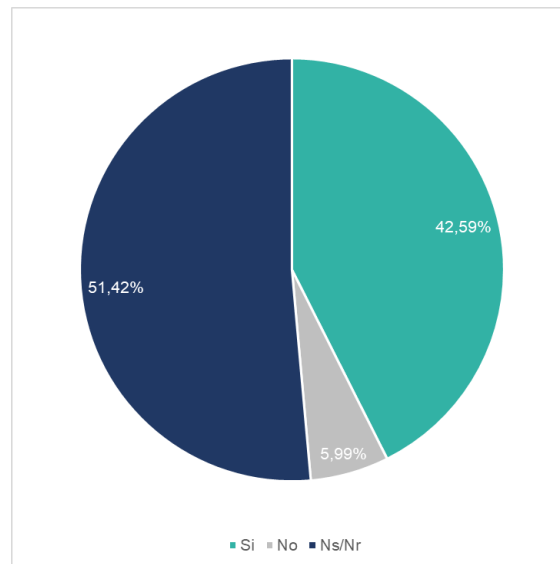
Gráfica 116. Escalas reportadas en la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en pacientes



Fuente: Construcción propia.

Adicionalmente, se indagó si los profesionales consideran necesaria la aplicación y uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en la institución donde laboran (Gráfica 117). Se encontró que, el 42,59% los profesionales de la salud que no mencionaron la aplicación de escalas en la práctica médica consideran que sí hace falta la aplicación de una escala para identificarlo, mientras que el 5,99% de los profesionales no consideran que la implementación de una escala para la identificación del síndrome de abstinencia sea necesaria. El 51,42% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 117. Necesidad de implementar una escala para la evaluación del síndrome de abstinencia



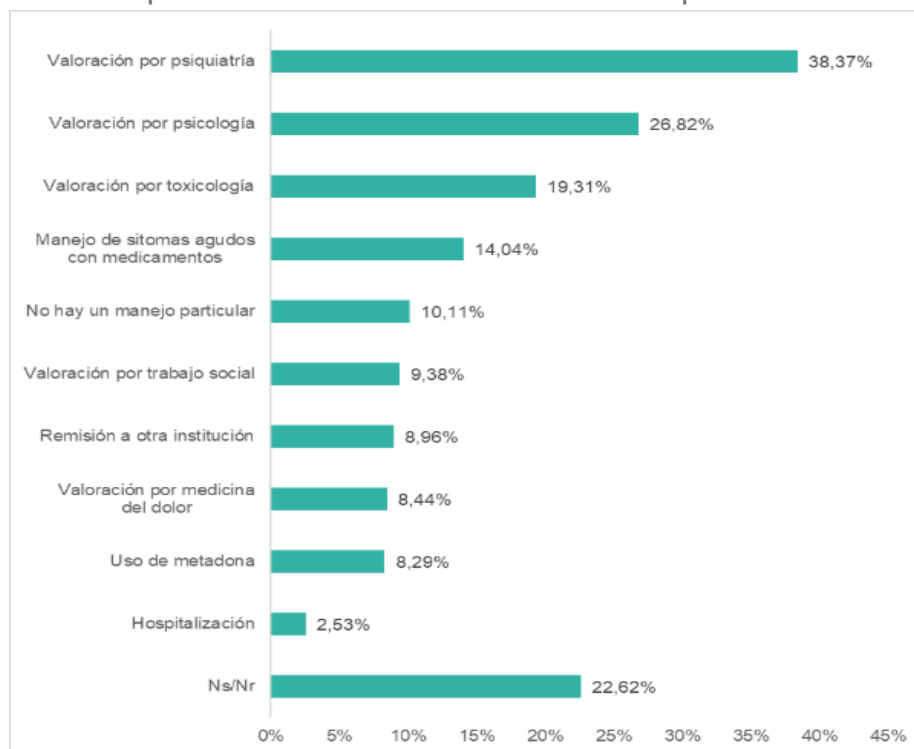
Fuente: Construcción propia.

Se le preguntó a los profesionales de tipo asistencial cuál es el manejo que la institución le da a los pacientes con un consumo problemático de medicamentos opioides, con el propósito de identificar los abordajes posteriores a la identificación de un paciente de este tipo, los resultados se presentan en la Gráfica 118. Se encontró que las estrategias más utilizadas corresponden a la valoración por psiquiatría (38,37%), valoración por psicología (26,82%) y valoración por toxicología (19,31%). Se debe considerar que el 22,62% de los entrevistados no respondieron la pregunta realizada (Ns/Nr) y el 10,11% consideran que la institución en la que laboran no realiza ningún abordaje particular a los pacientes con consumo problemático de opioides.

Se encontró que otro abordaje del paciente con consumo problemático de medicamentos opioides está relacionado con el manejo sintomático agudo con medicamentos (14,04%). Esta respuesta se presentó en varias ocasiones acompañada de otras intervenciones como la valoración por psiquiatría, valoración por psicología y valoración por toxicología en la

mayoría de los casos. La administración de metadona en el manejo del paciente con consumo problemático de opioides se presentó en el 8,29% de los casos, considerándose su uso en el manejo agudo del paciente.

Gráfica 118. Abordaje y manejo del paciente con consumo problemático de medicamentos opioides



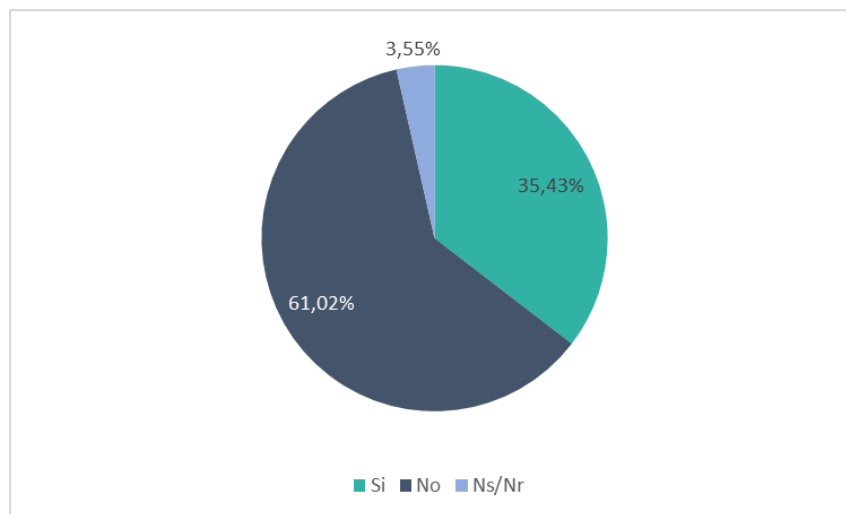
Fuente: Construcción propia.

Uso de opioides en profesionales de la salud

Al preguntar al personal farmacéutico si conocían casos de TCO en colegas, el 35,43% afirmó conocer al menos un caso, mientras que el 61,02% manifestó no haber conocido ninguno. Estos hallazgos muestran una prevalencia percibida menor frente a lo reportado por profesionales

de áreas asistenciales, lo cual puede explicarse por el grado de cercanía del personal de farmacia con los escenarios de uso directo de opioides.

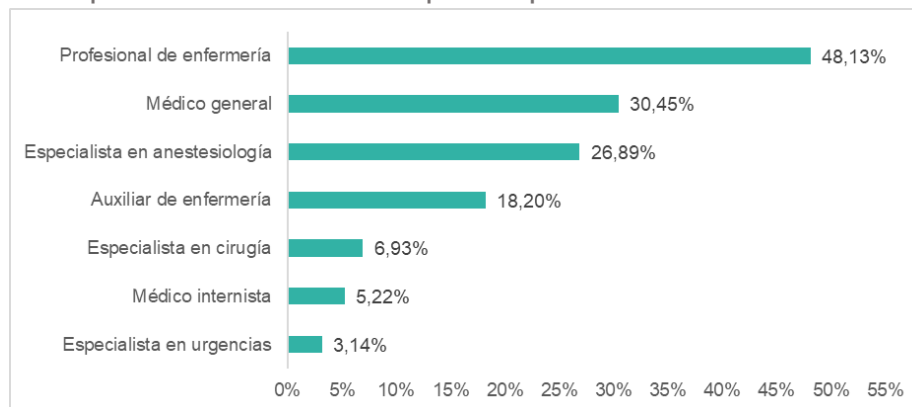
Gráfica 119. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones (personal farmacéutico)



Fuente: Construcción propia.

De acuerdo con la Gráfica 120, los profesionales más mencionados por el personal farmacéutico como vinculados a situaciones de consumo problemático fueron enfermería (48,13%), médicos generales (30,45%) y anestesiólogos (26,89%), seguidos de auxiliares de enfermería (18,20%) y, en menor proporción, especialistas en cirugía (6,93%), medicina interna (5,22%) y urgencias (3,14%). Estos resultados coinciden con lo referido en las entrevistas, donde se identificó que la exposición frecuente a opioides potentes, como en áreas quirúrgicas y de cuidados críticos, incrementa la vulnerabilidad al uso indebido.

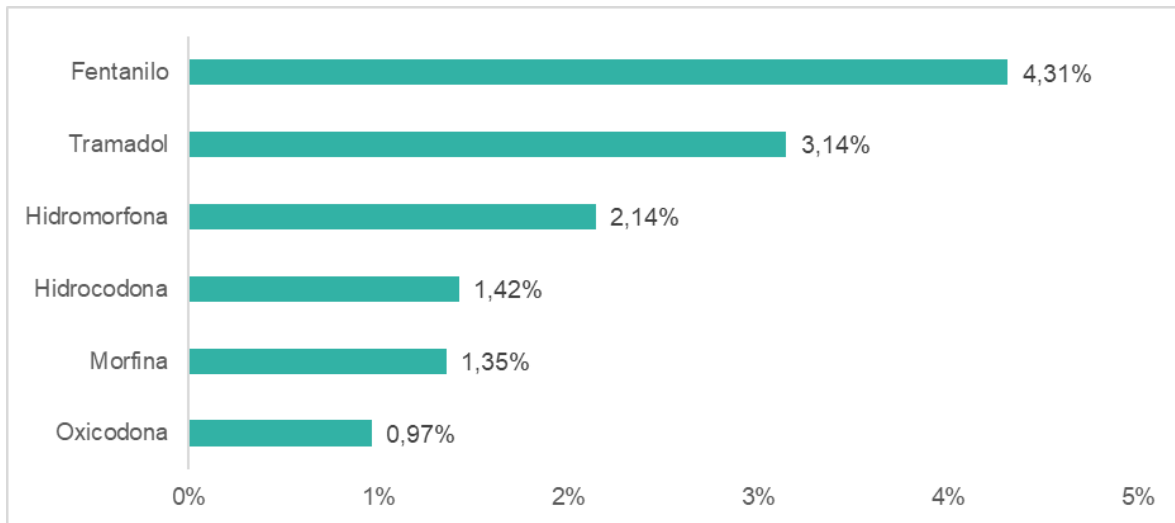
Gráfica 120. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de farmacia



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los medicamentos específicos, la Gráfica 121 evidencia que el fentanilo es el opioide más reportado en los casos de consumo problemático (4,31%), seguido de tramadol (3,14%), hidromorfona (2,14%), hidrocodona (1,42%), morfina (1,35%) y oxicodona (0,97%). La predominancia del fentanilo refuerza lo mencionado en las narrativas, donde este opioide aparece reiteradamente como de mayor riesgo, tanto por su alta potencia como por el fácil acceso en entornos hospitalarios.

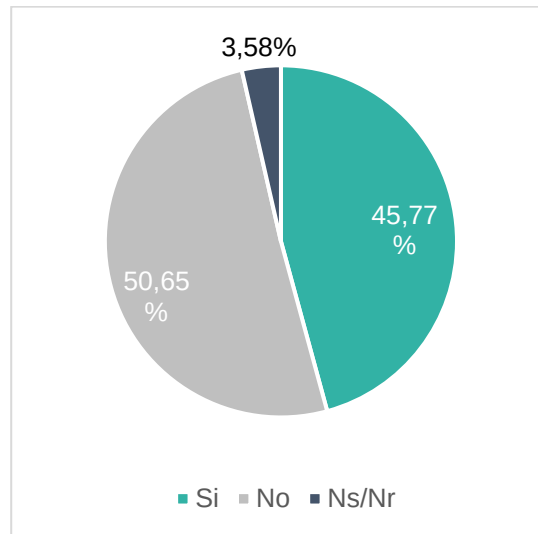
Gráfica 121. Medicamentos opioides identificados por el personal de farmacia en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud



Fuente: Construcción propia.

Como se evidencia en la Gráfica 122, al preguntar a los profesionales de áreas asistenciales si conocían casos de consumo problemático de opioides en colegas, el 45,77% afirmó conocer al menos un caso, mientras que el 50,65% manifestó no haber conocido ninguno, y un 3,58% correspondió a la opción Ns/Nr. Este hallazgo revela que, aunque la mayoría no refiere experiencias directas, casi la mitad reconoce la presencia de esta problemática en el ámbito laboral, lo cual sugiere un nivel importante de exposición y percepción del fenómeno dentro de las instituciones.

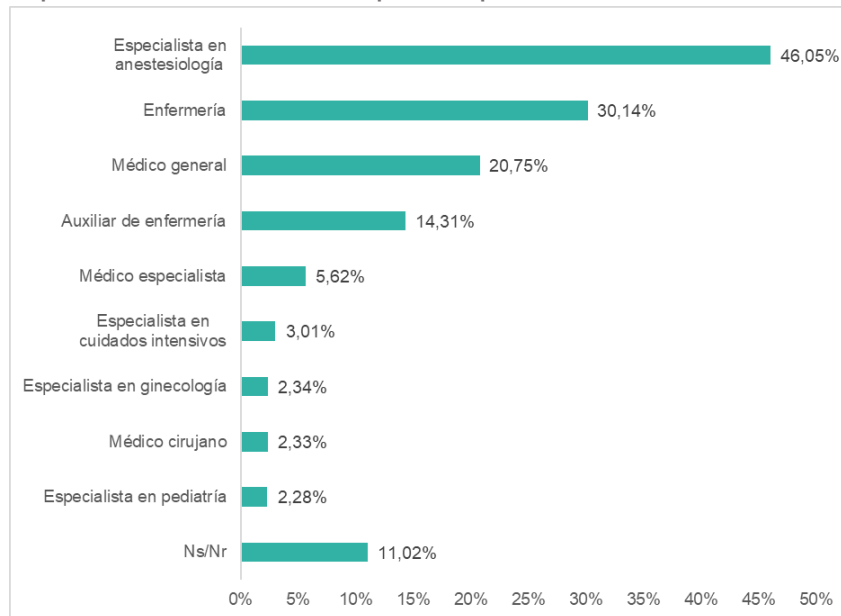
Gráfica 122. Conocimiento de casos de consumo problemático en colegas en las instituciones (profesionales asistenciales)



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los profesionales más reportados, la Gráfica 123 muestra que los especialistas en anestesiología fueron los más identificados (46,05%), seguidos del personal de enfermería (30,14%), médicos generales (20,75%) y auxiliares de enfermería (14,31%). En menor proporción se mencionaron médicos especialistas de otras áreas como cuidados intensivos (3,01%), ginecología (2,34%), cirugía (2,33%) y pediatría (2,28%). El 11,02% de las respuestas se clasificó en el grupo Ns/Nr.

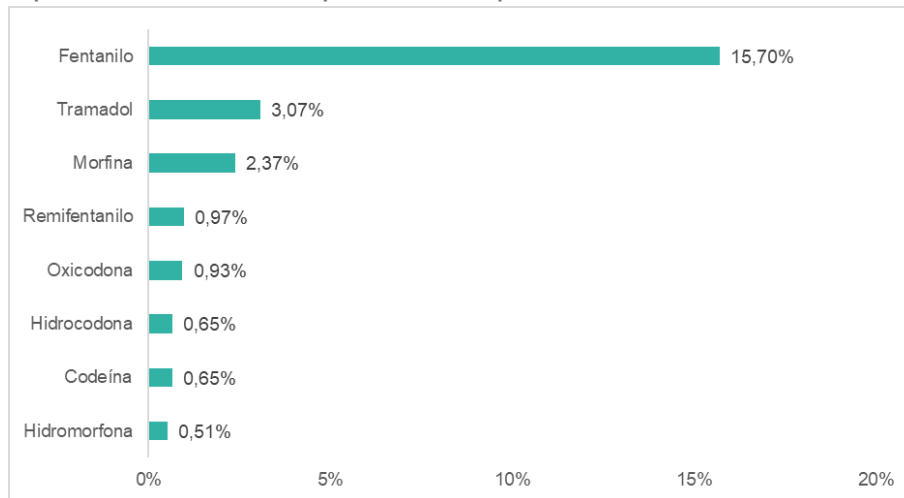
Gráfica 123. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de asistencial



Fuente: Construcción propia.

Respecto a las sustancias implicadas, los resultados de la Gráfica 124 evidencian que el fentanilo es el opioide más reportado en el consumo problemático de profesionales de la salud (15,70%), muy por encima de otros medicamentos como tramadol (3,07%), morfina (2,37%) y, en menor frecuencia, remifentanilo, oxicodona, hidrocodona, codeína e hidromorfona.

Gráfica 124. Medicamentos opioides identificados en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud

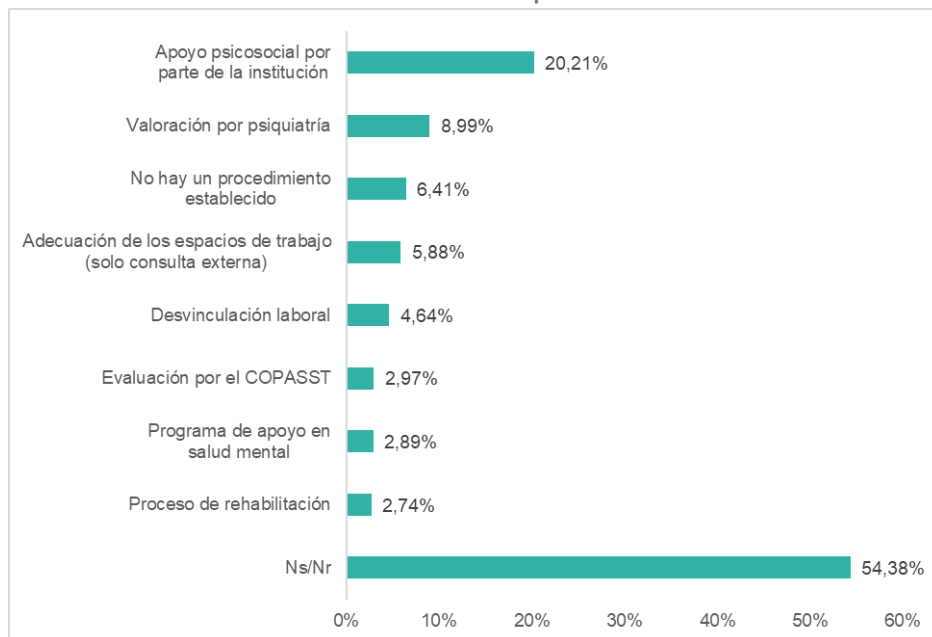


Fuente: Construcción propia.

En relación con el manejo institucional ofrecido a los profesionales de la salud que presentan TCO (Gráfica 125) los hallazgos muestran una marcada heterogeneidad y, en muchos casos, ausencia de protocolos claros. Más de la mitad de los encuestados (54,38%) manifestó no saber o no responder sobre la existencia de procedimientos en sus instituciones, lo que refleja tanto la falta de lineamientos estandarizados como la invisibilización del problema.

Entre las medidas reportadas, el apoyo psicosocial por parte de la institución se señaló como la estrategia más frecuente (20,21%), seguido por la valoración por psiquiatría (8,99%) y la afirmación de que no existe un procedimiento establecido (6,41%). Otras respuestas incluyeron la adecuación de espacios de trabajo limitados a la consulta externa (5,88%), la desvinculación laboral (4,64%), la evaluación por el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) (2,97%), programas de apoyo en salud mental (2,89%) y procesos de rehabilitación (2,74%).

Gráfica 125. Manejo del profesional de salud con trastorno por consumo de opioides



Fuente: Construcción propia.

Sección 6. Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides

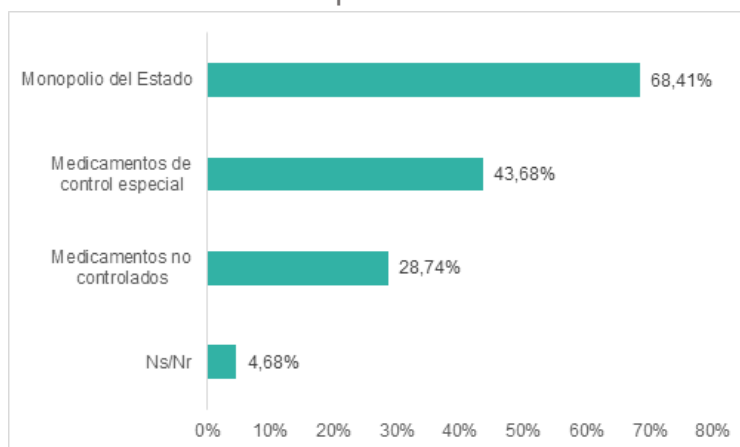
Aspectos logísticos

En lo concerniente con el procedimiento para la adquisición de medicamentos opioides en la institución, las respuestas arrojaron información en tres aspectos: 1) Tipos de medicamentos, 2) Tipos de proveedores y 3) Procedimientos de adquisición.

En relación con los tipos de medicamentos (Gráfica 126) se observa que el 68,41% de las respuestas menciona la adquisición de medicamentos

Monopolio del Estado (Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE / Fondos Rotatorios de Estupefacientes - FRE), el 43,68% indica medicamentos de control especial, y el 28,74% de las menciones señalan medicamentos no controlados. El 4,68% corresponde a la categoría Ns/Nr.

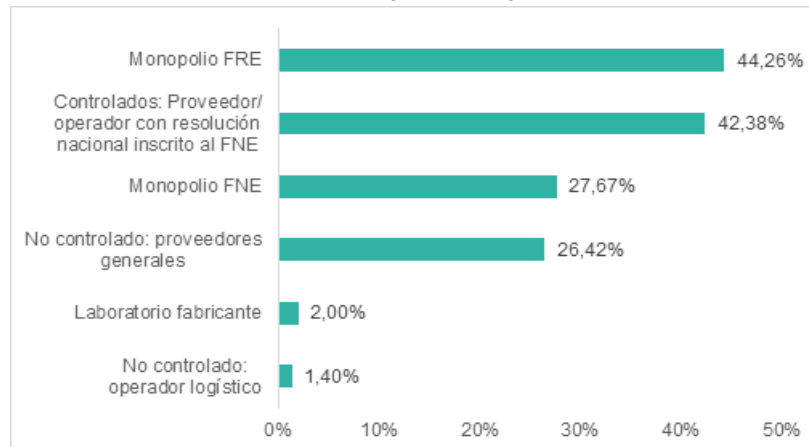
Gráfica 126. Tipos de medicamentos



Fuente: Construcción propia.

Paralelamente las respuestas arrojaron datos sobre el tipo de proveedores, información distribuida de la siguiente forma (Gráfica 127): el 44,26% de las menciones indica que los medicamentos opioides adquiridos por la institución provienen de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE), el 42,38% señaló medicamentos controlados adquiridos con proveedores con resolución nacional e inscritos al FNE, el 27,67% de las menciones reporta como proveedor al Fondo Nacional de Estupefacientes, y el 26,42% de las respuestas menciona la adquisición de medicamentos no controlados a través de proveedores generales. Con valores minoritarios se reportaron como proveedores las siguientes entidades: laboratorios fabricantes (2,00%) y operadores logísticos (1,40%).

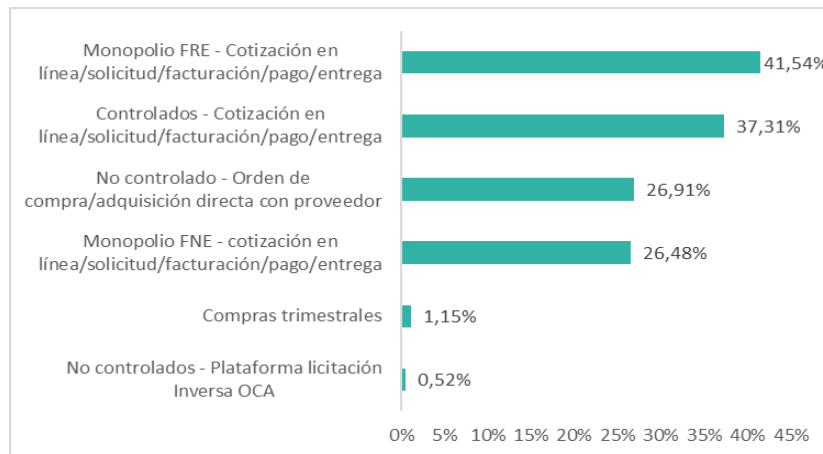
Gráfica 127. Tipos de proveedores



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a los procedimientos de adquisición de medicamentos opioides por parte de las instituciones, las respuestas indican lo siguiente (Gráfica 128): el 41,54% de las respuestas mencionó la adquisición de medicamentos Monopolio FRE por medio del procedimiento: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega, el 37,31% de las respuestas indicó la adquisición de medicamentos controlados a través de la ruta: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega. Por su parte, el 26,91% de las menciones señaló la adquisición de medicamentos no controlados por medio del siguiente procedimiento: orden de compra/adquisición directa con el proveedor, y el 26,48% de las respuestas indicó la adquisición de medicamentos monopolio del Estado FNE por medio del proceso: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega. Otros procedimientos de adquisición de medicamentos opioides mencionados fueron: compras trimestrales (1,15%) y adquisición de medicamentos no controlados a través de la plataforma de licitación inversa OCA (0,52%).

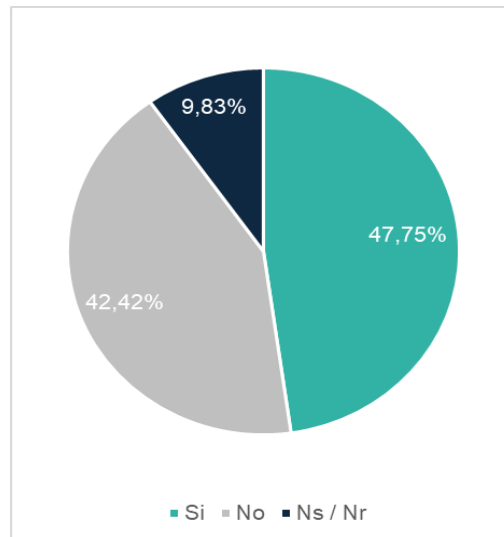
Gráfica 128. Procedimientos de adquisición



Fuente: Construcción propia.

Este apartado busca identificar la existencia de mecanismos formales que permitan responder ante situaciones de desabastecimiento o interrupción en la cadena de suministro, también el conocer los canales en la divulgación y alternativa de suministro ante la posible situación de desabastecimiento. La Gráfica 129 expone los resultados obtenidos al personal del servicio farmacéutico acerca de la existencia de esa guía o lineamiento interno. El 47,75% afirma tener documentado el proceso, el 42,42% dice no tenerlo y el 9,83% no sabe o no responde.

Gráfica 129. Existencia de protocolo de gestión de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

En la Gráfica 130 se exponen las menciones más representativas suministradas por el personal del área del servicio farmacéutico, en esta se agrupan las expresiones más frecuentes relacionadas con los canales utilizados para la gestión, la incorporación de protocolos dentro del sistema de gestión de calidad o la descripción de los procesos que afirman llevar a cabo ante el desabastecimiento.

Se estima que el 23,20% del personal del servicio farmacéutico asegura la inclusión de las acciones a tomar ante desabastecimiento de medicamentos opioides en sus procedimientos de selección – adquisición. El 21,19% menciona las acciones tomadas y se resumen en la categoría “Divulgación desabastecimiento - alternativa terapéutica”, en esta categoría se recopilan los testimonios que describen dichas medidas, las cuales pueden estar enmarcadas tanto en procesos documentados de manera oficial como en mecanismos no formales empleados por las instituciones. El 7,96% asegura que el proceso se hace, pero no está

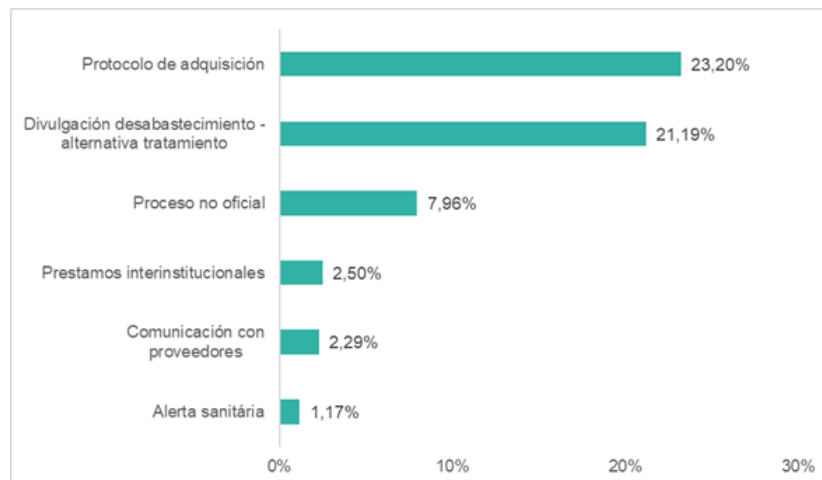
formalmente documentado y establecido, algunas afirmaciones lo corroboran así:

"No, lo que hacemos normalmente es hablar con los especialistas o con los líderes de los servicios más afectados. Por ejemplo, el servicio de UCI, que requiere una gran cantidad de medicamentos para la sedación". (Entrevista 52, Bogotá).

Los canales más frecuentes utilizados por las instituciones para la divulgación o notificación de problemas de desabastecimiento incluyen principalmente las alertas sanitarias (1,17%). Aunque en menor proporción, también se mencionan los comunicados del FRE/FNE y, de manera aislada, las comunicaciones de proveedores o grupos profesionales en redes (2,29%). Por otra parte, los préstamos interinstitucionales representan el 2,50% de las menciones y se destacan como una alternativa utilizada frente a situaciones de desabastecimiento. Así lo ilustra un testimonio:

"Sí, tenemos plan a compras, si no eso podemos tener opciones de una caja menor y, si no hay opción de caja menor, incluso tenemos estandarizados préstamos interinstitucionales, por si necesitamos una urgencia". (Entrevista 61, Bogotá).

Gráfica 130. Expresiones más comunes acerca de la existencia de protocolo para manejo de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides

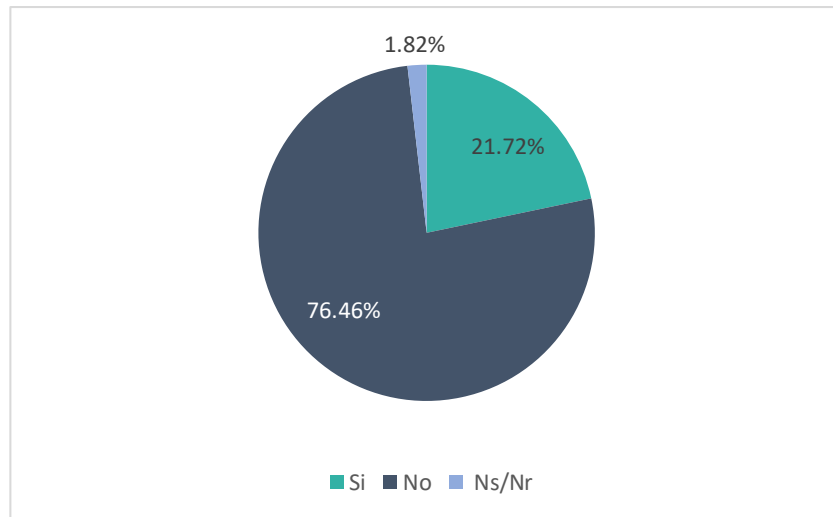


Fuente: Construcción propia.

A fin de establecer si las instituciones visitadas cuentan con centrales de mezcla y poseen la infraestructura para la preparación estéril de dosis unitarias, se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico sobre la existencia de centrales de mezcla y si estos espacios se encuentran certificados en BPE.

De acuerdo con la Gráfica 131 se estima que un 76,46% de los profesionales manifestaron que las instituciones no cuentan con central de mezcla mientras un 21,72% indicó que sí. El 1,82% se agrupó en la categoría Ns/Nr.

Gráfica 131. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria

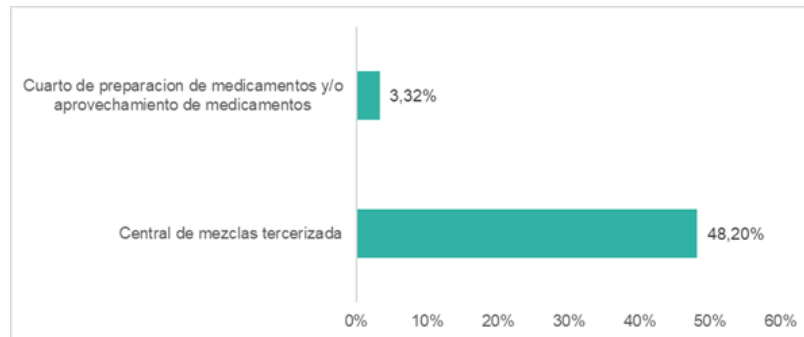


Fuente: Construcción propia.

Las respuestas de algunos de los entrevistados que declararon contar con central de mezcla indican los escenarios donde son realizadas las actividades de adecuación y/o preparación de dosis unitaria; esta información complementaria fue clasificada en dos grupos de acuerdo con la Gráfica 132.

Se estima que un 48,20% de las respuestas de los profesionales del servicio farmacéutico manifestaron que las instituciones donde laboran tienen tercerizado el servicio de elaboración de dosis unitaria y cuentan con contratos con centrales de mezcla donde son adecuados los medicamentos opioides. El 3,32% de las repuestas de los profesionales complementó sus respuestas indicando que no cuentan con central de mezcla, sin embargo, realizan la adecuación de los medicamentos en un espacio llamado “cuarto de preparación de medicamentos”, y generalmente la jefe de enfermería se encarga de dichas preparaciones.

Gráfica 132. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria

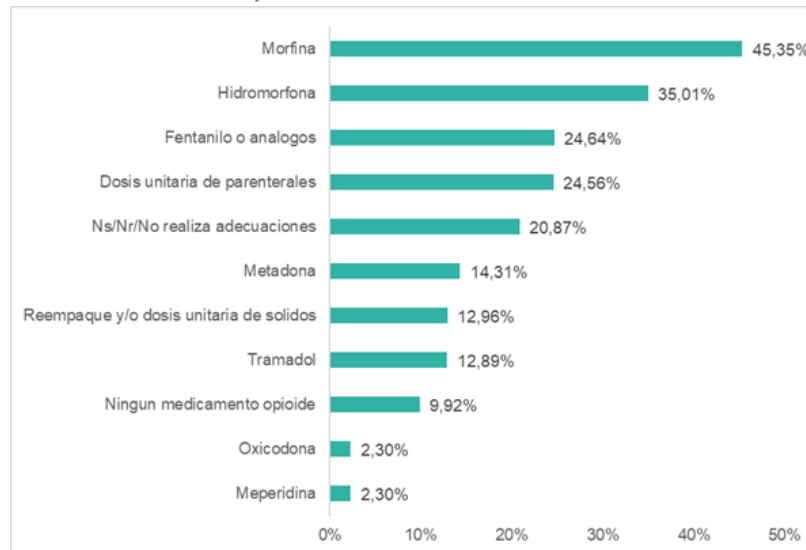


Fuente: Construcción propia.

Se indagó sobre las adecuaciones de medicamentos opioides realizadas en la central de mezclas. Los resultados se presentan en la Gráfica 133, donde los medicamentos se clasifican por principio activo y tipo de adecuación. Para los principios activos registrados, de forma general nombraron soluciones inyectables y sólidos orales como tabletas y para las adecuaciones realizadas fueron nombradas el reenvase de líquidos (elaboración de jeringas prellenadas o dosis unitarias de parenterales) y el reempaque de sólidos (dosis unitaria de tabletas en blister).

El 45,35% de las respuestas recibidas por los profesionales del servicio farmacéutico mencionó el reenvase de morfina, un 35,01% para hidromorfona y un 24,64% para fentanilo y análogos. Para la adecuación de sólidos los principios activos más nombrados fueron: metadona con 14,31%, tramadol con 12,89%, y oxicodona con 2,30%, sin especificar si para este último se realiza la adecuación de tabletas o solución inyectable.

Gráfica 133. Principios activos y tipos de adecuación realizados para las instituciones que cuentan con central de mezcla



Fuente: Construcción propia.

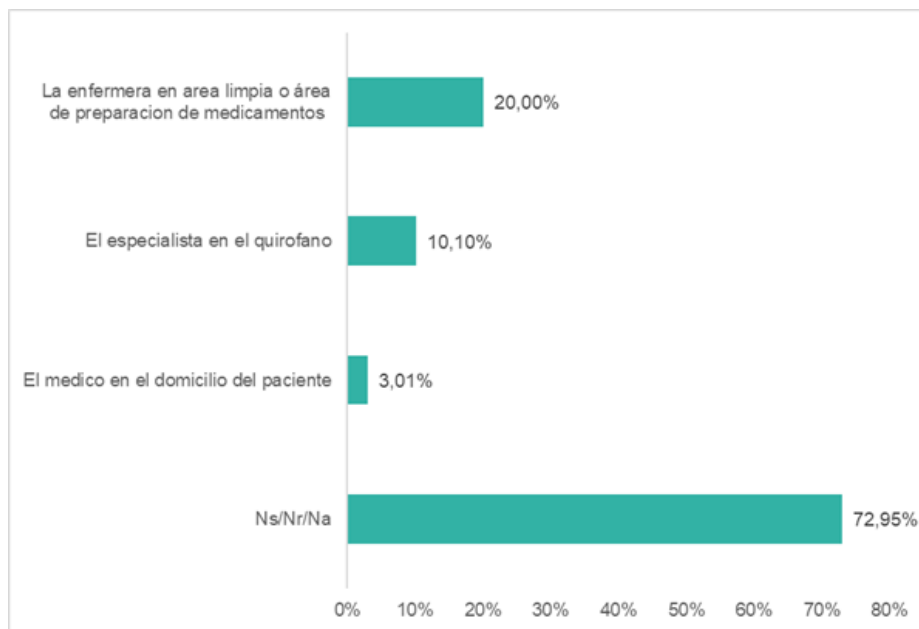
Se indagó sobre la preparación y adecuación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con centrales de mezcla. Los resultados se presentan en la Gráfica 134, donde las respuestas de los profesionales del servicio farmacéutico se clasifican según las formas en que se lleva a cabo la adecuación de los medicamentos. Se estima que un 20,00% de las respuestas recibidas por los profesionales mencionó que la enfermera jefe o una enfermera designada realiza la preparación de los medicamentos *in situ* en un área limpia o área de preparación de medicamentos.

En algunos casos los profesionales del servicio farmacéutico manifestaron que el medicamento es entregado y no saben si el profesional médico o la enfermera encargada, es la responsable de la preparación del medicamento. Sin embargo, se evidencia de acuerdo con las respuestas recibidas, que, a pesar de no contar con central de mezclas, existe un espacio destinado para la preparación de medicamentos, en la mayoría de los casos en el área de enfermería.

En otros casos, los profesionales del servicio farmacéutico reconocen que los especialistas, principalmente anestesiólogos o médicos internistas son los encargados de la preparación de los medicamentos. Se estima que un 10,10% de las respuestas recibidas reconoce que, al no contar con central de mezcla, los especialistas adecuan los medicamentos en el quirófano.

"En sala de cirugías, los anestesiólogos preparan lo requerido como para la jornada, alcanza para tres o más pacientes". (Entrevista 62 Duitama, Boyacá).

Gráfica 134. Formas de preparación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con central de mezcla, de acuerdo con los profesionales del servicio farmacéutico



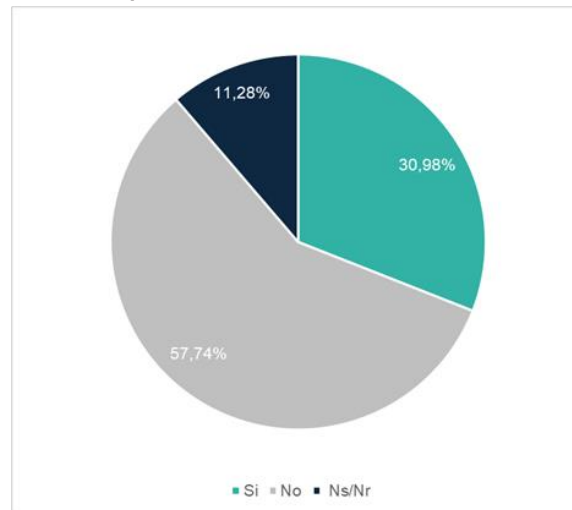
Fuente: Construcción propia.

A fin de garantizar la seguridad en el manejo de los medicamentos, especialmente los de uso parenteral e identificar si existe el aprovechamiento de residuos de opioides, o si en las instituciones se

realizan procesos de reutilización y como son realizados los procesos de eliminación, se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico sobre la existencia del aprovechamiento de medicamentos opioides y como era realizado este proceso.

De acuerdo con la Gráfica 135, se estima que un 57,74% de las respuestas recibidas manifiesta que no son realizadas este tipo de actividades frente a un 30,98% que, por el contrario, manifestaron que si realizan el aprovechamiento de medicamentos opioides, se observa que para una pocas respuestas recibidas, los profesionales manifestaron que la actividad de aprovechamiento está más relacionada con aspectos normativos (usar solo lo prescrito y desechar) así como con la escasez de los medicamentos opioides, sea por desabastecimiento o casos especiales como la ocurrida durante la pandemia de COVID 19. Un profesional inclusive manifestó que realizan el aprovechamiento y llevan un control sobre el mismo. El 11,28% de las respuestas se ubicó en la categoría Ns/Nr.

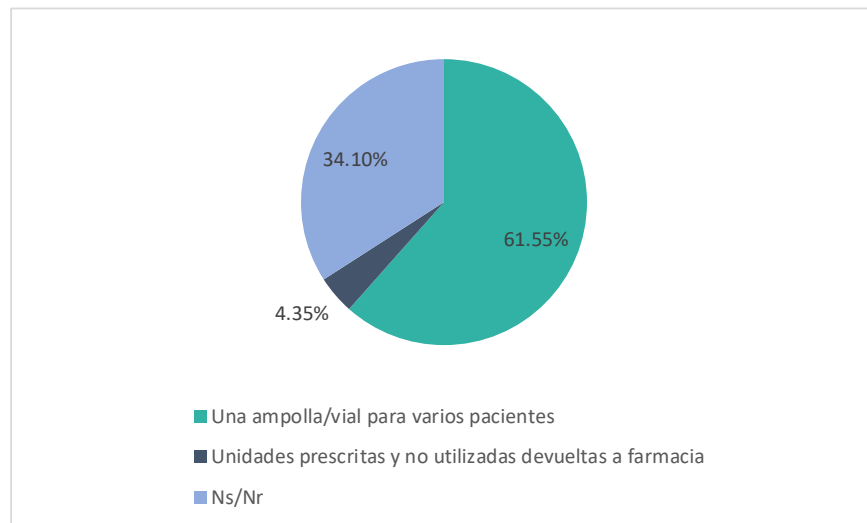
Gráfica 135. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?



Fuente: Construcción propia.

Con el fin de identificar el tipo de aprovechamiento realizado, para las respuestas afirmativas se realizó un segundo cuestionamiento: ¿Cómo lleva a cabo este proceso? De acuerdo con la Gráfica 136, el 61,55% de los profesionales afirmó realizar esta actividad, utilizando el volumen de una ampolla o de un vial para varios pacientes, esto principalmente en salas de cirugía y para medicamentos en solución inyectable como tramadol, remifentanilo, morfina o hidromorfona. Otro grupo de entrevistados describió el aprovechamiento como el retorno de unidades prescritas y no utilizadas devueltas a farmacia (4,35%). El 34,10% de las respuestas se clasificó como Ns/Nr.

Gráfica 136. Implementación del proceso de aprovechamiento en la institución



Fuente: Construcción propia.

En este apartado se exploran las percepciones del personal del servicio farmacéutico sobre la presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, disponible en el país desde inicios de 2024. El análisis busca identificar valoraciones sobre su utilidad, adecuación técnica y posibles ajustes en su formulación o campo de uso.

La Gráfica 137 presenta la distribución de respuestas frente a cinco aspectos evaluados. En todos los ítems, la mayoría de participantes expresó una posición definida, con predominio del acuerdo en la mayor parte de los casos. Las proporciones más altas de acuerdo se registraron en la pertinencia de la indicación aprobada (61,67%), la utilidad de la forma farmacéutica (61,02 %) y la adecuación de la concentración (59,12%). La valoración favorable fue menor en el posible uso en otras indicaciones (32,29%) y en la adecuación del volumen (31,45%), siendo estos dos aspectos los que concentraron también los mayores porcentajes de desacuerdo.

1. Forma farmacéutica (solución oral)

La mayoría del personal de servicio farmacéutico estuvo de acuerdo en que la presentación en solución oral es útil en la práctica, aunque un grupo relevante manifestó desacuerdo. Entre los argumentos favorables, se destacó que:

"Es más fácil de dosificar, permite hacer reenvase de diferentes dosis y así evitar pérdidas por entrega personalizada a cada paciente por mililitros". (Entrevista 60, Bogotá).

2. Concentración (10 mg/mL)

Mayoritariamente los entrevistados están de acuerdo con la concentración, aunque con observaciones relevantes. Algunos participantes indicaron que es adecuada, pero manifestaron:

"No estoy de acuerdo con que nos pongan a diluir, porque entre más procesos haya para dar el medicamento, más posibilidades de error". (Entrevista 61, Bogotá).

3. Volumen (frasco 120 mL)

Respecto del volumen las opiniones estuvieron divididas, con una proporción importante en desacuerdo. Entre las críticas, se señaló que:

"El frasco es muy grande y el volumen de administración mucho". (Entrevista 144, Quibdó - Chocó). *"De pronto, un volumen de 90, 100 mililitros sería más adecuado".* (Entrevista 110, Medellín - Antioquia).

4. Indicación aprobada (desintoxicación de adicción a opioides)

En general, el personal de los servicios farmacéuticos valoró como adecuada la indicación aprobada de la solución oral de metadona para la desintoxicación de la adicción a opioides. Sin embargo, se planteó la necesidad de ampliar su uso a otros contextos terapéuticos,

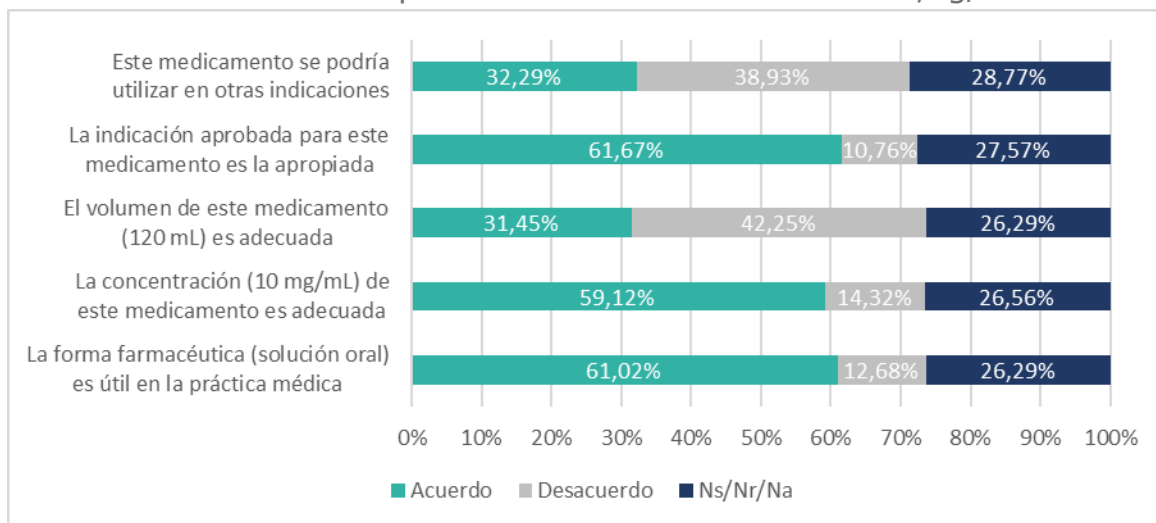
especialmente el manejo del dolor, incluido el desescalonamiento de opioides de mayor impacto:

"De acuerdo, si se utiliza para el manejo del dolor y para desintoxicar bienvenido". (Entrevista 130, Inírida - Guainía).

5. Posible uso en otras indicaciones

En los resultados cualitativos, se observó una alta proporción de respuestas afirmativas. Entre las alternativas mencionadas, el manejo del dolor fue la más frecuente, incluyendo situaciones de desescalonamiento de opioides de mayor impacto.

Gráfica 137. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL



Fuente: Construcción propia.

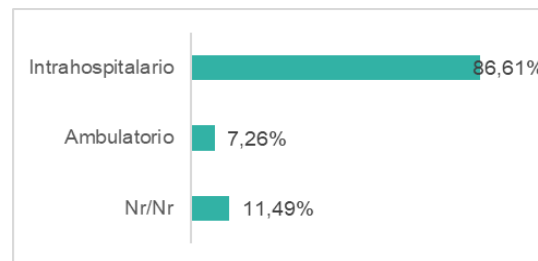
Los procedimientos institucionales para la prescripción de medicamentos opioides muestran rutas diferenciadas según el entorno clínico — hospitalario o ambulatorio— y etapas sucesivas que incluyen formulación, tramitación, entrega y administración del medicamento. Las respuestas permiten visualizar la diversidad de prácticas y actores involucrados en cada una de estas fases, y los relatos de los entrevistados ilustran en

detalle los recorridos reales que deben seguir los profesionales de la salud y los pacientes para garantizar el acceso a estos medicamentos.

Prescripción: sistemas, formatos y variabilidad

La Gráfica 138 presenta la clasificación general del tipo de atención al que corresponde el procedimiento descrito. La mayoría de los participantes identificó rutas asociadas al entorno hospitalario (86,61%), aunque también se documentaron prácticas ambulatorias, mixtas o de transición, como en el egreso del paciente (7,26%). El 11,49% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 138. Tipo de atención



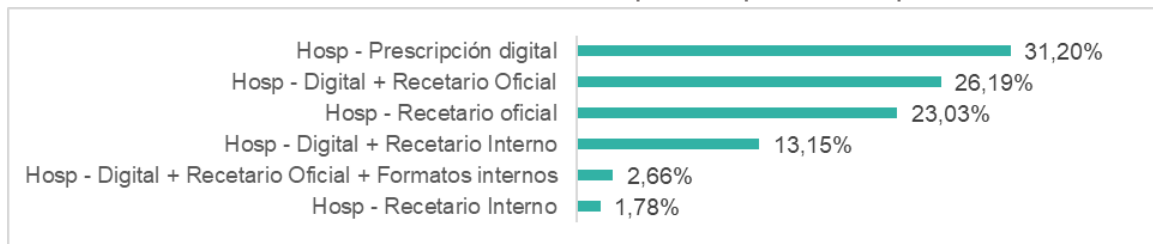
Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 139 muestra las modalidades de prescripción en el contexto hospitalario. La gráfica muestra que la prescripción hospitalaria mediante prescripción digital es la modalidad predominante, con 31,20% de las respuestas. En segundo lugar se encuentra la prescripción hospitalaria que combina sistema digital y recetario oficial, con 26,19%, seguida de la prescripción hospitalaria exclusivamente mediante recetario oficial, con 23,03%. Posteriormente, el uso combinado de sistema digital y recetario interno representa el 13,15%. Las modalidades de menor frecuencia corresponden a la combinación de sistema digital, recetario oficial y formatos internos, con 2,66%, y la prescripción hospitalaria únicamente mediante recetario interno, con 1,78%.

Algunas instituciones han integrado plenamente los formularios de control exigidos por las autoridades sanitarias en sus sistemas electrónicos, lo que permite evitar el uso de recetarios físicos. Según un entrevistado:

“Cuando prescribo un opioide... el sistema SAP me saca en pantalla un formato con todos los datos, igual a lo que sería la hojita de control”. (Entrevista 247, Medellín - Antioquia).

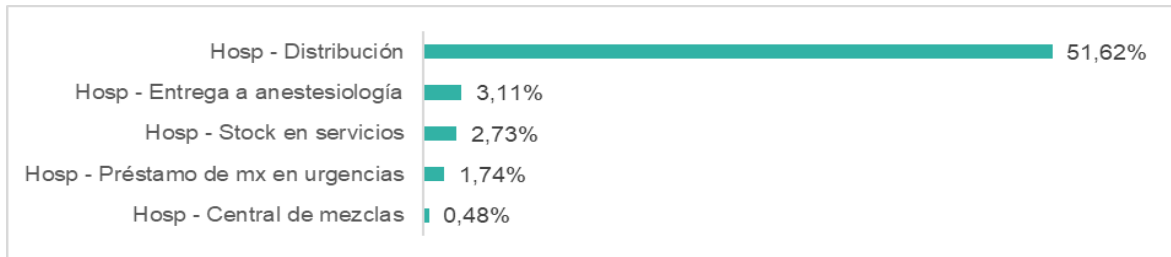
Gráfica 139. Modalidades de prescripción hospitalaria



Fuente: Construcción propia.

Una vez formulado el medicamento, se activa una serie de pasos administrativos, clínicos y logísticos representados en la Gráfica 140 que muestra los procedimientos institucionales que se surten tras la prescripción hospitalaria. Estos pasos se enmarcan en lo que la Resolución 1403 de 2007 define como distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos. En la práctica, los entrevistados describieron que estos procedimientos varían según el tipo de atención y la organización interna del hospital, pero en general implican validaciones por parte del servicio farmacéutico, asignación de turnos de entrega y registros sistemáticos para garantizar oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad en el suministro. De acuerdo con la gráfica, el procedimiento intrahospitalario más frecuente corresponde a la distribución de medicamentos, con 51,62% de las respuestas. En un segundo nivel se ubica la entrega a anestesiología, con 3,11%, seguida del stock en servicios, con 2,73%. Las categorías de menor frecuencia son el préstamo de medicamentos en urgencias, con 1,74%, y la central de mezclas, con 0,48%.

Gráfica 140. Procedimiento intrahospitalario.



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 141 refleja esta diversidad de prácticas de manejo en los servicios clínicos, incluyendo responsabilidades diferenciadas por área, como cuidados intensivos, hospitalización, cirugía y observación. De acuerdo con la gráfica, el manejo en servicios clínicos se realiza principalmente mediante la custodia de medicamentos por el jefe de enfermería, con 7,81% de las respuestas. En segundo lugar se encuentra el control de remanentes, con 2,58%, seguido de la entrega al auxiliar de enfermería, con 1,43%, y la adecuación por anestesiología, con 1,30%. Las categorías de menor frecuencia corresponden a la administración por el jefe de enfermería, con 0,51%, y las devoluciones, con 0,30%.

En varias instituciones, el medicamento es entregado directamente al personal de enfermería jefe o asistencial, según protocolos establecidos. En otros escenarios, como cirugía o anestesia, el personal médico prepara y administra directamente los opioides:

“Nosotros mismos lo preparamos, lo diluimos y lo usamos. Solo anestesiología”. (Entrevista 277, Arauca - Arauca).

Gráfica 141. Manejo en servicios clínicos.

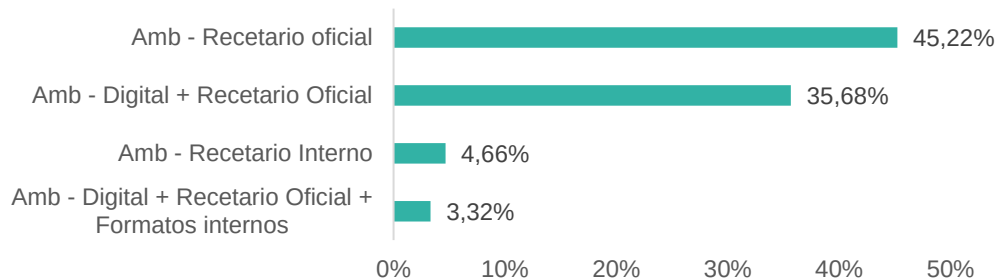


Fuente: Construcción propia.

Ruta ambulatoria: prescripción, autorización y dispensación

La Gráfica 142 recoge las modalidades de prescripción en el contexto ambulatorio. Aunque en algunos casos se utiliza exclusivamente el recetario oficial, otras instituciones permiten prescripción digital con impresión de formatos manuales o la entrega simultánea de dos documentos. De acuerdo con la gráfica, la prescripción ambulatoria mediante sistema digital y recetario oficial constituye la modalidad predominante, con 45,22% de las respuestas. En segundo lugar, se ubica la prescripción ambulatoria exclusivamente mediante recetario oficial, con 35,68%. Con una participación considerablemente menor se encuentra la prescripción mediante recetario interno, con 4,66%, seguida de la modalidad que combina sistema digital, recetario oficial y formatos internos, con 3,32%.

Gráfica 142. Modalidad de prescripción ambulatoria.



Fuente: Construcción propia.

Una vez emitida la prescripción, el paciente debe adelantar gestiones administrativas descritas en la Gráfica 143. La Gráfica muestra que la categoría con mayor frecuencia corresponde a Ambulatorio - Dispensación, con 56,71% de las respuestas. En segundo lugar, se ubica Ambulatorio - Autorización, con 25,64%, lo que representa aproximadamente la mitad del porcentaje registrado para la categoría predominante. Posteriormente se encuentra Ambulatorio - Historia clínica, con 4,66%, seguida de Ambulatorio - Gobernación, que presenta la menor frecuencia con 1,53%. Estos resultados evidencian una clara concentración de las respuestas en los procesos de dispensación y autorización, mientras que las demás categorías registran una participación considerablemente menor.

En Neiva, se reportó:

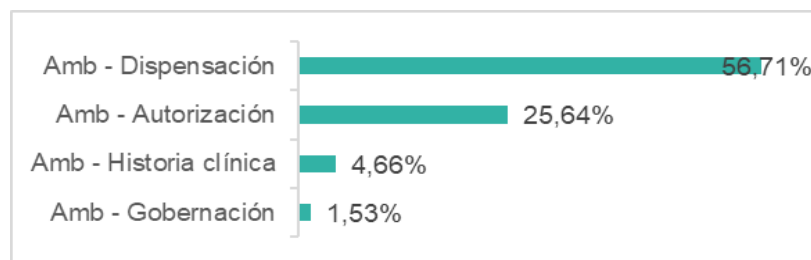
“Damos la fórmula y el paciente va a su EPS, donde lo demoran tres días en autorizar, y posteriormente lo reclaman”. (Entrevista 305, Villavicencio - Meta).

En algunos departamentos, se afirma que los pacientes deben acudir directamente a la Secretaría de Salud Departamental para obtener o comprar el medicamento formulado.

Los hallazgos cualitativos evidencian rutas estructuradas, pero altamente heterogéneas para la prescripción, entrega y administración de opioides

en el país. Las diferencias institucionales en cuanto al grado de digitalización, los formatos autorizados y los actores responsables en cada etapa reflejan una falta de estandarización que podría tener implicaciones en términos de acceso y seguridad. A pesar de que se identificaron prácticas de trazabilidad y control, varios entrevistados señalaron cuellos de botella y limitaciones en los tiempos de respuesta, especialmente en contextos de urgencia o atención ambulatoria. Estas variaciones deben ser consideradas al evaluar oportunidades de mejora en el acceso seguro a medicamentos opioides.

Gráfica 143. Procedimiento ambulatorio.



Fuente: Construcción propia.

En este apartado, el objetivo fue explorar la percepción del personal de salud sobre la nueva presentación de metadona solución oral 10 mg/mL en frasco de 120 mL, fabricada y distribuida por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) desde inicios de 2024. La indagación constituye, en la práctica, un ejercicio de evaluación orientado a determinar la funcionalidad de la formulación, su pertinencia clínica y la necesidad de eventuales ajustes técnicos o regulatorios.

La Gráfica 144 presenta la distribución de respuestas de los participantes frente a cinco aspectos evaluados sobre la formulación de metadona en solución oral. Los resultados muestran que, aunque en todos los ítems más de la mitad de los encuestados no expresó posición, se registraron porcentajes variables de acuerdo y desacuerdo según la característica analizada. El mayor consenso favorable se observó en la utilidad de la

forma farmacéutica (45,23% de acuerdo), seguido por la pertinencia de la indicación aprobada (44,68%) y la adecuación de la concentración (39,28%). La valoración positiva fue menor en el volumen del medicamento (31,75%) y en la posibilidad de uso en otras indicaciones (23,15%).

Forma farmacéutica (solución oral)

El 45,23% de los participantes estuvo de acuerdo en que la solución oral es útil en la práctica médica, mientras que un 2,72% manifestó desacuerdo y un 52,05% no expresó posición. Entre quienes respaldaron su utilidad, se destacó que esta presentación evita prácticas de desvío observadas con las tabletas.

Concentración (10 mg/mL)

La mayoría de entrevistados no tomó una posición definida sobre la concentración (53% Ns/Nr), mientras que entre quienes opinaron hubo más respuestas favorables (39% de acuerdo) que rechazo (7% en desacuerdo). Sin embargo, las voces cualitativas revelan preocupaciones clínicas importantes: varios profesionales advirtieron que:

"10 miligramos por mililitro es muy concentrado. (...) si uno requiere 5 o 10 miligramos, estaría hablando de la mitad de un centímetro (0,5 mL), que habría que diluir: "(...) no es la concentración habitual a la que estamos acostumbrados y eso podría generar problemas de mala interpretación (...) la persona que lo va a tomar o prescribir (...) podría indicar 5 centímetros y estaría erróneamente medicando al paciente con 50 miligramos de metadona, lo que le podría generar efectos colaterales. (...) me parece una concentración muy alta (...) y podría conllevar a mayor riesgo de efectos colaterales del paciente". (Entrevista 362, Cali – Valle del Cauca).

En paralelo, hubo quienes defendieron la equivalencia con la tableta y la factibilidad de uso:

"Sí, es equivalente a la tableta". (Entrevista 143, Tunja - Boyacá).

Volumen (120 mL)

Un 31,75% de los encuestados estimó adecuado el volumen, un 15,12% estuvo en desacuerdo y un 53,13% no opinó. Entre las valoraciones favorables, se destacó que este formato permite cubrir el tratamiento requerido. No obstante, el desacuerdo se asoció principalmente con percepciones de riesgo por la cantidad disponible, especialmente en pacientes ambulatorios, y con la dificultad que implica explicar el proceso de dilución a los pacientes.

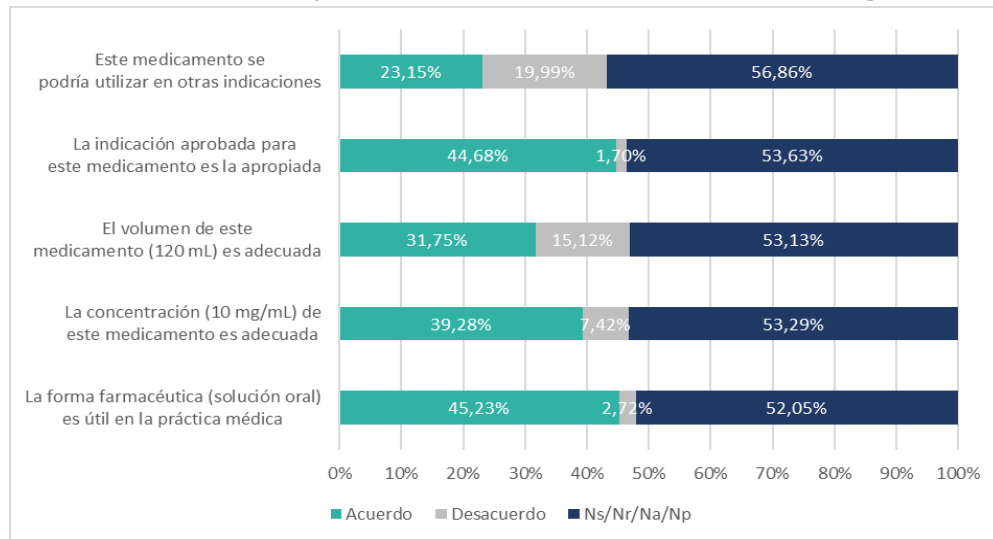
Indicación aprobada (desintoxicación de la adicción a opioides)

El 44,68% consideró que la indicación actual es apropiada, el 1,70% manifestó desacuerdo y el 53,63% no respondió. Entre las posturas favorables, se mencionó que: *"Sí, en las que están aprobadas en la literatura, porque la molécula sigue siendo activa". (Entrevista 158, Ubaté - Cundinamarca).*

Posible uso en otras indicaciones

El 23,15% apoyó su uso en otras indicaciones, el 19,99% estuvo en desacuerdo y el 56,86% no expresó posición. Las sugerencias de ampliación incluyeron dolor crónico y refractario: *"Pacientes con cánceres orofaríngeos, se podría hacer el manejo"* (Entrevista 356, Cali - Valle del Cauca).

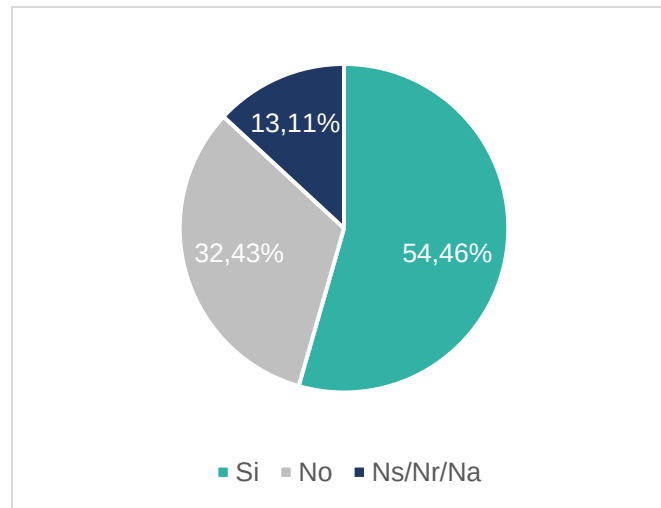
Gráfica 144. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.



Fuente: Construcción propia.

En este punto se evaluaron las consideraciones de los profesionales de la salud en cuanto a la disponibilidad de la Naloxona en forma de aerosol nasal en el país, pues en Colombia se cuenta únicamente con una regulación de la forma inyectable de Naloxona. En primer lugar, se le preguntó a los profesionales a cerca de la pertinencia de tener la presentación comercial de Naloxona aerosol nasal, los resultados obtenidos se presentan en la Gráfica 145. Se encuentra que el 54,46% de los profesionales asistenciales consideran que la Naloxona en aerosol nasal es una forma farmacéutica que hace falta en el país, mientras que el 32,43% no lo consideran así. El 13,11% de las respuestas se clasificó en Ns/Nr/Na.

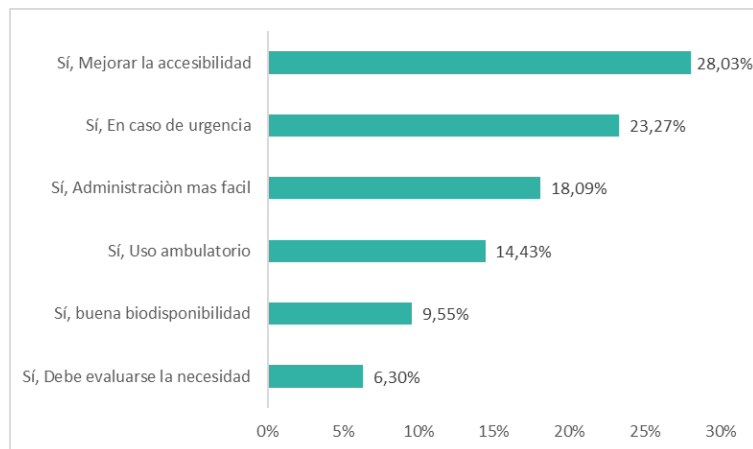
Gráfica 145. Falta de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en Colombia.



Fuente: Construcción propia.

En cuanto a las razones dadas para considerar que sí hace falta la presentación de Naloxona en aerosol nasal en Colombia (Gráfica 146) se tiene que el 28% de los profesionales con perfil asistencial consideran que dicha presentación mejora la accesibilidad. En las respuestas se resaltó el uso comunitario de la Naloxona y la reducción de riesgos y daños. Por otra parte, el 23,27% de los profesionales consideran que sería una presentación útil en caso de urgencias.

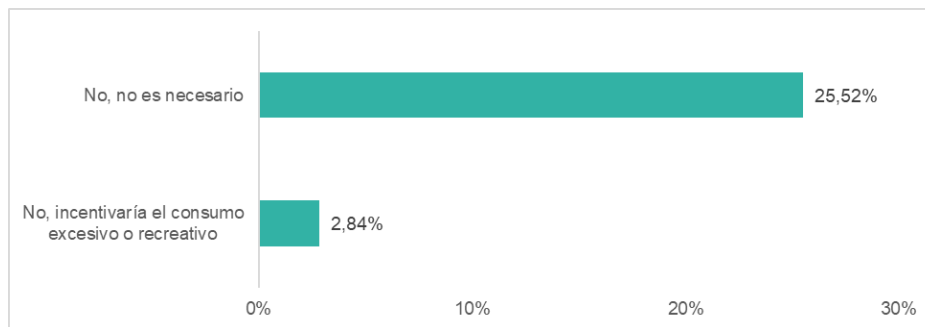
Gráfica 146. Motivos a favor de la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia



Fuente: Construcción propia.

Ahora bien, en cuanto a los motivos dados por los profesionales que consideran que no es necesario tener la presentación de Naloxona en aerosol nasal en el país (Gráfica 147) se encontraron 2 argumentos marcados: aquellos que consideran que con la presentación inyectable se cubren las necesidades en la atención (25,52%) y aquellos que consideran que la presentación de aerosol nasal incentivaría el consumo excesivo o recreativo (2,84%).

Gráfica 147. Motivos dados para no tener la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia

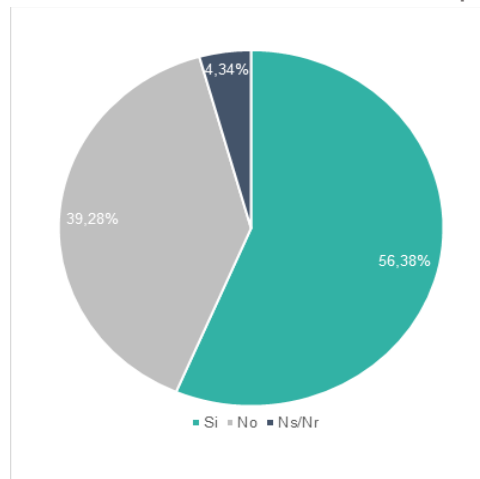


Fuente: Construcción propia.

Barreras de acceso

En relación con las dificultades en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides, las respuestas aportan la siguiente información (Gráfica 148): el 56,38% de los participantes declara que si ha enfrentado algún tipo de limitación en el acceso a medicamentos opioides, el 39,28% de las respuestas indicó que no ha tenido dificultades al respecto, y un 4,34% de las respuestas se ubica en la categoría Ns/Nr.

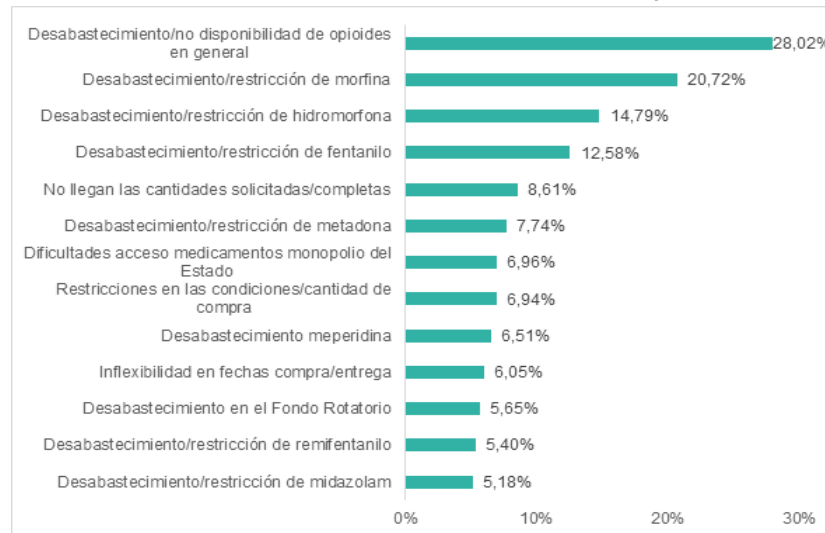
Gráfica 148. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?



Fuente: Construcción propia.

En algunas de las respuestas afirmativas reportadas en la gráfica anterior, se mencionaron las limitaciones frente al acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides (Gráfica 149): el 28,02% mencionó como principal limitante el desabastecimiento/no disponibilidad de opioides en general, el 20,72% señaló el desabastecimiento/restricción de morfina, el 14,79% indicó el desabastecimiento/restricción de hidromorfona, y el 12,58% mencionó el desabastecimiento/restricción de fentanilo. Por otro lado, el 8,61% de las respuestas indicó como limitante la circunstancia de que los proveedores no envían las cantidades solicitadas, el 7,74% mencionó el desabastecimiento/restricción de metadona, el 6,96% declaró dificultades en el acceso a medicamentos monopolio del Estado, y el 6,94% manifestó restricciones en las condiciones y cantidades de compra. Asimismo, el 6,51% de las respuestas mencionó el desabastecimiento de meperidina, el 6,05% indicó como limitante la inflexibilidad en las fechas de compra y entrega de los medicamentos, el 5,65% señaló el desabastecimiento en los fondos rotarios, el 5,40% manifestó como dificultad el desabastecimiento/restricción remifentanilo, y el 5,18% el desabastecimiento/restricción de midazolam.

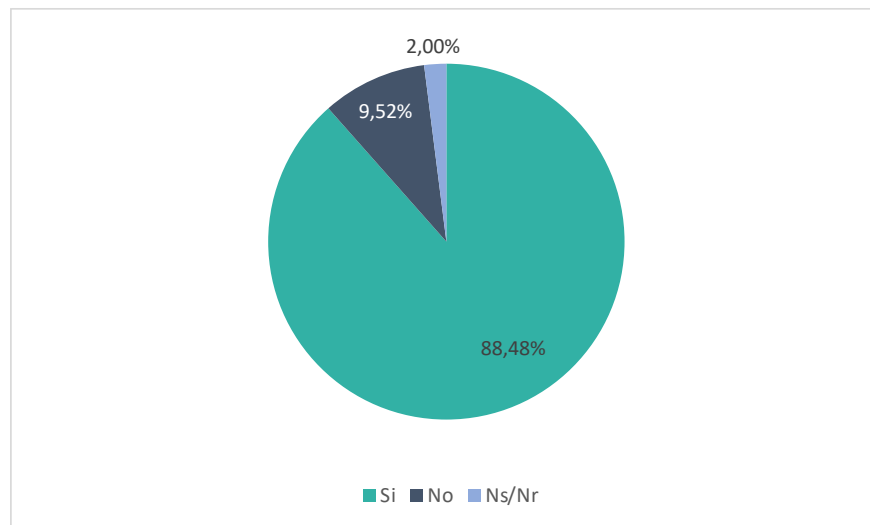
Gráfica 149. Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

A fin de conocer la opinión de los profesionales del servicio farmacéutico sobre la oferta de medicamentos opioides de la institución, se consultó su consideración sobre la disponibilidad de estos medicamentos en la institución. De acuerdo con la Gráfica 150 el 88,48% del personal del servicio farmacéutico manifestó que si considera suficientes los medicamentos disponibles, mientras el 9.52% considera que no son suficientes. El 2,00% de las respuestas se ubicó en la categoría Ns/Nr.

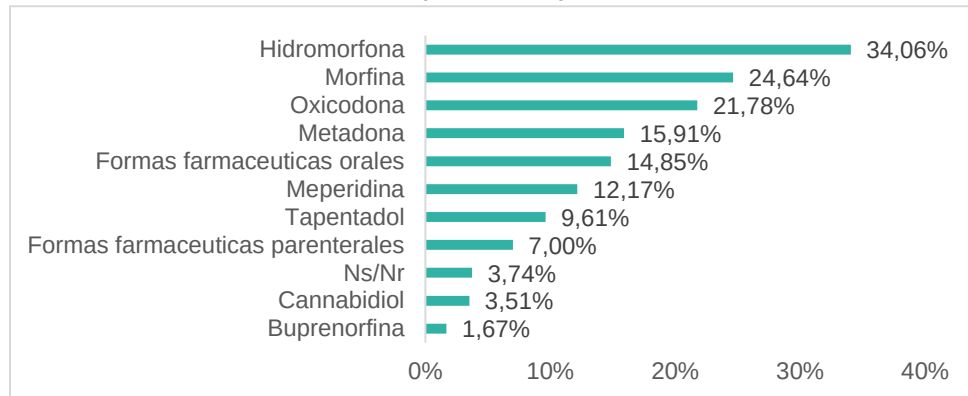
Gráfica 150. Suficiencia de los medicamentos opioides disponibles en la institución



Fuente: Construcción propia.

Frente a los medicamentos opioides que se considera hacen falta en la institución, los resultados obtenidos pueden ser observados en la Gráfica 151. El medicamento que con mayor frecuencia se considera necesario incorporar en las instituciones es la hidromorfona, mencionada por el 34,06% de los participantes. Le siguen la morfina (24,64%), la oxicodona (21,78%) y la metadona (15,91%). En un segundo nivel de frecuencia se ubican las formas farmacéuticas orales (14,85%), la meperidina (12,17%), el tapentadol (9,61%) y las formas farmacéuticas parenterales (7,00%). Finalmente, las categorías con menor proporción de respuestas corresponden a Ns/Nr (3,74%), cannabidiol (3,51%) y buprenorfina (1,67%). Estos resultados muestran que las principales necesidades se concentran en la disponibilidad de opioides como hidromorfona, morfina y oxicodona, mientras que otros medicamentos o presentaciones fueron señalados con menor frecuencia.

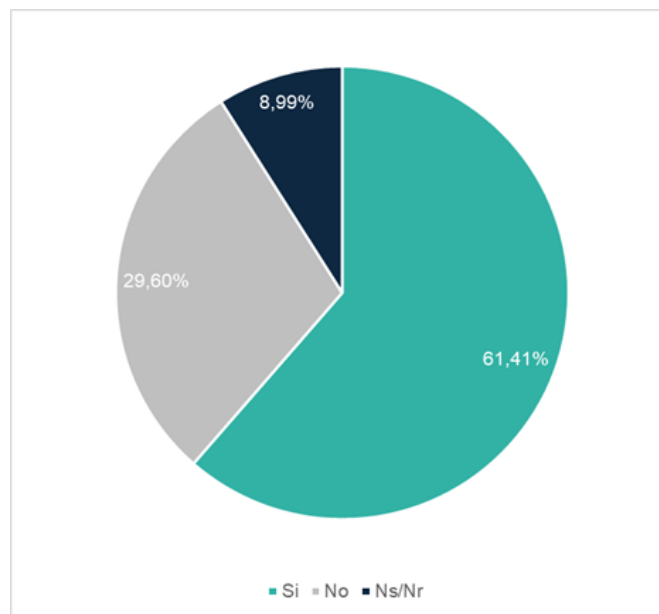
Gráfica 151. Medicamentos opioides que hacen falta en la institución



Fuente: Construcción propia.

Se consultó a los profesionales del servicio farmacéutico su consideración sobre las presentaciones de medicamentos opioides en el país, a fin de identificar carencias o necesidades en la oferta de presentaciones o principios activos dentro de las instituciones. De acuerdo con las respuestas recibidas (Gráfica 152), el 61,41% de los profesionales entrevistados considera que las presentaciones de medicamentos opioides son las necesarias y adecuadas para las intervenciones o usos requeridos. Por otra parte, un 29,60% de las respuestas indican que dichas presentaciones no sean las adecuadas y/o necesarias en el país. El 8,99% se clasificó en Ns/Nr.

Gráfica 152. Consideración sobre la adecuada presentación para las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones

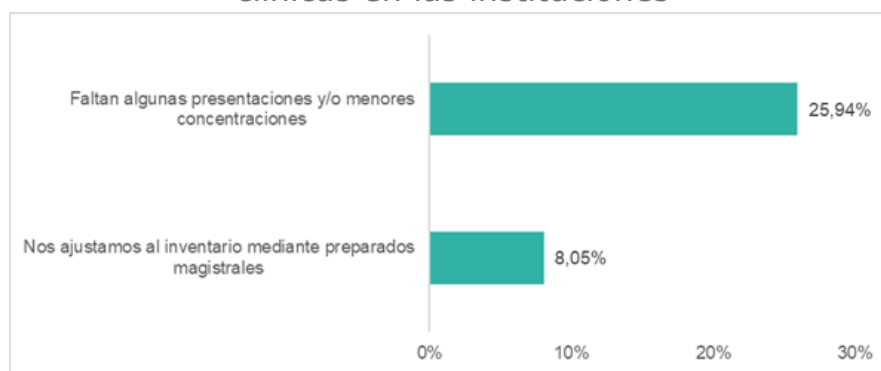


Fuente: Construcción propia.

Como se observa en la Gráfica 153, las respuestas de algunos de los entrevistados que consideraron que las presentaciones de los medicamentos opioides en Colombia no eran las adecuadas y/o suficientes, plantearon razones adicionales o complementos de sus respuestas, las cuales fueron agrupadas en dos categorías. El 25,94% manifestó que hoy en Colombia hacen falta algunas presentaciones y/o concentraciones menores, porque una vez abiertos los medicamentos para su administración, principalmente inyectables, quedan remanentes o sobrantes que no pueden ser utilizados o al menos deben ser desechados por políticas de las instituciones. Un segundo grupo representado en el 8,05% de las respuestas, considera que al no haber presentaciones adecuadas debe ajustar su inventario mediante

preparaciones magistrales con el fin de dar respuestas a las necesidades presentadas en las instituciones.

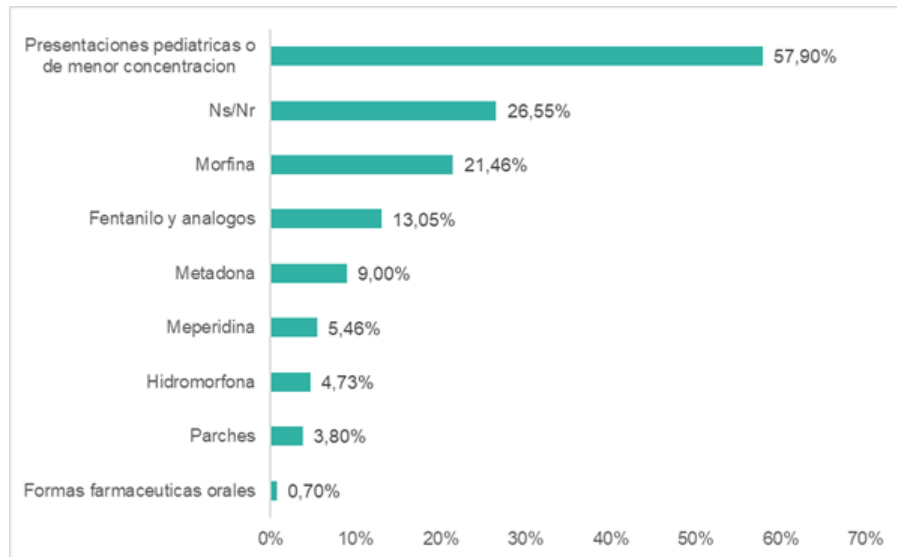
Gráfica 153. Argumentos sobre la falta de presentaciones adecuadas para suplir las necesidades de medicamentos opioides en las prácticas clínicas en las instituciones



Fuente: Construcción propia.

Frente a las presentaciones de medicamentos opioides que hacen falta en el país, los resultados obtenidos pueden ser observados en la Gráfica 154. La presentación o principio activo que con mayor frecuencia consideran los profesionales del servicio farmacéutico que hace falta en el mercado colombiano corresponde a las presentaciones pediátricas o de menor concentración, con 57,90% de las respuestas. En segundo lugar se ubica la categoría Ns/Nr, con 26,55%, seguida de la morfina, con 21,46%. Posteriormente se mencionan el fentanilo y sus análogos (13,05%), la metadona (9,00%), la meperidina (5,46%), la hidromorfona (4,73%) y los parches (3,80%). Finalmente, la categoría con menor frecuencia corresponde a las formas farmacéuticas orales, con 0,70%. Los resultados evidencian que la principal necesidad identificada se concentra en la disponibilidad de presentaciones pediátricas o de menor concentración, muy por encima de los demás principios activos o formas farmacéuticas mencionadas.

Gráfica 154. Presentaciones y/o principios activos que consideran los profesionales del servicio farmacéutico hacen falta en el mercado colombiano

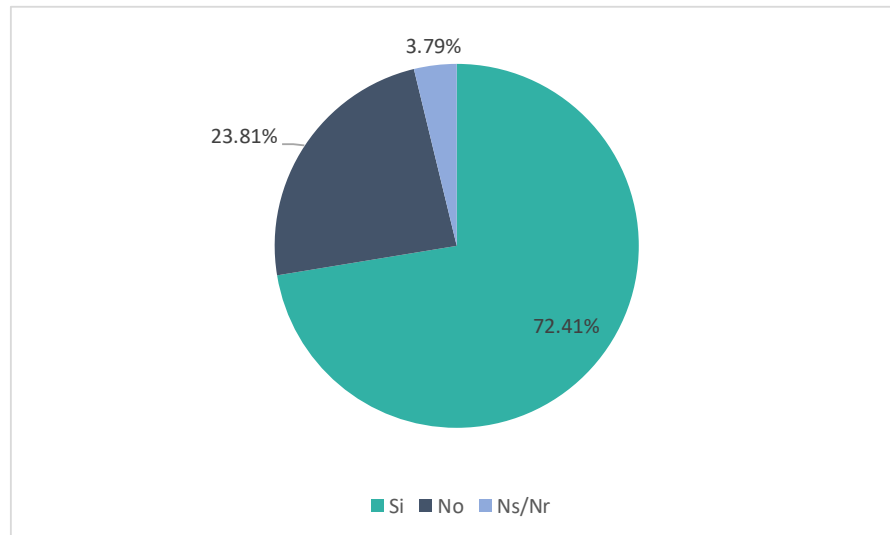


Fuente: Construcción propia.

Con el fin de identificar carencias en la oferta de medicamentos opioides en las instituciones, se le preguntó a los profesionales del servicio médico su consideración sobre la suficiencia de estos medicamentos en la institución. En la Gráfica 155 se evidencian los resultados obtenidos.

El 72,41% de las respuestas de los profesionales indicó que la oferta de medicamentos opioides disponibles en la institución es suficiente. En contraste, el 23,81% consideró que la disponibilidad de estos medicamentos no es suficiente para atender las necesidades institucionales. Finalmente, el 3,79% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 155. Consideración de los profesionales médicos sobre la suficiencia de medicamentos opioides disponibles en la institución.



Fuente: Construcción propia.

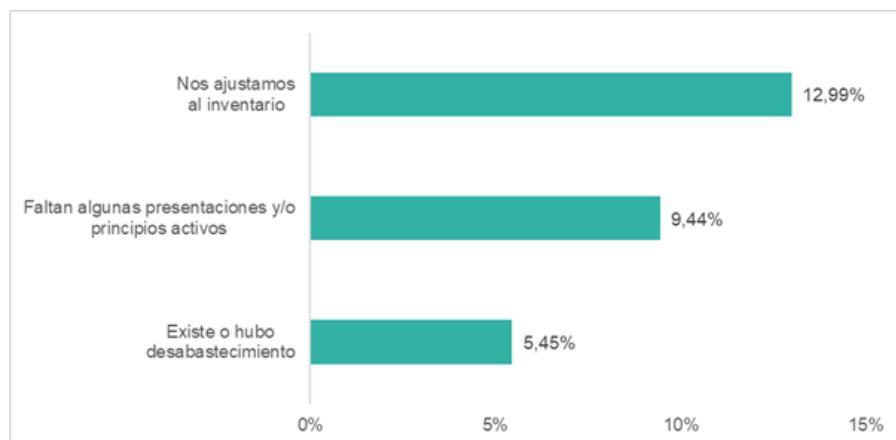
Las respuestas de algunos de los entrevistados que consideraron que los medicamentos opioides disponibles en la institución no son suficientes, manifestaron argumentos adicionales o complementarios de sus respuestas y se pueden observar en la Gráfica 156.

El 12,99% manifestó que a pesar de que los medicamentos opioides disponibles no son suficientes, los profesionales médicos se ajustan al inventario y utilizan los medicamentos disponibles en la farmacia. En algunas de las respuestas se evidencia que la justificación de la insuficiencia de los medicamentos está relacionada con el nivel de la institución, ya que aclararon que en niveles más bajos cuentan solo con “lo básico”, refiriéndose principalmente a la morfina en presentación de solución inyectable.

Un argumento adicional presentado para la pregunta en cuestión, fue la ratificación de la insuficiencia de medicamentos opioides. En tal sentido, el 9,44% de las respuestas consideraron que deberían existir otras

presentaciones, otros principios activos o medicamentos que aún no existen en el país pero que si son ampliamente utilizados a nivel internacional. Finalmente, algunas respuestas señalaron el desabastecimiento de determinados medicamentos como un factor que limita su disponibilidad. En esta categoría, el 5,45% de los profesionales médicos entrevistados consideró que la oferta de medicamentos opioides en sus instituciones es insuficiente, atribuyendo esta situación principalmente a problemas de desabastecimiento a nivel nacional.

Gráfica 156. Consideraciones sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en las instituciones



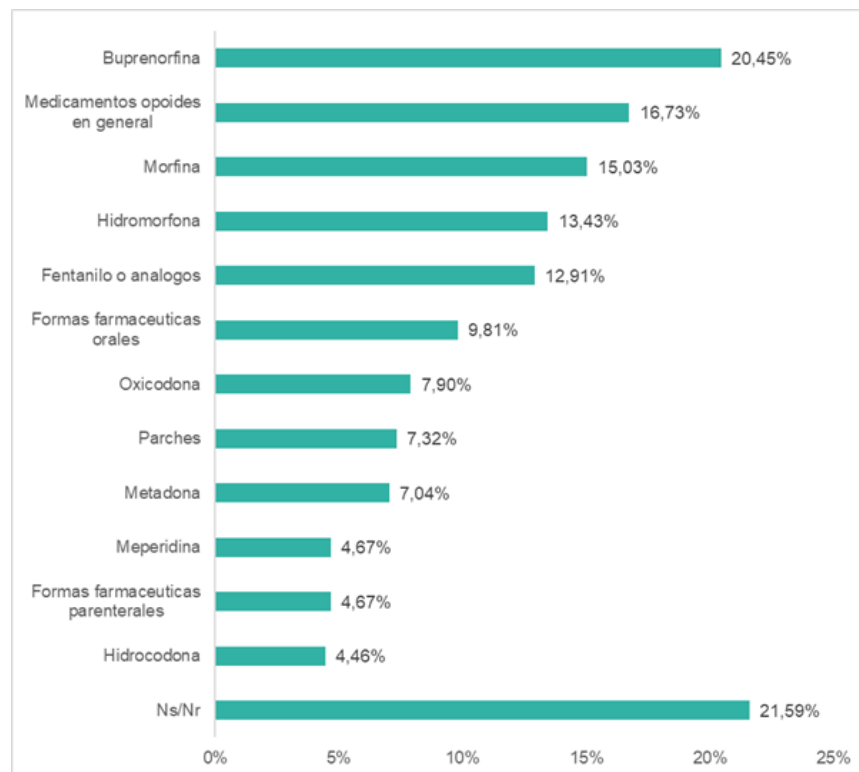
Fuente: Construcción propia.

A los entrevistados que señalaron que los medicamentos opioides disponibles en la institución no eran suficientes, se les preguntó específicamente por aquellos que reconocen la necesidad de contar con más opciones. Los resultados se presentan en la Gráfica 157, en la cual se clasifican los medicamentos nombrados por principios activos y por forma farmacéutica, de acuerdo con las respuestas ofrecidas por los entrevistados.

De acuerdo con la gráfica, la categoría con mayor frecuencia corresponde a Ns/Nr, con 21,59% de las respuestas. Entre los medicamentos y

presentaciones identificados por los profesionales médicos como faltantes en las instituciones, la buprenorfina ocupa el primer lugar con 20,45%, seguida de la categoría medicamentos opioides en general (16,73%), la morfina (15,03%), la hidromorfona (13,43%) y el fentanilo o sus análogos (12,91%). En un segundo nivel de frecuencia se encuentran las formas farmacéuticas orales (9,81%), la oxicodona (7,90%), los parches (7,32%) y la metadona (7,04%). Finalmente, las categorías con menor proporción de respuestas corresponden a la meperidina y las formas farmacéuticas parenterales, ambas con 4,67%, seguidas de la hidrocodona, con 4,46%. Estos resultados evidencian que, además de la ausencia de respuesta en una proporción importante de los participantes, las principales necesidades identificadas se concentran en la disponibilidad de buprenorfina, morfina, hidromorfona y fentanilo o sus análogos.

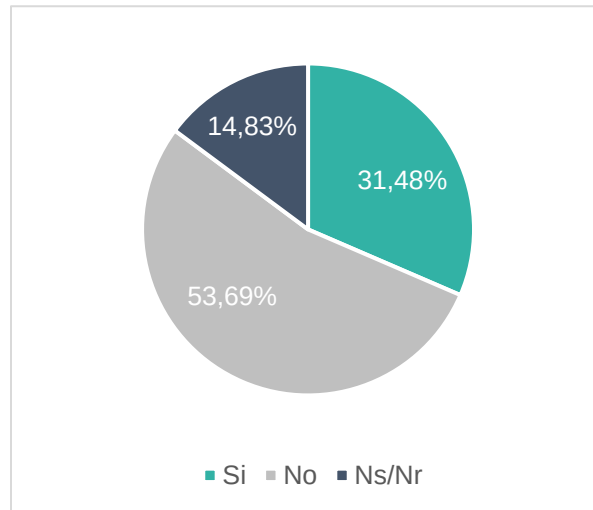
Gráfica 157. Listado de medicamentos opioides y sus formas farmacéuticas que los profesionales médicos consideran hacen falta en las instituciones



Fuente: Construcción propia.

Al entrevistar al personal médico y de enfermería sobre las limitaciones o barreras de acceso para que los pacientes accedan a medicamentos opioides los resultados fueron los siguientes: El 31,48% de los entrevistados manifestó haber identificado barreras de acceso a medicamentos opioides, mientras que el 53,69% señaló no haberlas encontrado y un 14,83% no respondió o no sabía, como se evidencia en la gráfica 158.

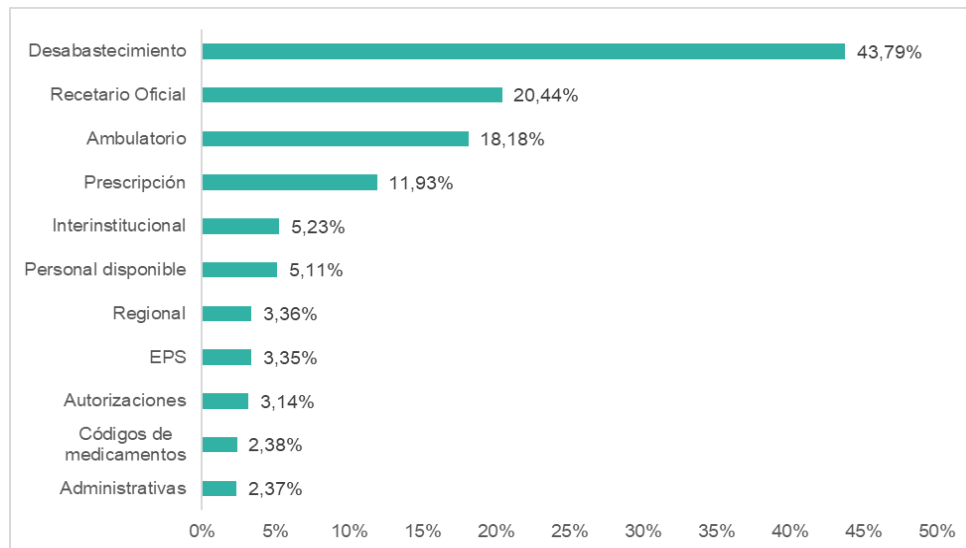
Gráfica 158. Presencia de barreras de acceso.



Fuente: Construcción propia.

Las limitaciones identificadas se clasifican en la Gráfica 159 e incluyen el desabastecimiento (43,79%), las restricciones derivadas del uso obligatorio de recetario oficial (20,44%) y las dificultades en el contexto ambulatorio (18,18%), seguidas por problemas asociados a la prescripción (11,93%), coordinación interinstitucional (5,23%), disponibilidad de personal (5,11%), limitaciones regionales (3,36%), trámites con EPS (3,35%), autorizaciones (3,14%), inconsistencias en códigos de medicamentos (2,38%) y barreras administrativas (2,37%).

Gráfica 159. Barreras de acceso identificadas



Fuente: Construcción propia.

Sección 7. Educación y capacitación al talento humano en salud

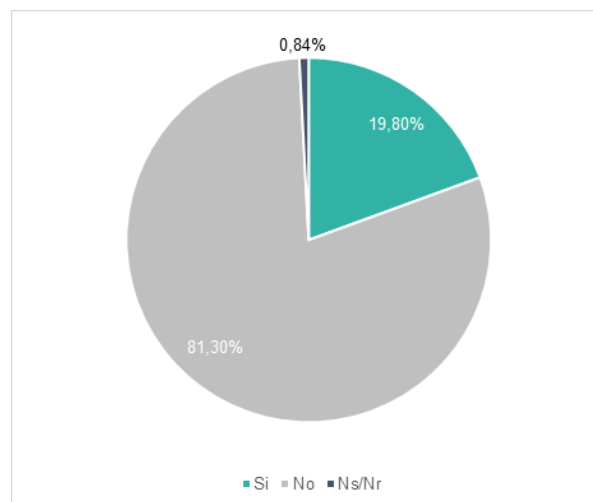
Educación al Personal de Salud

Frente a la pregunta realizada al personal de calidad sobre el estándar y suficiencia de la información ofrecida por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides, los resultados obtenidos son los siguientes (Gráfica 160): el 81,30% de las respuestas indicaron que no reconocen como óptima y suficiente la información ofrecida, el 19,80% de las respuestas considera que si es óptima y suficiente la información divulgada, y el 0,84% correspondió a la categoría Ns/Nr. Algunas declaraciones señalan la falta de información precisa por parte de los entes de control acerca de las características de los medicamentos

opioides, por ejemplo en términos de presentación o variaciones en dicho aspecto.

Algunas entrevistas indican la ausencia de orientación de parte de los entes de control en temas relacionados con los protocolos de preparación y administración de medicamentos opioides. Por otro lado, varios participantes reconocen la calidad de la información recibida y valoran las estrategias de divulgación, aunque también hacen recomendaciones para mejorar los procesos informativos en cuanto a medicamentos opioides.

Gráfica 160. Suficiencia y optimización de la información divulgada por los entes de control sobre medicamentos opioides

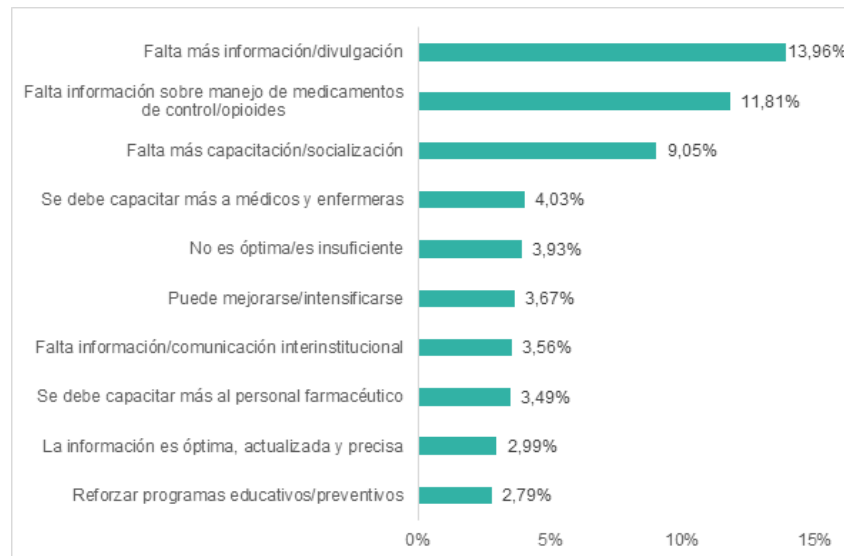


Fuente: Construcción propia.

Asimismo, algunas respuestas incluyeron argumentos por las cuales los participantes consideraban suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides. Las principales razones expresadas fueron las siguientes (Gráfica 161): el 13,96% de las menciones considera que falta en general más información, el 11,81% señala que falta más divulgación sobre manejo de medicamentos de control/opioides en particular, y el 9,05% indicó que falta más capacitación/socialización sobre el tema. Por su

parte, el 4,03% de las menciones declaró que se debe capacitar más sobre el tema al personal de medicina y enfermería, el 3,93% consideró que la información divulgada por los entes de control no es óptima y es insuficiente, el 3,67% indicó que la información sobre medicamentos opioides puede mejorarse, y el 3,49% señaló que debe capacitarse más al personal farmacéutico. Finalmente, el 2,99% de las menciones afirmó que la información divulgada por los entes de control es óptima, actualizada y precisa, y el 2,79% recomendó reforzar programas educativos y preventivos.

Gráfica 161. Razones por las cuales se considera suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides

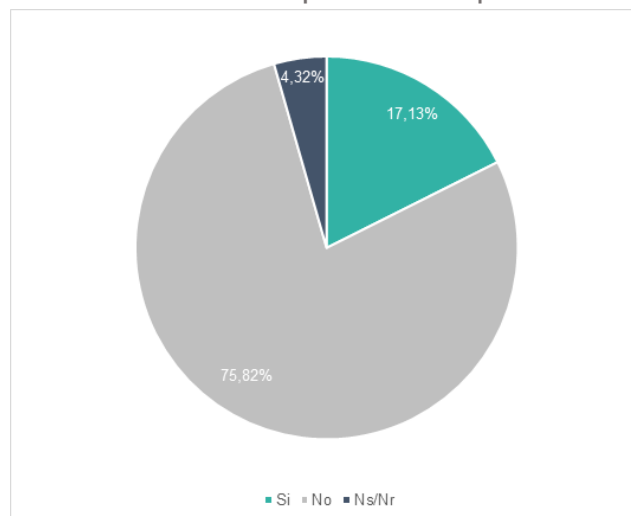


Fuente: Construcción propia.

A continuación, se describen los resultados sobre la suficiencia o insuficiencia de la formación universitaria de pregrado recibida por los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides (Gráfica 162): el 75,82% de las respuestas declaró que no considera suficiente la formación en uso de medicamentos opioides en los

programas de pregrado en el área de la salud, el 17,13% afirmó que si es suficiente la educación recibida, y el 4,32% correspondió a la categoría Ns/Nr.

Gráfica 162. Suficiencia de la educación universitaria en pregrado sobre el uso de medicamentos opioides en profesionales de la salud

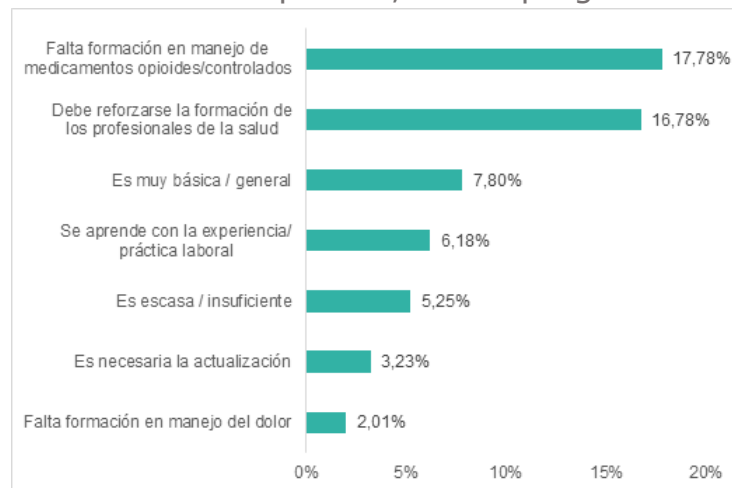


Fuente: Construcción propia.

Por otra parte, algunas de las respuestas expresaron información complementaria acerca de las razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud, respecto al uso de medicamentos opioides en los programas de pregrado. A continuación, se describen los resultados (Gráfica 163): el 17,78% de las menciones considera que hace falta formación en el manejo de medicamentos opioides y controlados, y el 16,78% indica que debe reforzarse la formación de los profesionales de la salud. Asimismo, el 7,80% de las menciones considera que la educación es muy básica y general, el 6,18% señala que se aprende con la experiencia y la práctica laboral, y el 5,25% considera que la educación es escasa e insuficiente. Finalmente, el 3,23% de las menciones indica que es necesaria la

actualización de los programas de pregrado, y el 2,01% señala que falta formación en manejo del dolor.

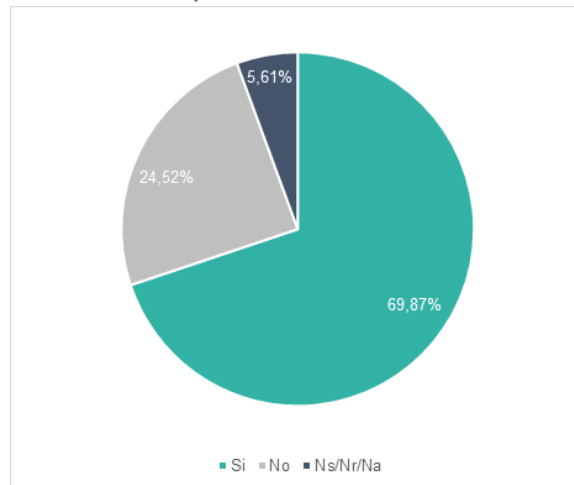
Gráfica 163. Razones por las cuales consideran insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado



Fuente: Construcción propia.

Se buscó identificar si las IPS realizan capacitaciones acerca de la prescripción de medicamentos en general y medicamentos de control especial. Como se ilustra en la Gráfica 164, en más de dos tercios de las IPS si se llevan a cabo capacitaciones (69,87%) relacionadas con medicamentos y medicamentos controlados. El 24,52% de los participantes respondió negativamente y el 5,61% se ubicó en la categoría Ns/Nr.

Gráfica 164. IPS en donde se llevan a cabo capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados

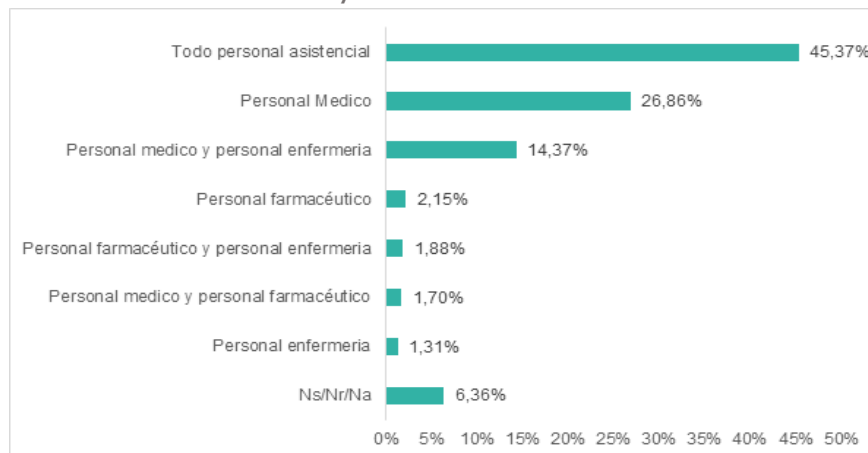


Fuente: Construcción propia.

Se solicitó al personal del servicio farmacéutico entrevistado especificar, en caso de realizar capacitaciones en su IPS, qué profesionales las reciben y con qué frecuencia o regularidad las realizan.

En este aspecto la respuesta más frecuente, como se ilustra en la Gráfica 165, fue que las capacitaciones se dirigen a todo el personal de la IPS (45,37%). En segundo lugar, se focaliza en el personal médico (26,86%), y en tercer lugar en el personal médico y de enfermería (14,37%). Las capacitaciones focalizadas en el personal farmacéutico son menos frecuentes, exclusiva para este tipo de personal solo en el 2,15% de las respuestas, y porcentajes inferiores al 2% en conjunto con enfermería o personal médico. El 6,36% de las respuestas se ubicó en Ns/Nr/Na.

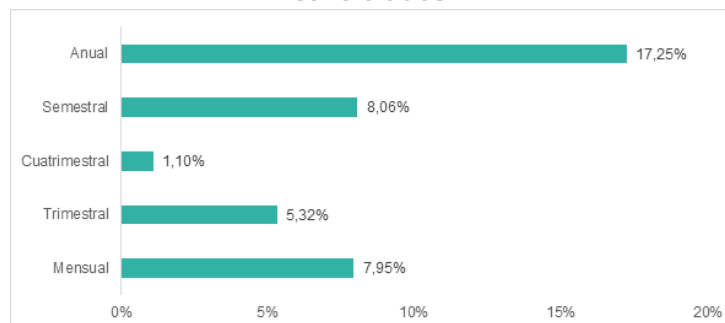
Gráfica 165. Personal al que van dirigidas las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados



Fuente: Construcción propia.

Respecto a la regularidad de las capacitaciones (Gráfica 166), se reportan con más frecuencia las más espaciadas en el tiempo, es decir anuales (17,25%) o semestrales (8,06%). Existe un grupo importante de instituciones en las que se mencionan las capacitaciones mensuales, tercera categoría en importancia con el 7,95%.

Gráfica 166. Regularidad de las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.

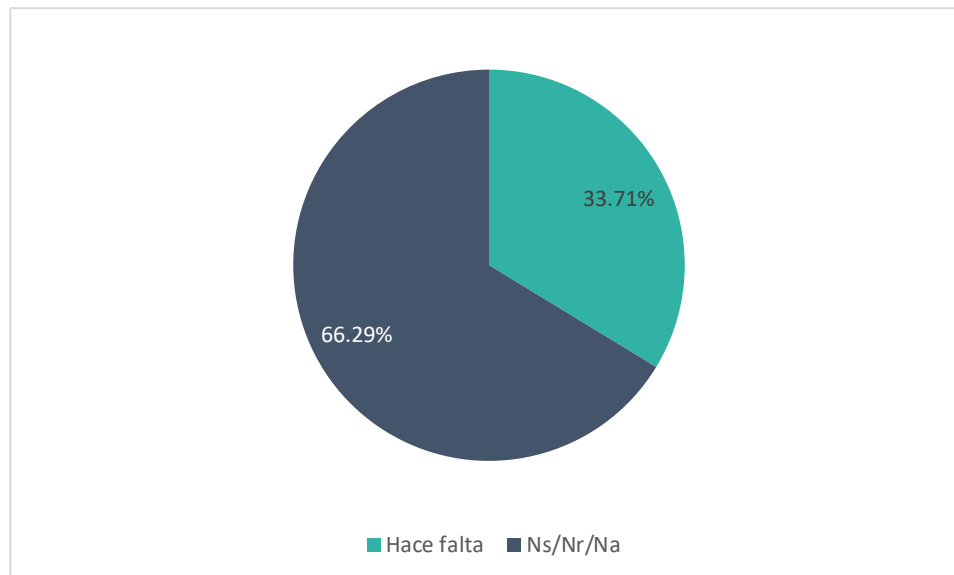


Fuente: Construcción propia.

Como se puede observar en la Gráfica 167, se preguntó a las personas que reportaron la no realización de capacitaciones sobre medicamentos

en las IPS donde trabajan, si consideran importante realizarlas. Se encontró que la mayoría de las respuestas (66,29%) se clasificó en la categoría Ns/Nr/Na. Por su parte, el 33,71% de los participantes considera que si es necesario realizarlas.

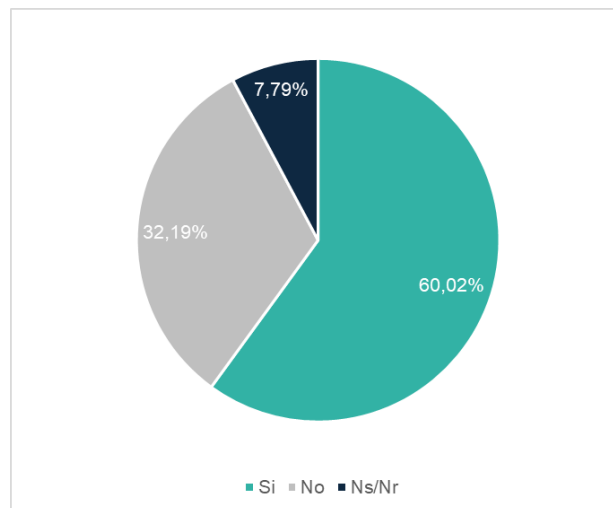
Gráfica 167. Personal de farmacia que considera o no que hace falta realizar capacitaciones en instituciones que no las realizan



Fuente: Construcción propia.

En relación con la capacitación impartida en las instituciones al personal del servicio farmacéutico sobre el manejo de medicamentos opioides, los resultados presentados en la Gráfica 168 muestran que, aunque el 60,02% de esta población recibe formación, un 32,19% significativo no accede a ella. Esta situación evidencia una posible brecha en la formación continua que podría repercutir en la calidad del servicio. El 7,79% restante corresponde a la categoría Ns/Nr.

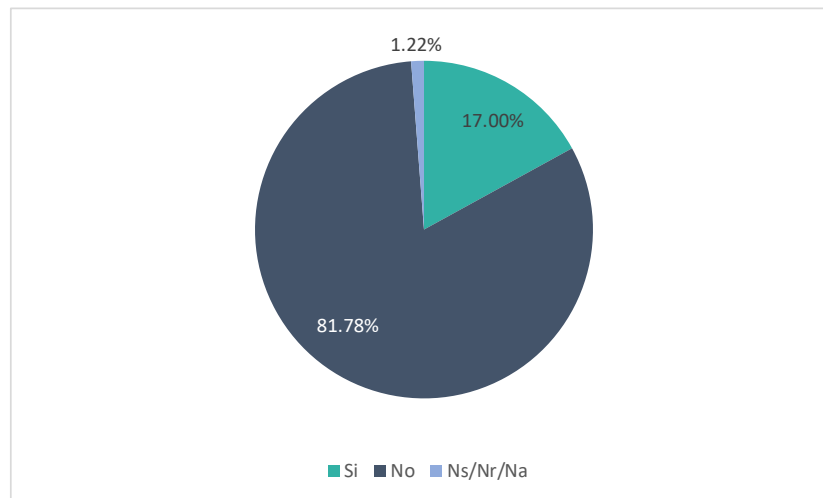
Gráfica 168. Realización de capacitaciones institucionales sobre el manejo de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

Para establecer la percepción de los profesionales médicos sobre la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides, se les consultó acerca de la suficiencia de dicha información (Gráfica 169). El 81,78% manifestó que no es óptima ni suficiente, el 17,00% consideró que sí lo es, y el 1,22% restante se ubicó en la categoría Ns/Nr/Na.

Gráfica 169. Suficiencia y optimización de la información divulgada por los entes de control sobre opioides

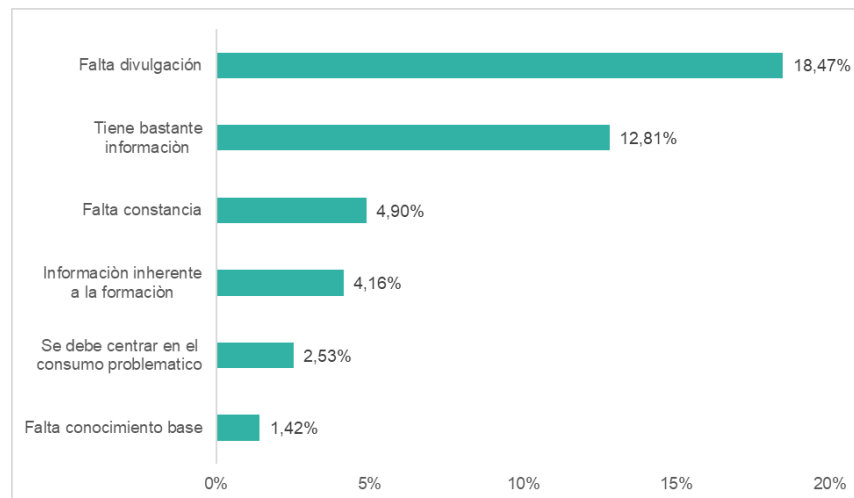


Fuente: Construcción propia.

Las descripciones complementarias aportadas por los profesionales médicos fueron clasificadas de acuerdo con su respuesta inicial. En el caso de quienes consideraron óptima y suficiente la información divulgada, los complementos se organizaron en los grupos presentados en la Gráfica 170.

Se puede observar que el 18,47% de las respuestas de los profesionales manifestó que falta divulgación, un 12,81% considera que hay suficiente información, y un 4,90% de las respuestas considera que hace falta constancia en la divulgación. El 4,16% manifestó que la información debe ser inherente a la formación y un 2,53% considera que la información se debe centrar en el consumo problemático. El 1,42% considera que falta conocimiento base.

Gráfica 170. Complementos de respuestas afirmativas que cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides

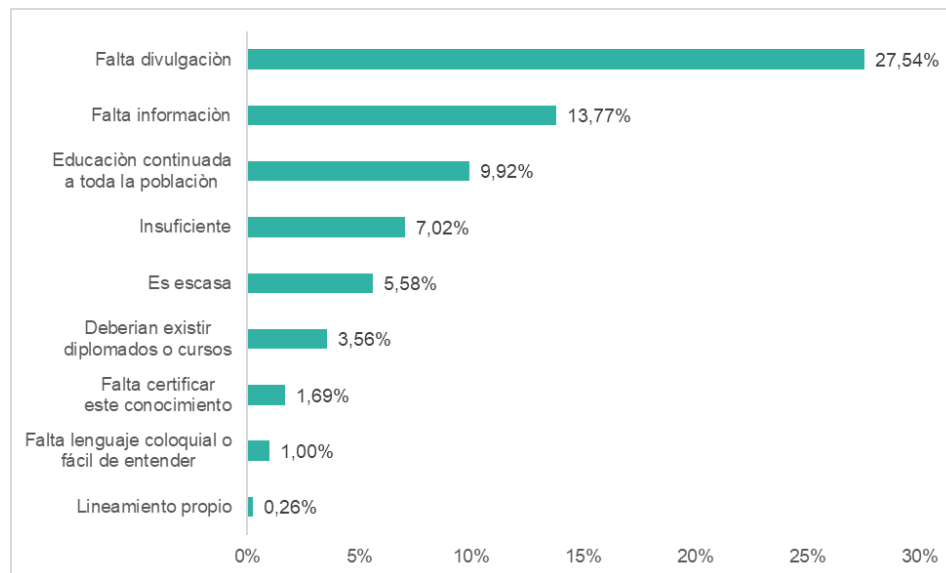


Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 171 muestra los resultados de las respuestas complementarias de los profesionales médicos que manifestaron que no es óptima ni suficiente la información divulgada.

El 27,54% de las respuestas de los profesionales manifestó que no es suficiente y falta divulgación, un 13,77% considera que falta información, y un 9,92% de las respuestas considera que se debe hacer educación continuada para toda la población. El 7,02% de las respuestas manifestó que es insuficiente, el 5,58% manifiesta que es escasa y el 3,56% de las respuestas considera que deberían existir diplomados o cursos para que esta información sea divulgada.

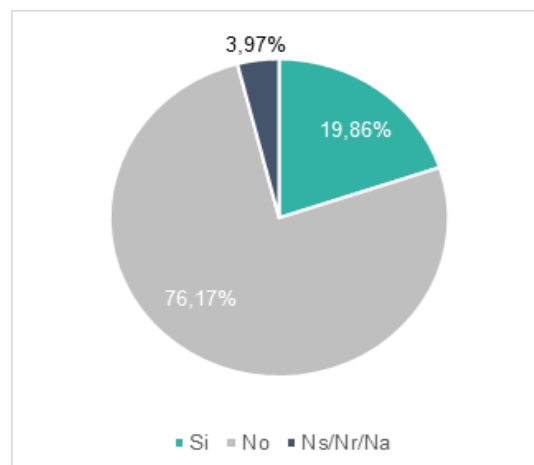
Gráfica 171. Complementos de respuestas negativas que consideran que no es óptima ni suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

La gráfica 172 muestra que la mayoría de los profesionales considera que la educación universitaria sobre el uso de medicamentos opioides en los programas de pregrado no es suficiente, categoría que concentra el 76,17% de las respuestas. En segundo lugar, el 19,86% manifestó que la formación impartida sí es suficiente. Finalmente, el 3,97% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr/Na. Los resultados evidencian una percepción ampliamente mayoritaria de insuficiencia en la formación de pregrado relacionada con el uso de medicamentos opioides entre los profesionales de la salud.

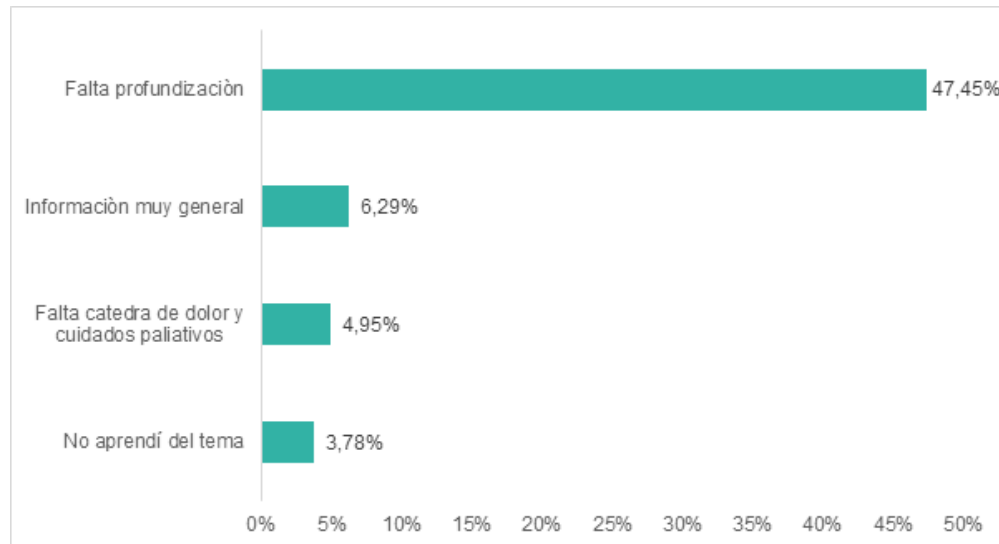
Gráfica 172. Suficiencia de la educación universitaria en pregrado sobre el uso de medicamentos opioides



Fuente: Construcción propia.

En las respuestas que identifican esas insuficiencias se encontró información que especifica las razones, las cuales se referencian en la Gráfica 173. La mención más importante es la relacionada con el bajo grado de profundización sobre el tema que se recibe en la educación universitaria (47,45%). Otras categorías que se identificaron al respecto son las de presentar información muy general (6,29%), falta de cátedra más específica sobre manejo de dolor y cuidados paliativos (4,95%) y que no se logró aprendizaje sobre el tema en la universidad (3,78%).

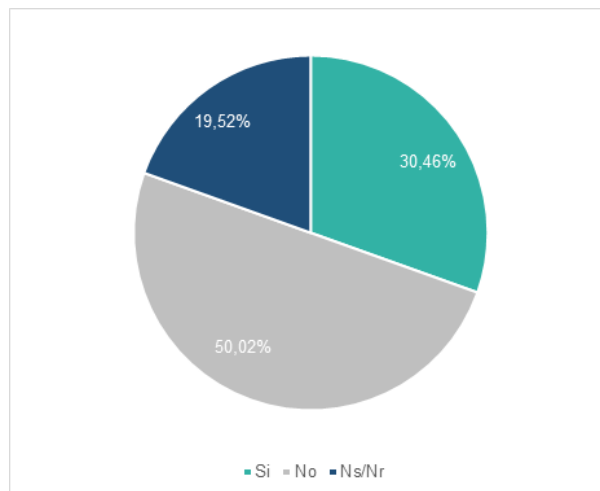
Gráfica 173. Razones por las cuales se identifica como insuficiente la educación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.



Fuente: Construcción propia.

La gráfica 174 evidencia que la mitad de los profesionales entrevistados (50,02%) manifestó no haber recibido formación o capacitación relacionada con la prescripción de medicamentos de control especial. En contraste, el 30,46% indicó haber recibido este tipo de formación, mientras que el 19,52% de las respuestas correspondió a la categoría Ns/Nr. En términos generales, los resultados muestran que la ausencia de capacitación en esta temática predomina entre los profesionales participantes.

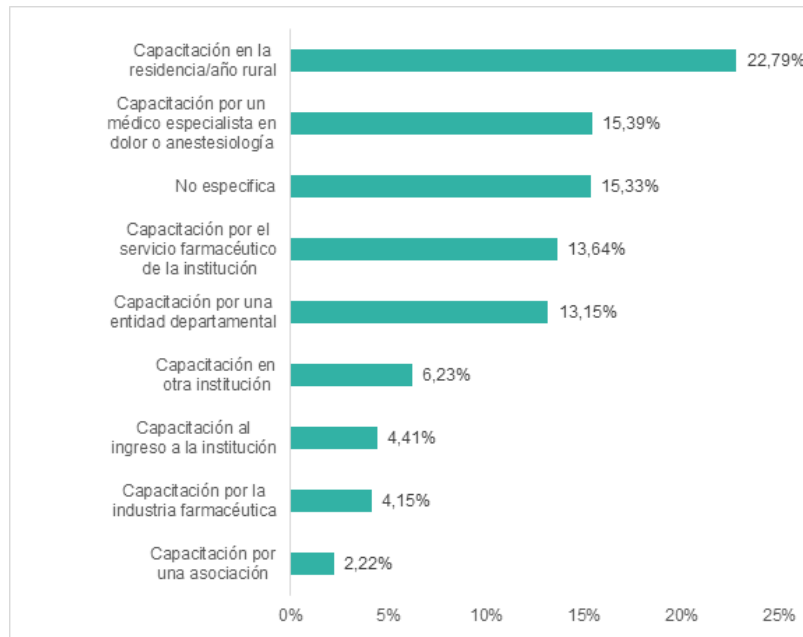
Gráfica 174. Formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.



Fuente: Construcción propia.

La Gráfica 175 evidencia que el tipo de formación o capacitación más frecuente respecto a la prescripción de medicamentos de control especial corresponde a la capacitación en la residencia y/o en el ámbito rural, mencionada por el 22,79% de los profesionales. En segundo lugar, se ubica la capacitación impartida por un médico especialista en dolor o anestesiología, con 15,39%, seguida de la categoría no específica, con 15,33%. Posteriormente se encuentran la capacitación brindada por el servicio farmacéutico de la institución (13,64%) y la capacitación ofrecida por una entidad departamental (13,15%). Con menor frecuencia se mencionan la capacitación en otra institución (6,23%), la capacitación al ingreso a la institución (4,41%), la capacitación proporcionada por la industria farmacéutica (4,15%) y, finalmente, la capacitación impartida por una asociación, con 2,22% de las respuestas. Estos resultados muestran que la formación sobre la prescripción de medicamentos de control especial se concentra principalmente en escenarios de formación clínica y de práctica profesional, mientras que las modalidades institucionales y externas presentan una menor participación.

Gráfica 175. Tipos de formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial



Fuente: Construcción propia.



Anexo 5

Documento Metodológico de Uso Clínico

Tabla de contenido

1. Sobre la muestra y el marco muestral	4
2. Sobre la estructura del informe.....	7
3. Codificación de las respuestas.....	10
4. Descripción de las respuestas y elaboración de los informes descriptivos extensos	12
5. Nota sobre el cálculo de porcentajes y su alcance.....	13
6. Resumen de los criterios de codificación.....	14
7. Ficha técnica e intervalos de confianza de las estimaciones.....	43

Listado de tablas

Tabla 1. Resumen de entrevistas realizadas por tipo de formulario.....	5
Tabla 2. IPS de inclusión forzosa para los instrumentos de entrevista semiestructurada.....	6
Tabla 3. Criterios de codificación formulario 1: Personal del área administrativa – gestión de calidad.....	14
Tabla 4. Criterios de codificación formulario 2: Profesionales del servicio farmacéutico.....	19
Tabla 5. Criterios de codificación formulario 3: Profesionales médicos y enfermeras.....	32
Tabla 6. Ficha técnica del estudio.....	43
Tabla 7. Margen de error e intervalos de confianza. Formulario 1: Personal del área administrativa – gestión de calidad.....	44
Tabla 8. Margen de error e intervalos de confianza, Formulario 2: Profesionales del servicio farmacéutico.....	53

Tabla 9. Margen de error e intervalos de confianza. Formulario 3: Profesionales médicos y enfermeras.....	87

Metodología de codificación de respuestas y elaboración del Documento de análisis descriptivo extenso

El presente anexo del documento "Identificación del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia" pretende explicar de manera detallada algunos aspectos metodológicos importantes, que por su extensión, no fueron incluidos en el informe propiamente dicho. Esto con el fin de dar claridades en lo temático, y de documentar metodológicamente el proceso y aportar herramientas para que el lector interesado pueda dimensionar las conclusiones y reflexiones sobre la información recabada en campo en el marco del proyecto de inversión.

Este anexo se estructura en varios apartados principales.

En primer lugar, una descripción del proceso de consolidación del marco muestral de instituciones con manejo de opioides en Colombia.

En segundo lugar, un apartado que referencia en detalle la estructura del informe y los aspectos temáticos y conceptuales que se tuvieron en cuenta para tomar las decisiones que llevaron a tal estructura, haciendo explícita la pertinencia que tienen los temas tratados en el marco del proyecto de inversión.

En tercer lugar, un apartado que referencia de manera detallada el proceso de codificación cualitativa que se llevó a cabo sobre la información recabada en campo.

En cuarto lugar, una descripción sucinta de cómo se usaron las codificaciones generadas y cómo se organizó su presentación gráfica y las cifras en los informes descriptivos extensos.

En quinto lugar, una explicación y nota técnica sobre los porcentajes que se presentan en los informes, útil para valorar el alcance e interpretación de las mismas.

En un sexto apartado, se presentan tablas resumen con los criterios de codificación aplicados a las preguntas de los formularios que se incluyeron en el análisis, útil referencia detallada de la construcción e las categorías en relación con el contenido de las respuestas analizadas.

Finalmente, se anexa la ficha técnica del muestreo estadístico y tablas resumen con los márgenes de error e intervalos de confianza de las estimaciones realizadas al expandir los resultados a la población objetivo.

1. Sobre la muestra y el marco muestral

Para el instrumento de entrevista semiestructurada (cualitativo), se aplicaron tres formularios diferenciados según tres perfiles relevantes para el proyecto de inversión. Un primer formulario dirigido a profesionales del área administrativa – gestión de calidad, el segundo formulario dirigido a profesionales del servicio farmacéutico, y el tercer formulario, dirigido a profesionales médicos (áreas de medicina y sus especialidades, y personal de enfermería).

La selección de las personas a entrevistar se realizó mediante muestreo aleatorio, estratificado y multietápico a nivel de IPS con manejo de medicamentos opioides con representatividad a nivel nacional¹. Para las instituciones seleccionadas en la muestra se realizaron visitas para aplicar los instrumentos de entrevista semiestructurada a una o varias personas de los tres perfiles ya mencionados de acuerdo con su disponibilidad en el momento de la visita.

¹ Se presenta la ficha técnica del muestreo en el apartado VI de este anexo.

Ante la falta de un marco muestral consolidado de instituciones con manejo de opioides, se realizó un ejercicio de selección a partir del Registro Especial de Prestadores y Sedes de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social REPS². A partir del listado completo, se realizó una verificación de los servicios implementados en cada institución mediante la consulta en el sistema. Esta revisión permitió depurar el listado completo, seleccionando aquellas IPS que por el perfil de sus servicios deben manejar y usar medicamentos opioides (p.ej. en áreas como oncología, medicina del dolor, etc.). El ejercicio tuvo como resultado un listado de 1135 instituciones que se usó como marco muestral para realizar selección aleatoria, buscando representatividad a nivel nacional.

Realizado el trabajo de campo en 60 municipios de los 33 departamentos del país se obtuvieron 680 entrevistas con representatividad estadística a nivel nacional para el marco muestral que se construyó. Debido a que se aplicó la entrevista a los perfiles disponibles en cada institución en el momento de la visita, para algunas instituciones se realizaron entrevistas a una o varias personas de los perfiles profesionales de interés, lo que al final resultó en las cifras totales por formulario aplicado que presentamos en la tabla 1.

Tabla 1. Resumen de entrevistas realizadas por tipo de formulario.

Enfoque	Número de Departamentos	Número de Municipios	Número de instituciones	Número de entrevistas
Formulario 1 dirigida a profesionales del área administrativa – gestión de calidad	31	52	116	131
Formulario 2 dirigida a profesionales del servicio farmacéutico	33	59	145	171
Formulario 3 dirigido a profesionales en medicina y enfermería	33	58	141	378
Total	33	60	147	680

² https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Listado-de-Instituciones-de-Salud/fqk8-hnys/about_data .

Nota: El total algunas columnas es inferior a la suma, pues se entrevistaron varios profesionales y varios perfiles en cada institución, y varias instituciones en los municipios seleccionados. Bogotá D.C. se cuenta como departamento diferente a Cundinamarca.

Fuente: construcción propia.

También es importante mencionar que, para aquellos departamentos en los que el hospital departamental es la IPS más importante, se realizó inclusión forzosa en la muestra, garantizando tener la información relevante aún en los departamentos con relativa menor cobertura en servicios de salud. En total se incluyeron forzosamente 18 hospitales departamentales como se detalla en la tabla 2.

Tabla 2. IPS de inclusión forzosa para los instrumentos de entrevista semiestructurada.

Departamento	Ciudad	IPS
Amazonas	Leticia	E.S.E Hospital San Rafael de Leticia
Arauca	Arauca	E.S.E Hospital San Vicente de Arauca
Caldas	Manizales	Hospital departamental Santa Sofía
Caquetá	Florencia	Hospital departamental María Inmaculada
Casanare	Yopal	Hospital regional de la Orinoquia
Choco	Quibdó	E.S.E Hospital Local Ismael Roldan Valencia
Guainía	Inírida	E.S.E Departamental intercultural Renacer
Guaviare	San José del Guaviare	E.S.E Hospital San José del Guaviare
Meta	Villavicencio	E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio
Nariño	Pasto	Hospital Universitario Departamental de Nariño
Norte De Santander	Cúcuta	E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz
Putumayo	Puerto Asís	Hospital de Alta Complejidad del Putumayo
Putumayo	Orito	E.S.E Hospital Orito
Putumayo	Mocoa	Hospital departamental José María Hernández
San Andrés Y Providencia	San Andrés	E.S.E Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Tolima	Ibagué	E.S.E Hospital Federico Lleras Acosta
Vaupés	Mitú	E.S.E Hospital San Antonio
Vichada	Puerto Carreño	Hospital San Juan De Dios

2. Sobre la estructura del informe

A partir de la transcripción de las respuestas recabadas en campo mediante la aplicación de las tres guías de entrevista, se realizó el proceso de codificación, análisis y presentación de resultados que es el contenido del informe "Anexo 4: Identificación del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia", que se construyó a partir de tres documentos descriptivos, uno para cada guía de entrevista aplicada. Los cuatro documentos fueron el insumo para el documento de análisis "Caracterización del manejo del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia", del cual los cuatro anexos descriptivos, y este Anexo 5 Metodológico, hacen parte integral. Describimos a continuación, de manera general, la forma en que fue realizado el trabajo.

En primer lugar, con el fin de hacer explícita la evidencia empírica cualitativa, se realizó un resumen de los principales hallazgos del ejercicio de categorización y análisis descriptivo. Resultado de este ejercicio, se redactaron tres documentos, uno para cada formulario, llamados: "Anexo 1. Documento descriptivo extenso", "Anexo 2. Documento descriptivo extenso", y "Anexo 3. Documento descriptivo extenso".

En el proceso de análisis cualitativo se aplicó un criterio de depuración metodológica que consistió en excluir algunas de las preguntas repetidas entre los tres formularios utilizados. Dichas preguntas fueron consolidadas en una única versión, seleccionada según el perfil del informante más pertinente para cada temática. Esta decisión responde a la necesidad de evitar redundancias, garantizar la coherencia del corpus y optimizar la comparabilidad de los hallazgos, manteniendo la relevancia analítica y la rigurosidad del estudio. En cada uno de los informes extensos, se presenta el listado de las preguntas que fueron excluidas del informe.

El informe descriptivo "Anexo 4: Identificación del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia" consiste en un primer trabajo de



síntesis de los tres primeros documentos que se redactaron, reuniendo y resumiendo la información para las tres poblaciones de manera temática.

El informe final “Caracterización del uso clínico de medicamentos opioides en Colombia” y el Anexo 4, se organizan internamente en siete secciones temáticas estructuradas en torno a algunas categorías clave de especial interés para el estudio. Presentamos a continuación un breve resumen de las temáticas que definen cada una de las secciones.

Sección 1. Caracterización de la población

Esta sección presenta información cuantitativa sobre la población estudiada, incluyendo variables sociodemográficas y características profesionales de los participantes. La descripción permite contextualizar los hallazgos posteriores y evaluar la representatividad de los datos en el marco de los distintos niveles de atención y tipos de instituciones.

Sección 2. Guías de práctica clínica

Se analizan las guías y protocolos disponibles en áreas específicas como anestesia, manejo del dolor y tratamiento del trastorno por consumo de opioides (TCO). Se evalúa su aplicabilidad, cobertura y alineación con las mejores prácticas internacionales, identificando posibles brechas en la estandarización de la atención.

Sección 3. Diagnóstico y tratamiento

Se examinan los procedimientos de diagnóstico, incluyendo escalas de evaluación y métodos de detección, así como las prácticas de prescripción de opioides. La sección aborda aspectos relacionados con el recetario oficial, errores de prescripción, pérdidas de medicamentos y disposición final, ofreciendo una visión integral del manejo clínico y administrativo de estos fármacos.

Sección 4. Seguridad del paciente en el manejo de opioides



Se centra en la gestión del riesgo asociada al uso de opioides, los programas de seguimiento implementados, los indicadores de gestión disponibles y las estrategias de educación al paciente. Esta sección permite evaluar la capacidad de las instituciones para garantizar un uso seguro y responsable de los opioides.

Sección 5. Identificación y manejo del consumo problemático de opioides y evaluación del síndrome de abstinencia

Se presentan los hallazgos relacionados con la identificación del síndrome de abstinencia por opioides y los casos de consumo problemático de opioides. La sección aborda los mecanismos de detección, intervención y seguimiento de estos casos, considerando tanto la dimensión clínica como la laboral y ética. Además, se abordan consideraciones para el manejo de opioides débiles y el uso de opioides en profesionales de la salud.

Sección 6. Disponibilidad y acceso a medicamentos opioides

Se analizan los aspectos logísticos del suministro de opioides, las barreras de acceso detectadas y la disponibilidad real de los medicamentos en las instituciones de salud. Esta sección integra información de reportes oficiales, alertas de desabastecimiento y percepciones del personal, evidenciando posibles brechas entre la disponibilidad formal y la accesibilidad práctica.

Sección 7. Educación y capacitación al talento humano en salud

Se examina la formación y capacitación del personal de salud en el manejo de opioides, incluyendo la educación continua, programas de actualización y estrategias de fortalecimiento de competencias. Esta sección permite identificar necesidades formativas críticas y orientar el diseño de intervenciones educativas. Además, se aborda la percepción del personal de salud frente a los entes de control, proponiendo oportunidades de mejora en la comunicación de la información y acompañamiento no centrado en la fiscalización.

3. Codificación de las respuestas

La información recabada en campo mediante entrevistas grabadas y transcritas fue ordenada tres matrices de datos en Excel, una para cada formulario aplicado, organizada por entrevistas (Una fila para cada entrevista) y cada una de las preguntas incluidas en cada formulario (una columna para cada pregunta) con la información de referencia de cada entrevista.

Después de un control de calidad de la estructura de los datos, las matrices de Excel fueron cargadas para su codificación en el Software Atlas Ti, el cual se configuró para generar las citas correspondientes a las respuestas de cada pregunta en cada entrevista realizada. Algunas variables de identificación de las entrevistas fueron configuradas como grupos de documentos de modo que pudieran hacerse filtros por departamento, entrevistador, etc. y profundizar el análisis de ser necesario.

Una vez realizada la carga inicial de los datos, se procedió a realizar el trabajo de codificación para cada cita incluida en las bases de datos cargadas:

Cada analista responsable de la codificación de alguna pregunta realizó una lectura inicial de parte de las respuestas (se recomendó al menos 50 casos), con el fin de informarse sobre el contenido de estas. Con base en el análisis de esta lectura inicial, se determinó el tipo de información relevante a codificar y los conjuntos de las categorías iniciales. Con base en esa propuesta inicial de códigos (categorías), se empieza la codificación de todas las citas disponibles. Conforme se iba avanzando en el proceso de codificación, se fueron realizando ajustes sucesivos en las categorías para lograr, al final, categorías que resumen de manera clara unívoca y exhaustiva el contenido y sentido de las respuestas.

Para cada pregunta se definieron tres tipos de codificación, uno obligatorio para cada pregunta, y dos opcionales, dependiendo de las especificidades de cada pregunta, y del contenido encontrado en las respuestas:

- Codificación de “cierre” o definiciones específicas (obligatorio): Dado que los formularios fueron construidos como un instrumentos de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas pero similares a un formulario de encuesta, cada pregunta tiene un sentido específico y puntual que lleva, o bien a una respuesta codificable como “Sí” o “No”, o bien a opciones predefinidas en el formulario. O en otros casos, a reportar por parte del entrevistado información específica y categorizable de manera sencilla a partir del contenido (P ej. Cuando se pregunta por listados de medicamentos, tipos de terapias, etc).
- Para este tipo de información se generó en cada pregunta un conjunto principal de categorías que describe los aspectos comunes dentro del conjunto de respuestas, que está relacionado directamente con el sentido específico de la pregunta realizada. En la mayoría de los conjuntos de códigos de este tipo se codificó cada respuesta con un solo código, de modo que la suma de categorías sea equivalente al 100% de entrevistas realizadas. Donde fue necesario, se incluyó la categoría No sabe, No responde y/o No aplica. En algunos casos puntuales en los que el enunciado de la pregunta así lo determina, se permitió la codificación múltiple, a la manera de formulario de encuesta de opción múltiple”; con lo que la suma de codificaciones totales puede ser superior al 100% de respuestas válidas. Por ejemplo, en la pregunta 16 sobre “tipo(s) de intervención(es) específica(s)” que ofrece la institución.
- Codificaciones complementarias (Menciones): Para la mayoría de las preguntas, se encontró información adicional que especifica, amplía y explica más en detalle algunas de las respuestas. Por ejemplo, respuestas con “Sí pero...” “No, pero...” “Sí, porque...” etc. O respuestas que contienen explicaciones detalladas susceptibles de análisis cualitativo y también de cuantificación y análisis de

frecuencias al presentarse con sentido similar para grupos más grandes o pequeños de entrevistados. Para estas respuestas se crearon conjuntos de códigos similares a los principales, con la particularidad de que no todas las respuestas son marcadas con algún código, ni necesariamente con un solo código. Como se trata de codificación múltiple y no exhaustiva, la suma de estas categorías puede ser superior o inferior al 100% de respuestas tenidas en cuenta y no es relevante como tal para el análisis. Más que de definir una opción de respuesta para cada formulario, o de totalizar las respuestas, se trata de examinar la frecuencia de las menciones, y así poder describir la importancia relativa de diferentes temáticas o aspectos específicos en el discurso de los entrevistados.

- Codificación temática (citas destacadas): En algunos casos se encontraron respuestas especialmente relevantes desde el punto de vista cualitativo, en la medida en que su contenido enuncia o evidencia de manera muy descriptiva, clara, vívida o polémica alguna temática o situación relevante para el estudio. A lo largo del proceso de codificación se marcaron estas respuestas, con el fin de citarlas y analizarlas en el contexto apropiado a lo largo de los informes.

4. Descripción de las respuestas y elaboración de los informes descriptivos extensos

Cada uno de los tres informes descriptivos extensos agrupa las preguntas que se aplicaron en secciones por temas, de manera similar a como se construyeron los tres formularios o guías de entrevista semiestructurada.

Dentro de cada sección, se presentan resúmenes de los resultados para cada pregunta:

- Inicialmente se presentan y comentan las frecuencias de la codificación de cierre, ilustrando el sentido de la pregunta, la

pertinencia de la cuestión principal que se indagó en el formulario y la explicación de las respuestas encontradas. Se inserta a continuación de la explicación inicial un gráfico que resume las cifras de manera clara para el lector.

- Luego se presentan y explican las codificaciones secundarias, de manera similar a la codificación principal, titulando el gráfico correspondiente con la indicación que se trata de menciones.
- Cada gráfico del documento lleva una referencia o nota numerada que contiene la explicación detallada de los criterios de codificación que se usaron, con el fin de hacer explícito al lector el método exacto que se utilizó para la codificación. En este anexo 5, se presentan las tablas resumen de todos los criterios de codificación que se construyeron.
- Se presenta finalmente, si hay a lugar, una breve reflexión sobre los aspectos cualitativos especialmente relevantes que se encontraron (codificación temática), presentando las citas pertinentes de manera contextualizada y comentada.

5. Nota sobre el cálculo de porcentajes y su alcance

Como ya se mostró en los apartados anteriores, y de manera acorde al diseño del estudio, en el que se realizaron entrevistas con pregunta abierta susceptibles de análisis cualitativo y también se aplicó muestreo aleatorio representativo estadísticamente, se resume la codificación mediante tablas de porcentajes para cada categoría (ordenándolas por frecuencia como expresión de su importancia en el discurso de los entrevistados) y también el análisis más centrado en las cualidades del contenido de respuestas obtenido, presentando las citas textuales especialmente relevantes desde el punto de vista cualitativo.

Además de posibilitar el resumen y exposición de las categorías de análisis cualitativo, los porcentajes que se presentan son el resultado de la expansión estadística según el diseño de muestreo aplicado, con representatividad para el total universo de IPS a nivel nacional. De este

modo, se pueden también leer los porcentajes como estimaciones poblacionales, a la manera de un estudio de corte cuantitativo.

Se presentan en el siguiente apartado, para referencia y consulta, tablas resumen de los criterios de codificación y los totales sobre los cuales se calcularon los porcentajes para las tablas y gráficos de cada formulario.

6. Resumen de los criterios de codificación.

Tabla 3. Criterios de codificación formulario 1: Personal del área administrativa – gestión de calidad

05082025 gráfica en documento descriptivo extenso	Criterios de codificación	Código de referencia (según guía de entrevista)
Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal de gestión de calidad.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del profesional del área administrativa y gestión de calidad.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na

Gráfica 7. Servicios médicos y volumen en el manejo de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos. Se marcaron códigos según las menciones a diferentes servicios médicos mencionados por manejar un alto volumen de medicamentos opioides.	C17A
Gráfica 8. Existencia de guías, procedimientos o manuales sobre manejo de medicamentos opioides	Todas las respuestas fueron marcadas un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta sobre si tenían guías de práctica clínica, procedimientos o manuales establecidos sobre manejo de medicamentos opioides.	C18A
Gráfica 9. Frecuencia de menciones de guías, procedimientos o manuales por categoría.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C18A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía que relacionaron contener en la institución agrupadas en categorías específicas. Las respuestas pueden tener mas de un código.	C18.1A
Gráfica 10. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C18A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener guías de práctica clínica, procedimientos o manuales establecidos sobre manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.	C18.2A
Gráfica 11. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con algún código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron la existencia, adopción o referencia a guías, lineamientos o manuales nacionales o internacionales relacionados con el manejo de medicamentos opioides. . Las respuestas se marcaron con un solo código.	C19A
Gráfica 12. Fuente o referencia de Guías o lineamientos.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. La codificación se realizó con base en el origen de los lineamientos mencionados como adoptados por la institución, ya fueran de fuente nacional, internacional, adicionalmente se marcaron las respuestas con el nombre específico de la guía a quienes lo expresaban particularmente. Igualmente se codifico respuestas con el código "Sin Fuente" a las respuestas que en C19A expresaron una respuesta positiva pero en C19.1A no había respuesta. . Las respuestas se marcaron con uno o varios códigos.	C19.1A

Gráfica 13. Necesidad de referente de guía nacional o internacional.	Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C19A) fue negativa. Se marcaron los códigos Si, No, Ns/Nr frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.	C19.2A
Gráfica 14. Discriminación de uso de indicadores de medicamentos opioides en las IPS.	Todas las respuestas fueron marcadas con algún código y solo con un código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de la respuesta sobre si tenían indicadores sobre manejo de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.	C21A
Gráfica 15. Indicadores reportados por las IPS.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue afirmativa. Se codificó según el indicador o indicadores que relacionaron contener en la institución. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.	C21.1A
Gráfica 16. Necesidad de contar con indicadores específicos para opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener un indicador de medicamentos opioides. Las respuestas se marcaron con un solo código.	C21.2A
Gráfica 17. Argumentos para no usar indicadores.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue negativa. Se marcaron códigos según las menciones de tipos de indicadores que se deberían tener en cuenta. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.	C21.2B
Gráfica 18. Porcentaje de entrevistados que indicaron contar, o no, con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr) dependiendo del sentido de la respuesta a si La institución cuenta con programas de seguimiento pacientes tratados con medicamentos opioides.	C24A

Gráfica 19. Tipos de programas o seguimientos realizados a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C24A) fue positiva. Se marcaron códigos según las menciones de programa o seguimiento a pacientes tratados con opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuestas registradas como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta, "No sabe el nombre del tipo de seguimiento": el entrevistado reconoce la existencia de un programa o seguimiento, sin embargo, no sabe el nombre exacto del programa. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.	C24.1A
Gráfica 20. Opinión sobre la necesidad de un programa o seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C24A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener programas de seguimiento a pacientes tratados con medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuesta registrada como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un código.	C24.2A
Gráfica 21. Argumentos presentados como justificativa para la necesidad (o no) de contar con programas o seguimiento de pacientes tratados con medicamentos opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C24A) fue negativa. Se categorizaron los argumentos para la necesidad (o no) de contar con programas de seguimiento.	C24.2B
Gráfica 22. Identificación de herramientas aplicadas en la institución para la detención del consumo problemático de medicamentos opioides en pacientes.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron uso de herramientas para la identificación del consumo problemático de opioides.	C26A
Gráfica 23. Herramientas para la detección de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue positiva. Se marcaron códigos según las menciones de tipos de herramientas usadas para identificar el consumo problemático de opioides. Las respuestas fueron marcadas con uno o varios códigos.	C26.1A

Gráfica 24. Falta de herramientas de identificación.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener herramientas que permitan dilucidar que el paciente está llegando a un punto de consumo problemático de medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuesta registrada como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un solo código.	C26.2A
Gráfica 25. IPS que cuentan con matriz de riesgo asociadas al uso de medicamentos.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron que su institución cuenta o no con una matriz de riesgo que permita evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides.	C27A
Gráfica 26. Tipos de matrices implementadas en las IPS.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C27A) fue positiva. Se enlistaron las matrices de riesgo que podían estar asociadas con manejo de medicamentos. Todas las demás respuestas fueron codificadas como Ns/Nr/Na. Las respuestas se marcaron con uno o varios códigos.	C27.1A
Gráfica 27. Tipos de instrumentos implementadas en las IPS que no corresponden a matrices de riesgo.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo del sentido de la respuesta a si es necesario tener matrices de riesgo que permitan evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides. Marcadas con "Ns/Nr" las respuestas registradas como N/A en la entrevista o con respuestas ambiguas o no concernientes a la pregunta. Las respuestas fueron marcadas con un solo código.	C27.2A
Gráfica 28. Necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C26A) fue negativa. Se categorizaron tres opciones, (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo de la necesidad de implementación de matrices de riesgo específicas para medicamentos opioides en las IPS	C27.2B

Fuente: construcción propia.

Tabla 4. Criterios de codificación formulario 2: Profesionales del servicio farmacéutico.

05092025 Gráfica en documento descriptivo extenso	Criterios de codificación	Código de referencia (según guía de entrevista)
Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 2. Pirámide poblacional del personal del servicio farmacéutico.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 3. Actividades laborales que describen los cargos del personal del servicio farmacéutico.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 4. Tenencia de formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 7. Medicamentos opioides y sus presentaciones de acuerdo con inventario manejado por el servicio farmacéutico.	Se categorizaron todas las respuestas de los entrevistados que nombraron los medicamentos opioides que maneja la institución y cuáles eran sus presentaciones. Se marcaron uno o varios medicamentos para cada respuesta, así como respuestas que declararon no utilizar opioides.	C13A
Gráfica 8. Tipos de medicamentos.	Se marcaron con este código las respuestas que indicaron los tipos de medicamentos opioides adquiridos por la institución según la siguiente clasificación: Medicamentos de control especial, Medicamentos no controlados, Monopolio del Estado, Ns/Nr.	C16A

Gráfica 9. Tipos de proveedores.	Se marcaron con este código las respuestas que indicaban el tipo de proveedor de medicamentos usado por las instituciones para la adquisición de medicamentos opioides.	C16B
Gráfica 10. Procedimientos de adquisición.	Se marcaron con este código las respuestas que describían, según el tipo de proveedor, el procedimiento administrativo mediante el cual las instituciones adquieren los medicamentos opioides.	C16C
Gráfica 11. ¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr, Na), dependiendo de la respuesta acerca de si se reportan limitaciones en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides en las instituciones.	C17A
Gráfica 12. Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides Limitaciones en la compra, acceso o abastecimiento de medicamentos opioides.	Se marcaron las respuestas que contestaron Si en la respuesta anterior (C17A). Se amrcaron las respuestas según información complementaria y/o aclaratoria acerca de las limitaciones en el acceso, compra o disponibilidad de medicamentos opioides en las instituciones.	C17B
Gráfica 13. Existencia de protocolo de gestión de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con algún código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta sobre la existencia de algún protocolo o lineamiento para la gestión de dificultades logísticas en el acceso a medicamentos opioides.	C18A
Gráfica 14. Expresiones más comunes acerca de la existencia de protocolo para manejo de dificultades logísticas en acceso a medicamentos opioides.	Se codificaron las menciones más representativas de las acciones tomadas en casos de dificultades en abastecimiento de medicamentos.	C18B

Gráfica 17. Consideración sobre la adecuada presentación para las necesidades de medicamentos opioides en las practicas clínicas en las instituciones.	Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si consideraba que la presentación de los medicamentos opioides en Colombia son las adecuadas y/o suficientes para la práctica clínica. Se utilizaron tres códigos: "Si", "No" y "No sabe/No responde" asignados de acuerdo a la opinión del entrevistado.	C20A
Gráfica 18. Argumentos sobre la falta de presentaciones adecuadas para suplir las necesidades de medicamentos opioides en las practicas clínicas en las instituciones.	Se clasifican las respuestas negativas en la pregunta (C20A) que contienen un complemento sobre la ausencia de presentaciones y/o concentraciones de los medicamentos existentes o sobre la adecuación y/o ajuste de las presentaciones disponibles en el inventario de la farmacia.	C20B
Gráfica 19. Presentaciones y/o principios activos que consideran los profesionales del servicio farmacéutico hacen falta en el mercado colombiano.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C20A) fue negativa. Se marcaron las menciones de uno o varios medicamentos, así como las formas farmacéuticas o concentraciones que consideran hacen falta en Colombia.	C20.1A
Gráfica 20. Percepción sobre la observación de errores en la prescripción de medicamentos opioides en la institución.	Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si en la institución se han evidenciado errores en la prescripción de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe/No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.	C22A

Gráfica 21. Tipos de errores más evidentes observados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.	Se clasifican las respuestas afirmativas en C22A que contienen un complemento sobre los errores en la prescripción de medicamentos opioides más evidentes en la institución. Se marcaron uno o varios de los errores identificados.	C22B
Gráfica 22. Tipos de errores más representativos evidenciados por parte de los profesionales del servicio farmacéutico de las instituciones.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C22A) fue afirmativa. Se categorizó según el listado de los errores de prescripción que fueron evidenciados en las prescripciones de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios errores de cada respuesta según las menciones de los mismos.	C22.1A
Gráfica 23. Situaciones en las que se evidencian errores de prescripción.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	23 CT
Gráfica 24. Percepción del correcto diligenciamiento de Recetario Oficial.	Todas las respuestas fueron codificadas utilizando una de tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr" (No sabe / No responde / No aplica). Estas se asignaron según la postura expresada por cada participante frente a si, en la institución, los médicos diligencian correctamente el recetario oficial para la prescripción de medicamentos opioides de control especial.	C24A
Gráfica 25. Errores más representativos en el diligenciamiento del RO	Se codificaron las respuestas que describen los errores más representativos en el diligenciamiento del recetario oficial para la prescripción de medicamentos opioides de control especial.	C24.1A
Gráfica 26. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con medicación de opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas utilizando una de las tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr" (No sabe / No responde). Estas se asignaron según la postura expresada por cada participante frente a si se lleva a cabo un seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes medicados con opioides.	C26A

Gráfica 27. Necesidad de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con opioides.	Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior fue positiva o negativa frente a la necesidad de llevar el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes medicados con opioides.	C26.1A
Gráfica 28. Disponibilidad de programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura en las instituciones de salud.	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según ocho (8) opciones de respuesta para esta pregunta ("Ns/Nr/Na"; "No"; "No, en proceso de construcción"; "Si"; "Si, conciliación de medicamentos"; "Si, conciliación de medicamentos en proceso de implementación"; "Si, conciliación y salida segura (o plan de egreso)" y "Si, salida segura o plan de egreso"), dependiendo de la respuesta si la institución cuenta con programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros.	C27A
Gráfica 29. Percepción sobre la necesidad de implementar programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso o salida segura.	Aplica para respuestas negativas codificadas en la pregunta anterior ("C27A No"; "C27A No, en proceso de construcción" o "C27A Ns/Nr/Na"). Se marcaron códigos según tres (3) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr"), dependiendo de la respuesta a si considera que hace falta.	C27.1A
Gráfica 30. ¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "Si, opioides no controlados" o "Si, por falta de disponibilidad"), dependiendo de la respuesta si la institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides.	C28A
Gráfica 31. ¿Podría indicar cuantos casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides se han presentado en la institución en el último trimestre?	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según siete (7) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr", "Si, casos no serios", "Si, fallo terapéutico", "Si, en el último año o más tiempo" o "Si, sin especificar en qué periodo de tiempo"), dependiendo de la respuesta sobre los casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides presentados en la institución durante el último trimestre.	C28.1A

Gráfica 32. Ocurrencia de pérdidas de medicamentos opioides.	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "si, otros medicamentos de control especial" o "Si, por vencimiento"), dependiendo de la respuesta a si ha presentado pérdidas de medicamentos opioides.	C30A
Gráfica 33. Disponibilidad de protocolos para el manejo de pérdidas de medicamentos.	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "si, control de inventarios" o "Si, está en construcción"), dependiendo de la respuesta a si cuenta con protocolo/procedimientos que indiquen como proceder en caso de pérdida de medicamentos opioides.	C31A
Gráfica 34. Protocolos aplicados.	Se marcaron códigos según dos opciones de respuesta a la pregunta anterior ("C31A. Si, control de inventarios" o "C31A. Si, está en construcción"), dependiendo el complemento a la solicitud de descripción sobre los protocolos o procedimientos. Se marcaron códigos según cinco (5) opciones de respuesta relacionadas con protocolos/procedimientos relacionados al control de inventarios o al proceso de construcción de los protocolos o procedimientos.	C31.1B
Gráfica 35. Procedimientos aplicados en ausencia de protocolos.	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según una opción de respuesta a la pregunta anterior ("C31A. No" ó "C31A Ns/Nr"), dependiendo de la respuesta a la solicitud de información de como procede en caso de presentar pérdida de medicamentos opioides, considerando que no reporta con protocolos o procedimientos.	C31.2A
Gráfica 36. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante frente a la existencia de guías de práctica clínica, procesos, procedimientos o manuales establecidos para el manejo de medicamentos opioides.	C32A
Gráfica 37. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C32A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía o lineamiento que expresaron contener en la institución.	C32.1A

Gráfica 38. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C32A) fue negativa. Se asignaron códigos según si expresaron positiva o negativamente la necesidad de poseer una guía o lineamiento de práctica clínica establecida para el manejo de medicamentos opioides con los códigos "Sí" o "No".	C32.2A
Gráfica 39. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), se asignaron según lo manifestado por cada participante frente a si las guías o lineamientos de práctica clínica, los procesos, procedimientos o manuales que utilizan hacen referencia a guías nacionales o internacionales.	C33A
Gráfica 40. Fuente o referencia de Guías o lineamientos.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue afirmativa. Se codificó según la respuesta expresada discriminando la referencia o fuente y nombre.	C33.1A
Gráfica 41. Necesidad de referente nacional o internacional.	Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta fue positiva o negativa frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides.	C33.2A
Gráfica 42. Uso de indicadores de Gestión definidos para el uso y manejo de medicamentos opioides en las instituciones.	Todas las respuestas fueron codificadas con un solo código, de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde / No aplica".	C34A
Gráfica 43. Consideraciones del personal del servicio farmacéutico sobre la forma de discriminar la información para el uso y manejo de medicamentos opioides.	Se clasifican las respuestas afirmativas en (C34A) que contienen un complemento sobre los indicadores de gestión definidos en la institución respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se marcaron uno o varios de los indicadores mencionados de acuerdo a la respuesta.	C34B

Gráfica 44. Indicadores de gestión utilizados para el uso y manejo de medicamentos opioides.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C34A) fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró cual era el indicador (o indicadores) de gestión definido(s) que discrimina el uso de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios indicadores de acuerdo a cada respuesta.	C34.1A
Gráfica 45. Consideración sobre la necesidad del uso de Indicadores de gestión para el uso y manejo de medicamentos opioides.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C34A) fue negativa. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No aplica / No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.	C34.2A
Gráfica 46. Razones por las cuales se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides.	Se clasifican las respuestas afirmativas (C34,2A) que contienen un complemento sobre la consideración del entrevistado para la necesidad de tener un indicador que discrimine la información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides.	C34.2B
Gráfica 47. Razones por las cuales No se considera necesario el uso de Indicadores de gestión para el manejo de medicamentos opioides.	Se clasifican las respuestas negativas (C34,2A) que contienen un complemento sobre la consideración del entrevistado justificando la no necesidad de tener un indicador que discrimine la información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides.	C34.2C
Gráfica 48. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria.	Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si la institución cuenta con un lugar habilitado para la adecuación de medicamentos en dosis unitarias, certificado en BPE "central de mezclas". Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.	C37A

Gráfica 49. Disponibilidad de las instituciones de central de mezcla para la adecuación de medicamentos en dosis unitaria.	Se clasifican las respuestas negativas en (C37A), que contienen un complemento sobre el lugar indicado por el entrevistado, diferente a central de mezclas propia, donde se realiza la adecuación de los medicamentos en dosis unitarias.	C37B
Gráfica 50. Principios activos y tipos de adecuación realizados para las instituciones que cuentan con central de mezcla.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C37A) fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró las adecuaciones de medicamentos opioides que se llevan a cabo en la "central de mezclas". Se marcaron uno o varios medicamentos nombrados, así como el tipo de adecuación realizado.	C37.1A
Gráfica 51. Formas de preparación de medicamentos opioides en las instituciones que no cuentan con central de mezcla, de acuerdo con los profesionales del servicio farmacéuticos.	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C37A) fue negativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que, al no contar con central de mezclas, nombró cómo llevan a cabo la preparación y/o adecuación de medicamentos opioides en la institución. Se marcaron uno o varios procedimientos utilizados, así como el personal encargado de su realización.	C37.2A
Gráfica 52. ¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código, de acuerdo a la consideración del entrevistado sobre si dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución, se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe / No responde / No aplica".	C38A
Gráfica 53. ¿Cómo llevan a cabo el proceso de aprovechamiento?	Se marcaron solo respuestas en entrevista cuya respuesta anterior (C38A) fue afirmativa. Se categorizó según la respuesta del entrevistado que nombró el tipo de aprovechamiento y el lugar donde se realiza. Solo se marcó un tipo de aprovechamiento por cada respuesta.	C38.1A

Gráfica 54. En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación?	Se marcaron todas las respuestas con un solo código. Se usaron tres categorías: "Si", "No", "Ns/Nr", de acuerdo a si los entrevistados reportan uso indiscriminado de Tramadol en su institución.	C39A
Gráfica 55. ¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?	Todas las respuestas fueron codificadas y clasificadas de acuerdo a si el entrevistado reporta haber observado un uso indiscriminado de TRAMADOL en la institución. Se utilizaron tres códigos principales: "Si", "No" y "No sabe /No responde /No aplica" asignados de acuerdo a las respuestas recibidas.	C40A
Gráfica 56. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica"	C42.1A
Gráfica 56. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada"	C42.2A
Gráfica 56. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada"	C42.3A
Gráfica 56. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada"	C42.4A
Gráfica 56. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na) de acuerdo a la respuesta frente al enunciado: "Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones"	C42.5A

Gráfica 57. Actividades más representativas en la disposición final de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según los controles a la disposición final de medicamentos opioides mencionados por los entrevistados.	C45A
Gráfica 58. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si consideraban óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	C46A
Gráfica 59. Razones por las cuales se considera suficiente o insuficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	Se marcaron con uno o varios códigos todas las respuestas que presentaran información complementaria y/o aclaratoria, mencionada por los informantes y mediante la cual consideraban o no óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	C46B
Gráfica 60. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si consideraban suficiente o no, la educación universitaria de los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	C47A

Gráfica 61. Razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	Se marcaron con este código las respuestas con información complementaria con las razones por las cuales consideraban insuficiente la educación universitaria ofrecida a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	C47B
Gráfica 62. ¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si en la institución se llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a medicamentos opioides	C48A
Gráfica 63. Actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides.	Se clasifican las respuestas positivas en (C48A) que contienen información complementaria acerca del tipo de actividades educativas llevadas a cabo en la institución a pacientes y cuidadores respecto a medicamentos opioides.	C48B
Gráfica 64. IPS en donde se llevan a cabo capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si tenían capacitaciones sobre correcta prescripción de medicamentos incluidos los de control especial	C49A
Gráfica 65. Personal al que van dirigidas las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C49A) fue afirmativa. En esta se categorizo a quienes o que perfiles van dirigidas las capacitaciones sobre la correcta prescripción.	C49.1A

Gráfica 66. Regularidad de las capacitaciones sobre medicamentos y medicamentos controlados.	Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C49A) fue afirmativa. Se codificaron las respuestas que refirieron cada cuanto realizan las capacitaciones	C49.1B
Gráfica 67. Personal de farmacia que considera o no que hace falta realizar capacitaciones en instituciones que no las realizan.	Para esta pregunta se tuvieron en cuenta las preguntas que la (C49A) fuera negativa y se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de si el entrevistado considera si hace falta este tipo de capacitaciones.	C49.2A
Gráfica 68. Realización de capacitaciones institucionales sobre el manejo de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre la existencia de capacitaciones institucionales en el manejo de medicamentos opioides. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na).	C50A
Gráfica 69. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de farmacia.	Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C51A) fue afirmativa. Se codificaron los perfiles profesionales en los que se ha presentado trastorno por uso de opioides.	C51.1A
Gráfica 70. Medicamentos opioides identificados por el personal de farmacia en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud.	Se tuvieron en cuenta solo las respuestas cuya respuesta anterior (C51A) fue afirmativa. Se codificaron los medicamentos opioides por los que se ha presentado trastorno por uso de opioides.	C51.1B

Fuente: Construcción propia.

Tabla 5. Criterios de codificación formulario 3: Profesionales médicos y enfermeras.

05092025 gráfica en documento descriptivo extenso	Criterios de codificación	Código de referencia (según guía de entrevista)
Gráfica 1. Nivel de complejidad de las instituciones.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 2. Pirámide poblacional de los profesionales de la salud.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 3. Actividad laboral que describe el cargo del personal de la salud.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 4. Formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción múltiple	Na
Gráfica 5. Distribución del tiempo de experiencia profesional.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 6. Experiencia profesional en la institución.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	Na
Gráfica 7. Necesidad de los opioides en la práctica médica.	Todas las respuestas fueron codificadas utilizando un solo código. Se codificó con "Sí" a las respuestas afirmativas que no contienen argumentación adicional. Las respuestas afirmativas que incluyeron condiciones de control o restricciones fueron marcadas como "Sí, con condiciones". Las respuestas afirmativas que incluyeron una justificación del uso médico de los opioides fueron codificadas como "Sí, justificado". El código "No" se asignó a las respuestas negativas.	C14A
Gráfica 8. Criterios condicionantes del uso de medicamentos opioides.	Se marcaron las respuestas con "C14A Si, con condiciones", "C14A Si, justificado" que contienen menciones (ninguna, una o varias) sobre las categorías de complemento de condición o restricción acordes a lo expresado por los entrevistados.	C14B

Gráfica 9. Ámbitos clínicos señalados para el uso de opioides.	Se marcaron las respuestas con "C14A Si, con condiciones", "C14A Si, justificado" que contienen menciones (ninguna, una o varias) sobre justificación de uso clínico y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados.	C14C
Gráfica 10. Percepción de seguridad al usar opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con una sola categoría según la percepción de seguridad frente al uso de medicamentos opioides. Se utilizaron tres códigos principales: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante.	C15A
Gráfica 11. Razones de percepción negativa sobre la seguridad de los opioides.	Se clasifican las respuestas negativas que contienen un complemento de condición o restricción y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados. Cada pregunta se marcó con alguna o varias de las categorías.	C15B
Gráfica 12. Factores asociados a la percepción de seguridad de los opioides.	Se clasifican las respuestas positivas que contienen un complemento de condición o restricción y se marcan con etiquetas generales acordes a lo expresado por los entrevistados. Cada pregunta se marcó con alguna o varias de las categorías.	C15C
Gráfica 13. Consideración de los profesionales médicos sobre la suficiencia de medicamentos opioides disponibles en la institución.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes consideran que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes.	C16A
Gráfica 14. Consideraciones sobre la insuficiencia de medicamentos opioides en las instituciones.	Se marcaron únicamente las respuestas negativas. Se marcaron una o varias categorías según las menciones de algunas explicaciones sobre por qué o de qué manera los entrevistados consideran que los opioides disponibles e su institución no son suficientes. Las respuestas se marcaron con un solo código.	C16B
Gráfica 15. Listado de medicamentos opioides y sus formas farmacéuticas que los profesionales médicos consideran hacen falta en las instituciones.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C16A) fue negativa. Se categorizó según el listado de medicamentos que los entrevistados reportaron no son suficientes. Se marcaron uno o varios medicamentos de cada respuesta según las menciones de los mismos.	C16.1B
Gráfica 16. Recomendación de uso o restricción de opioides según diagnóstico.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	17 CT

Gráfica 17. Criterios médicos para la elección de medicamentos opioides y su dosis correspondiente a la hora de realizar la prescripción.	Todas las respuestas fueron marcadas con un al menos un código. Se marcaron categorías según los criterios mencionados para recetar y asignar dosis de opioides e la institución.	C18A
Gráfica 18. Existencia de guías, manuales y procedimientos institucionales para la gestión de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con un código. Se utilizaron tres códigos: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), asignados de acuerdo con la postura expresada por cada participante frente a la existencia de guías de práctica clínica, procesos, procedimientos o manuales establecidos para el manejo de medicamentos opioides.	C19A
Gráfica 19. Frecuencia de menciones de guías, protocolos o lineamientos por categoría.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. Se codificó según el nombre de la guía o lineamiento que expresaron contener en la institución.	C19.1A
Gráfica 20. Necesidad de inclusión en sistema de calidad.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue negativa. Se marcaron las respuestas que expresaron positiva o negativamente la necesidad de poseer una guía o lineamiento de práctica clínica establecida para el manejo de medicamentos opioides con los códigos "Sí" o "No".	C19.2A
Gráfica 21. Proporción de menciones de fuentes o referencias de las guías o lineamientos de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas utilizando tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica). Estas se asignaron según lo manifestado por cada participante frente a si se usan guías o lineamientos de práctica clínica nacionales o internacionales para el manejo de medicamentos opioides.	C20A
Gráfica 22. Fuente o referencia de Guías o lineamientos.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C19A) fue afirmativa. Se codificó según la respuesta expresada discriminando la referencia o fuente mencionada por el entrevistado. Se aplicó la categoría Ns/Nr para los casos en los que el entrevistado no reporta ninguna fuente, guía o lineamiento existente.	C20.1A
Gráfica 23. Necesidad de referente nacional o internacional.	Se marcaron únicamente las respuestas cuya respuesta fue negativa en la pregunta anterior (C20A). Se aplicaron tres categorías: "Sí", "No" y "Ns/Nr/Na" (No sabe / No responde / No aplica), frente a la necesidad de tener un lineamiento o guía con referente nacional o internacional sobre el manejo de medicamentos opioides.	C20.2A

Gráfica 24. Uso de un consentimiento informado para el tratamiento con opioides.	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na", "Si, otro tipo de consentimiento"), dependiendo de la respuesta a si utiliza consentimiento informado para el uso de opioides (Contrato Opiode).	C21A
Gráfica 25. Consentimientos usados por las IPS en procedimientos que involucren el uso de opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue codificada como "Si, otro tipo de consentimientos". Se marcaron códigos de acuerdo con los tipos de consentimientos diferentes al Contrato Opiode relacionados en las entrevistas.	C21B
Gráfica 26. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21A) fue codificada como "No", "Ns/Nr/Na" o "Si, otro tipo de consentimiento". Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na" o "si, condicionado"), dependiendo de la respuesta a si considera que hace falta el consentimiento informado para el uso de opioides (contrato opioide).	C21.1A
Gráfica 27. Necesidad de implementar el uso de un consentimiento informado para el uso de opioides.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21.1A) fue codificada como "Si" o "Si, condicionado" y que contaban con una descripción o complemento que justifica su respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a las restricciones, sugerencias o alcance para la aplicación del consentimiento informado para medicamentos opioides.	C21.1B
Gráfica 28. Consideraciones para no implementar el uso de consentimiento informado en las IPS.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C21.1A) fue codificada como "No" y que contaban con una descripción o complemento que justifica su respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la no necesidad del consentimiento informado para el uso de opioides (contrato opioide).	C21.1C
Gráfica 29. ¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la respuesta acerca de si la institución cuenta con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	C22A

Gráfica 30. Programas de seguimiento existentes en la institución para pacientes tratados con medicamentos opioides.	Se codificaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C22A) fue codificada como si. Se marcaron las respuestas con códigos según dos opciones: No aplica (Na) o No sabe/No responde (Ns/Nr).	C22.1A
Gráfica 31. ¿Considera que hacen falta en su institución programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	Se codificaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C22A) fue codificada como no. Se marcaron las respuestas con códigos según tres opciones: Si, No, Ns/Nr.	C22.2A
Gráfica 32. Perfil profesional de los responsables de realizar el seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas, ya sea con un solo código o varios. Se marcaron códigos según las menciones a tipos de profesionales y cargos responsables del seguimiento a paciente tratados con medicamentos opioides. Esta tabla contiene el listado resumido en categorías más generales (listado corto).	C23A
Gráfica 33. Tipo de atención.	Todas las respuestas fueron marcadas, ya sea con un solo código o varios. Se marcaron códigos según las características reportadas sobre la ruta que debe seguir para prescribir un medicamento opioide.	C25A
Gráfica 34. Modalidades de prescripción hospitalaria.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario". Se marcaron con categorías según el tipo de soporte usado para la ruta de prescripción de opioides.	C25B
Gráfica 35. Procedimiento intrahospitalario.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario". Se marcaron con categorías según la descripción de la ruta de prescripción de opioides.	C25C
Gráfica 36. Manejo en servicios clínicos.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Intrahospitalario". Se marcaron con categorías según los responsables mencionados en la ruta de prescripción de opioides.	C25D
Gráfica 37. Modalidad de prescripción ambulatoria.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Ambulatorio". Se marcaron con categorías según el tipo de soporte usado para la ruta de prescripción de opioides.	C25E

Gráfica 38. Procedimiento ambulatorio.	Se marcaron las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C25A) fue codificada como "Ambulatorio". Se marcaron con categorías según la descripción de la ruta de prescripción de opioides.	C25G
Gráfica 39. Presencia de barreras de acceso.	Se marcaron todas las respuestas. Marcadas con "Ns/Nr": Las respuestas que contienen palabras o frases como no sé, no tengo información, etc. Marcadas con "No", respuestas en las que no se evidenciaban barreras para la atención. Marcadas con "Sí", respuestas en las que se evidenció algún tipo de barrera de acceso. Marcadas como "otra respuesta", aquellas en las que no se afirmó presentar barrera, mas no se identificó una barrera efectiva.	C26A
Gráfica 40. Barreras de acceso identificadas.	Se marcaron todas las respuestas afirmativas. Se marcaron las menciones barreras de acceso atribuidas por el entrevistado. Cada respuesta se marcó con ninguno, alguno o varias categorías.	C26B
Gráfica 41. Dificultades en el diligenciamiento de R.O.	Se codificaron todas las respuestas. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si tenían indicadores sobre manejo de medicamentos opioides	C27A
Gráfica 42. Principales dificultades en el diligenciamiento del R.O.	En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta principal (C27A) fue afirmativa, codificando categorías al tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial.	C27B
Gráfica 43. Aspectos percibidos cuando no se reportan dificultades en el uso del Recetario Oficial.	En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta anterior (C27A) fue negativa, codificando categorías al no tener limitaciones en el diligenciamiento del Recetario Oficial.	C27C
Gráfica 44. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na/Np) con la afirmación: La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica	C29.1A
Gráfica 44. Percepción sobre metadona sln oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na/Np) con la afirmación: La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada	C29.2A

Gráfica 44. Percepción sobre metadona sin oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na/Np) con la afirmación: El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada	C29.3A
Gráfica 44. Percepción sobre metadona sin oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na/Np) con la afirmación: La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada	C29.4A
Gráfica 44. Percepción sobre metadona sin oral 1,2g/120mL.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Acuerdo, Desacuerdo, Ns/Nr/Na/Np) con la afirmación: Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones	C29.5A
Gráfica 45. Capacidad de darle continuidad a la terapia de mantenimiento con metadona.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	30 CT
Gráfica 46. ¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol?	Todas las respuestas se marcaron con un código. Se marcaron códigos según cuatro opciones de respuesta para esta pregunta ("Si", "No", "Ns/Nr/Na" o "Si, en otras instituciones o adicción preexistente"), dependiendo de la respuesta si en su práctica médica ha tenido pacientes con consumo problemático a tramadol.	C31A
Gráfica 47. Complementos de las respuestas afirmativas de los profesionales médicos que han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C31A) fue codificada como "Si", o "Si, en otras instituciones o adicción preexistente", y que contaban con una descripción o complemento a la respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la respuesta a haber tenido casos de pacientes con consumo problemático a Tramadol durante su práctica médica.	C31B
Gráfica 48. Complementos de las respuestas negativas de los profesionales médicos que no han tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C31A) fue codificada como "No" y que contaban con una descripción o complemento a la respuesta. Se marcaron códigos de acuerdo con los complementos a la respuesta a "No" haber tenido pacientes con consumo problemático a Tramadol en su práctica médica.	C31C
Gráfica 49. Facilidad de acceso a tramadol.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	32 CT

Gráfica 50. Personal de salud que considera o no que el tramadol debe ser un medicamento de control especial.	Todas las respuestas se marcaron con una categoría. Se marcaron categorías según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na), dependiendo de la respuesta si considera que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.	C33A
Gráfica 51. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol sí debe ser un medicamento de control especial.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue codificada como Si y que contaban con una descripción o complemento que justificará su respuesta. Se marcaron categorías de acuerdo con los complementos a la respuesta a considerar que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.	C33B
Gráfica 52. Razones mencionadas entre quienes afirman que el tramadol no debe ser un medicamento de control especial.	Se marcaron solo las respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C33A) fue codificada como No y que contaban con una descripción o complemento que justificará su respuesta. Se marcaron categorías de acuerdo con los complementos a la respuesta a No considerar que el Tramadol debería ser un medicamento de control especial.	C33C
Gráfica 53. Estrategias propuestas por los profesionales médicos para disminuir el riesgo de dependencia a Tramadol y otros opioides.	Se marcaron todas las respuestas con uno o varios códigos, de acuerdo a las menciones de estrategias para disminuir el riesgo de dependencia a TRAMADOL y otros opioides.	C34A
Gráfica 54. Falta de la forma farmacéutica de Naloxona en aerosol nasal en Colombia.	Se codificaron todas las respuestas. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si la Naloxona aerosol nasal hace falta en Colombia.	C36A
Gráfica 55. Motivos a favor de la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia.	En esta pregunta se tuvieron en cuenta todas las respuestas según si reportaron razones para tener Naloxona nasal.	C36.1A
Gráfica 56. Motivos dados para no tener la Naloxona en aerosol nasal disponible en Colombia.	En esta pregunta se tuvieron en cuenta todas las respuestas según si no reportaron razones para tener Naloxona nasal.	C36.1B

Gráfica 57. Tipo de identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides según los profesionales médicos.	Se marcaron todas las respuestas con uno o varios códigos, de acuerdo a las menciones de estrategias para determinar en la institución si un paciente está presentando consumo problemático de medicamentos opioides	C37A
Gráfica 58. Herramientas usadas en la identificación de pacientes con consumo problemático de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con al menos un código que se asignó de acuerdo al conocimiento del entrevistado en cuanto a la identificación del síndrome de abstinencia en el consumo problemático de opioides.	C38A
Gráfica 59. Escalas reportadas en la determinación del síndrome de abstinencia a opioides en pacientes.	Se codificaron todas las respuestas que tuvieron un código diferente a "Ns/Nr" en C38A y se clasificaron según el conocimiento del entrevistado en cuanto al uso de escalas para la determinación del síndrome de abstinencia en el consumo problemático de opioides. En los casos en los que el entrevistado no reporta una escala, la respuesta se marcó con el código: "No uso de escalas".	C38.1A
Gráfica 60. ¿Considera que hace falta una escala para la determinación del síndrome de abstinencia?	Se marcaron todas las respuestas que cuya respuesta anterior (C38.1A) fue "No uso de escalas". Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr) identificando si el entrevistado consideró que hacen falta escalas para la identificación del síndrome de abstinencia por opioides.	C38.2A
Gráfica 61. Abordaje y manejo del paciente con consumo problemático de medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas y se marcaron todas las menciones (una o varias) de las categorías referenciadas. Se marcaron con "Ns/Nr" las respuestas que contienen palabras o frases como no sé, no tengo información, etc. y que no referencien alguna herramienta o procedimiento para el manejo del consumo problemático. Todas las respuestas se marcaron con al menos un código.	C39A
Gráfica 62. Consumo problemático de colegas.	Todas las respuestas se marcaron con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde "Ns/Nr". La asignación de códigos se basó en si los participantes reportaron conocer un caso de consumo problemático en profesionales de la salud.	C40A

Gráfica 63. Profesionales de la salud con consumo problemático de opioides identificados por el personal de asistencial.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C40A) fue afirmativa. La codificación se realizó basada en la profesión del profesional de la salud con consumo problemático identificada por el entrevistado.	C40.1A
Gráfica 64. Medicamentos opioides identificados en el consumo problemático de opioides en profesionales de la salud.	Se marcaron solo respuestas en entrevistas cuya respuesta anterior (C40A) fue afirmativa. y que además ahondaron en el medicamento de consumo problemático por profesionales de la salud. La codificación se realizó según el medicamento de consumo mencionado por el entrevistado.	C40.1B
Gráfica 65. Manejo del profesional de salud con consumo problemático de opioides.	Todas las respuestas fueron codificadas con al menos un código o varios, que se asignaron de acuerdo al conocimiento del entrevistado en cuanto a los procesos en el manejo de profesionales de la salud con consumo problemático al interior de la institución. Se marcaron con "Ns/Nr" aquellas respuestas que así lo indicaban y aquellas que describían el proceso de otras instituciones diferentes a la que laboran, por ejemplo, el manejo por agremiaciones/sociedades.	C41A
Gráfica 66. ¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	Se codificaron todas las respuestas con una sola categoría. Se generaron tres categorías (Si, No, Ns/Nr/Na) dependiendo de la concepción sobre si es óptima y suficiente la información de los entes de control	C42A
Gráfica 67. Complementos de respuestas afirmativas que cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	Se generaron categorías solo para las respuestas afirmativas en la pregunta (C42A) que tuvieran complemento y que reflejaran una razón de por qué afirman que es óptima y suficiente la información manejada por los entes de control.	C42B
Gráfica 68. Complementos de respuestas negativas que cree que no es óptima ni suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides.	Se generaron categorías solo para las respuestas negativas en la pregunta (C42A) que tuvieran complemento y que reflejaran una razón de por qué reportan que no es óptima y suficiente la información manejada por los entes de control.	C42C

Gráfica 69. ¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	Se marcaron todas las respuestas con una sola categoría. Se definieron tres respuestas para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr/Na) todo dependiendo de la respuesta sobre si la educación en pregrado sobre los medicamentos opioides es suficiente.	C43A
Gráfica 70. Razones por las cuales se identifica como insuficiente la educación universitaria respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado.	En esta pregunta se tuvieron en cuenta solo las preguntas cuya respuesta anterior fue negativa, codificando categorías respecto a la percepción de la educación sobre medicamentos opioides en el pregrado.	C43B
Gráfica 71. Formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.	Todas las respuestas se marcaron con un solo código. Se marcaron códigos según tres opciones de respuesta para esta pregunta (Si, No, Ns/Nr), dependiendo de la identificación de alguna capacitación en la prescripción de medicamentos de control especial por parte del entrevistado.	C44A
Gráfica 72. Tipos de formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial.	Se codificaron únicamente las respuestas cuya respuesta anterior (C44A) fue codificada como Si. Se marcaron todas las respuestas con al menos un código identificando quién y de qué forma se brindó la capacitación al entrevistado.	C44.1A
Gráfica 73. Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	Todas las respuestas fueron marcadas con un solo código. Se marcaron códigos según tres categorías: Sí, No y No sabe/No responde (Ns/Nr). La asignación de códigos se basó en si los participantes reportan la realización o no de actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	C45A
Gráfica 74. Actividades de educación realizadas a los pacientes y sus cuidadores respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	Se clasifican las respuestas positivas (C45A) que contienen el detalle de las actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con medicamentos opioides.	C45B
Gráfica 75. Percepción frente a mitos mencionados por los pacientes.	Datos extraídos a partir de las respuestas de los entrevistados. Pregunta cerrada de opción única.	73 T

Fuente: Construcción propia.

7. Ficha técnica e intervalos de confianza de las estimaciones

Tabla 6. Ficha técnica del estudio

Ficha técnica	
Nombre del proyecto	Caracterización de las prescripciones y el manejo del consumo de medicamentos opioides en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Colombia
Población objetivo	Las 1.372 instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer o cuarto nivel, hospitales departamentales de referencia o E.S.E que se encuentren habilitadas y cuenten con programas de manejo de sustancias psicoactivas y farmacodependencia.
Método de muestreo	Probabilístico, estratificado y multietápico.
Unidades estadísticas	Unidad de observación: Profesionales que de acuerdo a su perfil, manejan sustancias psicoactivas y farmacodependencia y se encuentran vinculados laboralmente a las instituciones incluidas en la muestra. Unidad de muestreo: Unidad Primaria de Muestreo (UPM): Municipios. - Unidad Secundaria de Muestreo (USM): Instituciones.
Descripción del marco muestral o su equivalente	Instituciones habilitadas para la prestación de servicios asociados al manejo de sustancias psicoactivas y farmacodependencia.
Tamaño de la muestra	Uso clínico: 147 instituciones
Cobertura	Nacional
Técnica de recolección de datos	Entrevistas semiestructuradas
Precisión	Nivel de confianza: 95% Error de muestreo: 5%
Periodo de recolección	Noviembre de 2024 a mayo de 2025

Fuente: Construcción propia.

Tabla 7. Margen de error e intervalos de confianza. Formulario 1: Personal del área administrativa – gestión de calidad

Pregunta	Codificación	Categoría	Variable	Estimación	Límite inferior	Límite superior	
¿Qué servicios médicos manejan un alto volumen de medicamentos opioides?	Primaria	Ambulancias	C17A Ambulancias	0,37 %	0,00 %	1,10 %	0,73 %
		Anestesiología	C17A Anestesiología	8,01 %	2,91 %	13,10 %	5,09 %
		Carros de Paro	C17A Carros de Paro	0,11 %	0,00 %	0,34 %	0,22 %
		Cirugía	C17A Cirugía	35,04 %	25,45 %	44,63 %	9,59 %
		Cirugía Ocular	C17A Cirugía Ocular	0,92 %	0,00 %	2,73 %	1,80 %
		Cirugía Plástica	C17A Cirugía Plástica	1,84 %	0,00 %	4,33 %	2,49 %
		Clínica del Dolor	C17A Clínica del Dolor	14,70 %	6,21 %	23,19 %	8,49 %
		Consulta Externa	C17A Consulta Externa	4,03 %	0,54 %	7,53 %	3,49 %
		Cuidados Paliativos	C17A Cuidados Paliativos	16,39 %	7,70 %	25,08 %	8,69 %
		Hemodinamia	C17A Hemodinamia	0,23 %	0,00 %	0,67 %	0,44 %
		Hospitalización	C17A Hospitalización	7,82 %	3,29 %	12,34 %	4,52 %
		Internación	C17A Internación	5,23 %	0,90 %	9,57 %	4,34 %
		Neurocirugía	C17A Neurocirugía	1,44 %	0,00 %	4,25 %	2,82 %
		Neurofisiología del Dolor	C17A Neurofisiología del Dolor	0,75 %	0,00 %	2,22 %	1,47 %
		Ns/Nr/Na	C17A Ns/Nr/Na	8,63 %	3,14 %	14,12 %	5,49 %

		Oncología	C17A Oncología	10,76 %	4,75 %	16,7 8%	6,01 %
		Ortopedia	C17A Ortopedia	3,34 %	0,00 %	6,78 %	3,44 %
		Pediatría	C17A Pediatría	0,23 %	0,00 %	0,67 %	0,44 %
		Posoperatorio	C17A Posoperatorio	3,31 %	0,00 %	6,98 %	3,67 %
		Psiquiatría	C17A Psiquiatría	0,81 %	0,00 %	1,95 %	1,14 %
		Sala de Partos	C17A Sala de Partos	0,38 %	0,00 %	1,11 %	0,74 %
		Servicio Farmacéutico	C17A Servicio Farmacéutico	1,12 %	0,00 %	3,32 %	2,20 %
		Servicios Quirúrgicos	C17A Servicios Quirúrgicos	13,23 %	6,75 %	19,7 1%	6,48 %
		Traumatología	C17A Traumatología	0,42 %	0,00 %	1,24 %	0,83 %
		UCE	C17A UCE	0,68 %	0,00 %	2,02 %	1,34 %
		UCI	C17A UCI	40,32 %	30,6 4%	50,0 0%	9,68 %
		UCI Adulto	C17A UCI Adulto	3,27 %	0,00 %	6,59 %	3,32 %
		UCI Neonatal	C17A UCI Neonatal	2,62 %	0,00 %	5,46 %	2,85 %
		Unidad Mental	C17A Unidad Mental	0,87 %	0,00 %	2,57 %	1,70 %
		Unidades de Quemados	C17A Unidades de Quemados	2,01 %	0,00 %	4,76 %	2,75 %
		Urgencias	C17A Urgencias	23,31 %	15,1 7%	31,4 5%	8,14 %
¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de	Primaria	Si	C18A Si	74,62 %	65,8 5%	83,3 9%	8,77 %
		No	C18A No	22,46 %	14,0 1%	30,9 0%	8,44 %
		Ns/Nr	C18A Ns/Nr	2,92 %	0,00 %	5,89 %	2,97 %

práctica clínica, procesos, procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?							
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Guía de Anestesiología y/o Sedación	C18.1A Guía de Anestesiología y/o Sedación	9,19 %	2,55 %	15,8 3%	6,64 %
		Guía de Cuidad Paliativo	C18.1A Guía de Cuidad Paliativo	8,22 %	2,60 %	13,8 3%	5,62 %
		Guía de práctica clínica sin especificar	C18.1A Guía de práctica clínica sin especificar	20,91 %	11,5 2%	30,3 1%	9,40 %
		Guías para manejo del Dolor	C18.1A Guías para manejo del Dolor	24,56 %	13,4 3%	35,6 9%	11,1 3%
		Manual del Servicio Farmacéutico	C18.1A Manual del Servicio Farmacéutico	55,35 %	43,6 8%	67,0 1%	11,6 7%
		Procedimiento UAICA	C18.1A Procedimiento UAICA	0,22 %	0,00 %	0,64 %	0,43 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C18.2A Si	44,98 %	23,4 1%	66,5 5%	21,5 7%
		No	C18.2A No	13,94 %	0,00 %	29,3 2%	15,3 7%
		Ns / Nr	C18.2A Ns / Nr	41,08 %	20,9 8%	61,1 8%	20,1 0%
¿Qué lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para	Primaria	Si	C19A Si	72,75 %	64,0 4%	81,4 5%	8,70 %
		No	C19A No	6,96 %	2,27 %	11,6 4%	4,68 %
		Ns/Nr	C19A Ns/Nr	20,30 %	12,4 4%	28,1 6%	7,86 %

el manejo de medicamentos opioides?							
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	CDC	C19.1A CDC	2,77 %	0,00 %	7,30 %	4,53 %
		Guía Internacional sin especificar	C19.1A Guía Internacional sin especificar	16,50 %	7,85 %	25,14 %	8,64 %
		Guía Nacional sin especificar	C19.1A Guía Nacional sin especificar	8,73 %	2,11 %	15,35 %	6,62 %
		Guía Sociedad Colombiana de Anestesiología	C19.1A Guía Sociedad Colombiana de Anestesiología	1,97 %	0,00 %	5,83 %	3,86 %
		Guías de Cirugía Ambulatoria de Guatemala	C19.1A Guías de Cirugía Ambulatoria de Guatemala	2,26 %	0,00 %	6,68 %	4,42 %
		Guías de Sociedades Médicas	C19.1A Guías de Sociedades Médicas	1,12 %	0,00 %	3,31 %	2,19 %
		Guías del INS	C19.1A Guías del INS	1,12 %	0,00 %	3,31 %	2,19 %
		Guías del Ministerio	C19.1A Guías del Ministerio	64,21 %	52,95 %	75,47 %	11,26 %
		Guías internacionales NCCN	C19.1A Guías internacionales NCCN	1,03 %	0,00 %	3,05 %	2,02 %
		Guías Sociedad Colombiana Oftalmología	C19.1A Guías Sociedad Colombiana Oftalmología	0,51 %	0,00 %	1,51 %	1,00 %
		Lineamientos OMS	C19.1A Lineamientos OMS	1,86 %	0,00 %	4,94 %	3,08 %
		Resoluciones 1478 de 2006 / 315 de 2020	C19.1A Resoluciones 1478 de 2006 / 315 de 2020	3,69 %	0,00 %	7,83 %	4,14 %
		Resoluciones 3100 de 2019 / 1403 de 2007	C19.1A Resoluciones 3100 de 2019 / 1403 de 2007	1,96 %	0,00 %	5,47 %	3,52 %
		Sin fuente	C19.1A Sin fuente	15,10 %	7,32 %	22,88 %	7,78 %

¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C19.2A Si	31,09 %	0,00 %	62,6 9%	31,6 0%
		Ns/Nr	C19.2A Ns/Nr	68,91 %	37,3 1%	100, 00%	31,6 0%
¿Dentro los indicadores de gestión definidos en la institución se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C21A Si	23,83 %	13,8 8%	33,7 9%	9,95 %
		No	C21A No	72,12 %	62,0 3%	82,2 1%	10,0 9%
		Ns/Nr/Na	C21A Ns/Nr/Na	4,05 %	0,43 %	7,66 %	3,61 %
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Consumo de controlados	C21.1A Consumo de controlados	17,91 %	0,00 %	36,0 1%	18,1 0%
		Consumo de opioides	C21.1A Consumo de opioides	35,50 %	10,0 2%	60,9 9%	25,4 9%
		Desabastecimiento de medicamentos	C21.1A Desabastecimiento de medicamentos	3,37 %	0,00 %	10,2 6%	6,89 %
		Evento de seguridad	C21.1A Evento de seguridad	11,62 %	0,00 %	26,6 5%	15,0 3%
		Frecuencia de uso	C21.1A Frecuencia de uso	4,87 %	0,00 %	12,0 4%	7,16 %
		General todos los medicamentos	C21.1A General todos los medicamentos	4,72 %	0,00 %	14,0 3%	9,31 %
		Gramos prescritos	C21.1A Gramos prescritos	13,73 %	0,00 %	38,6 0%	24,8 7%
		Indicadores de farmacia	C21.1A Indicadores de farmacia	8,90 %	0,00 %	21,4 2%	12,5 2%
		Medicamentos controlados	C21.1A Medicamentos controlados	0,97 %	0,00 %	2,89 %	1,92 %
		Medicamentos de alto riesgo	C21.1A Medicamentos de alto riesgo	2,61 %	0,00 %	7,74 %	5,13 %

		Medicamentos seguros	C21.1A Medicamentos seguros	3,14 %	0,00 %	9,33 %	6,20 %
		Ns/Nr/Na	C21.1A Ns/Nr/Na	8,25 %	0,00 %	18,8 4%	10,5 9%
		Uso adecuado de analgesia	C21.1A Uso adecuado de analgesia	2,86 %	0,00 %	8,53 %	5,67 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C21.2A Si	53,81 %	42,7 4%	64,8 8%	11,0 7%
		No	C21.2A No	19,67 %	10,3 3%	29,0 1%	9,34 %
		Ns/Nr/Na	C21.2A Ns/Nr/Na	26,52 %	16,7 1%	36,3 3%	9,81 %
	Complem entaria	Eventos adversos	C21.2B Eventos adversos	0,22 %	0,00 %	0,66 %	0,44 %
		Falta normativa nacional	C21.2B Falta normativa nacional	1,02 %	0,00 %	2,28 %	1,26 %
		Frecuencia de uso	C21.2B Frecuencia de uso	3,15 %	0,00 %	7,13 %	3,97 %
		Inventario	C21.2B Inventario	1,81 %	0,00 %	5,35 %	3,54 %
		Medicamento de alto riesgo	C21.2B Medicamento de alto riesgo	3,38 %	0,00 %	6,77 %	3,39 %
		No necesario	C21.2B No necesario	13,63 %	5,36 %	21,9 0%	8,27 %
		Planes de mejora	C21.2B Planes de mejora	2,23 %	0,00 %	5,36 %	3,13 %
		Prescripción	C21.2B prescripción	4,47 %	0,00 %	9,47 %	5,00 %
		Seguimiento	C21.2B Seguimiento	18,33 %	8,97 %	27,6 9%	9,36 %
¿La institución cuenta con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	Primaria	Si	C24A Si	34,02 %	23,3 8%	44,6 6%	10,6 4%
		No	C24A No	55,19 %	44,5 2%	65,8 6%	10,6 7%
		Ns/Nr/NA	C24A Ns/Nr/NA	10,79 %	4,98 %	16,6 0%	5,81 %

¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	No sabe el nombre del tipo de seguimiento	C24.1A No sabe el nombre del tipo de seguimiento	10,81 %	0,00 %	22,78 %	11,96 %
		Otra respuesta	C24.1A Otra respuesta	18,21 %	4,36 %	32,06 %	13,85 %
		Programa de dolor y cuidado paliativo	C24.1A Programa de dolor y cuidado paliativo	31,07 %	12,45 %	49,69 %	18,62 %
		Seguimiento farmacoterapéutico	C24.1A Seguimiento farmacoterapéutico	52,17 %	35,20 %	69,14 %	16,97 %
	Complementaria	Cannabis medicinal	C24.1T Cannabis medicinal	1,12 %	0,00 %	3,32 %	2,20 %
		Hospitalización en casa	C24.1T Hospitalización en casa	4,32 %	0,80 %	7,84 %	3,52 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C24.2A Si	45,92 %	32,43 %	59,40 %	13,49 %
		No	C24.2A No	29,71 %	17,50 %	41,91 %	12,21 %
		Ns/Nr/NA	C24.2A Ns/Nr/NA	24,38 %	13,27 %	35,49 %	11,11 %
	Complementaria	Es necesario/Fortalecer los servicios	C24.2B Es necesario/Fortalecer los servicios	21,09 %	9,79 %	32,40 %	11,30 %
		No es necesario/No manejamos opioides/No atendemos ese tipo de pacientes	C24.2B No es necesario/No manejamos opioides/No atendemos ese tipo de pacientes	20,16 %	9,56 %	30,75 %	10,59 %
		Potencial riesgo de adicción	C24.2B Potencial riesgo de adicción	8,77 %	1,62 %	15,92 %	7,15 %
¿La institución cuenta con alguna herramienta que permita dilucidar que el paciente está	Primaria	Si	C26A Si	14,89 %	6,68 %	23,10 %	8,21 %
		No	C26A No	73,70 %	64,39 %	83,02 %	9,31 %
		Ns/Nr	C26A Ns/Nr	11,40 %	5,00 %	17,81 %	6,41 %

llegando a un punto de consumo problemático de medicamentos opioides?							
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Aplicación de escalas	C26.1A Aplicación de escalas	19,13 %	0,00 %	42,04 %	22,91 %
		Control de días en tratamiento	C26.1A Control de días en tratamiento	11,04 %	0,00 %	32,81 %	21,77 %
		Identificación de pacientes reconsultantes	C26.1A Identificación de pacientes reconsultantes	16,07 %	0,00 %	36,51 %	20,43 %
		Interconsulta con especialista en dolor	C26.1A Interconsulta con especialista en dolor	21,97 %	0,00 %	59,24 %	37,27 %
		Protocolo de Londres (eventos adversos)	C26.1A Protocolo de Londres (eventos adversos)	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
		Seguimiento al uso crónico	C26.1A Seguimiento al uso crónico	10,04 %	0,00 %	21,89 %	11,85 %
		Seguimiento farmacoterapéutico	C26.1A Seguimiento farmacoterapéutico	14,19 %	0,00 %	33,93 %	19,74 %
		Valoración por toxicología	C26.1A Valoración por toxicología	7,55 %	0,00 %	21,81 %	14,25 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C26.2A Si	45,38 %	34,34 %	56,42 %	11,04 %
		No	C26.2A No	17,05 %	8,96 %	25,14 %	8,09 %
		Ns/Nr	C26.2A Ns/Nr	37,57 %	26,42 %	48,73 %	11,16 %
¿La institución cuenta con una matriz de riesgo que	Primaria	Si	C27A Si	17,47 %	9,95 %	25,00 %	7,52 %
		No	C27A No	75,25 %	66,68 %	83,83 %	8,58 %

permite evaluar la probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados a medicamentos opioides?		Ns/Nr/Na	C27A Ns/Nr/Na	7,27 %	2,26 %	12,29 %	5,01 %
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	AMFE	C27.1A AMFE	5,86 %	0,00 %	15,05 %	9,19 %
		Matriz de riesgo con mapa de color	C27.1A Matriz de riesgo con mapa de color	2,53 %	0,00 %	7,62 %	5,09 %
		Matriz de riesgo para administración de medicamentos	C27.1A Matriz de riesgo para administración de medicamentos	16,98 %	0,40 %	33,56 %	16,58 %
		Matriz general de riesgo de medicamentos	C27.1A Matriz general de riesgo de medicamentos	54,70 %	29,83 %	79,57 %	24,87 %
		Matriz medicamentos controlados	C27.1A Matriz medicamentos controlados	19,93 %	0,00 %	41,30 %	21,37 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C27.2A Si	30,78 %	19,78 %	41,78 %	11,00 %
		No	C27.2A No	11,30 %	4,22 %	18,38 %	7,08 %
		Ns/Nr/Na	C27.2A Ns/Nr/Na	20,14 %	10,97 %	29,31 %	9,17 %
	Complementaria	Alertas de seguridad en sistema de historia clínica	C27.2B Alertas de seguridad en sistema de historia clínica	0,31 %	0,00 %	0,91 %	0,60 %
		Evaluación de eventos adversos	C27.2B Evaluación de eventos adversos	13,58 %	5,06 %	22,09 %	8,52 %



	Lista de chequeo vigilancia activa de uso de medicamentos	C27.2B Lista de chequeo vigilancia activa de uso de medicamentos	0,28 %	0,00 %	0,82 %	0,55 %
	Matriz de medicamentos antibióticos	C27.2B Matriz de medicamentos antibióticos	0,15 %	0,00 %	0,45 %	0,30 %
	Matriz de riesgo por áreas/procesos/procedimientos	C27.2B Matriz de riesgo por áreas/procesos/procedimientos	14,46 %	4,16 %	24,7 5%	10,2 9%
	Matriz general de riesgos	C27.2B Matriz general de riesgos	1,12 %	0,00 %	3,32 %	2,20 %
	Matriz SARO y de riesgo en salud	C27.2B Matriz SARO y de riesgo en salud	4,35 %	0,00 %	12,6 5%	8,30 %
	Programa de riesgos por servicio	C27.2B Programa de riesgos por servicio	0,99 %	0,00 %	2,94 %	1,95 %
	Programa de seguridad del paciente/Farmacovigilancia	C27.2B Programa de seguridad del paciente/Farmacovigilancia	9,40 %	2,77 %	16,0 2%	6,62 %

Fuente: Construcción propia.

Tabla 8. Margen de error e intervalos de confianza, Formulario 2: Profesionales del servicio farmacéutico.

Pregunta	Codificación	Categoría	Variable	Estimación	Límite inferior	Límite superior	ME (%)
Especialidad		si	p10.1_si	1,44 %	0,0 0%	3,45 %	2,0 0%
		no	p10.1_no	98,5 6%	96, 55 %	100, 00 %	2,0 0%

Diplomados		si	p10.2_si	5,33 %	2,1 3%	8,53 %	3,2 0%
		no	p10.2_no	94,6 7%	91, 47 %	97,8 7%	3,2 0%
Seminarios		si	p10.3_si	1,98 %	0,0 0%	4,22 %	2,2 4%
		no	p10.3_no	98,0 2%	95, 78 %	100, 00 %	2,2 4%
Cursos no formales		si	p10.4_si	15,8 1%	7,9 3%	23,7 0%	7,8 9%
		no	p10.4_no	84,1 9%	76, 30 %	92,0 7%	7,8 9%
Otro, ¿cuál?		si	p10.5_si	1,94 %	0,0 0%	4,25 %	2,3 1%
		no	p10.5_no	98,0 6%	95, 75 %	100, 00 %	2,3 1%
¿Qué medicamentos opioides maneja la institución y cuáles son sus presentaciones?	Primaria	Buprenorfina parches transdérmicos	C13A Buprenorfina parches transdérmicos	11,2 8%	4,5 1%	18,0 4%	6,7 6%
		Codeína tabletas	C13A Codeína tabletas	6,33 %	1,9 8%	10,6 9%	4,3 6%
		Dihidrocodeína jarabe	C13A Dihidrocodeína jarabe	4,46 %	0,9 8%	7,95 %	3,4 8%
		Fentanilo parches transdérmicos	C13A Fentanilo parches transdérmicos	3,96 %	0,0 9%	7,83 %	3,8 7%
		Fentanilo y análogos en solución inyectable	C13A Fentanilo y análogos en solución inyectable	75,8 1%	67, 39 %	84,2 4%	8,4 3%
		Hidrocodona tabletas	C13A Hidrocodona tabletas	4,17 %	1,2 8%	7,06 %	2,8 9%
		Hidromorfona parches transdérmicos	C13A Hidromorfona parches transdérmicos	0,92 %	0,0 0%	2,70 %	1,7 8%
		Hidromorfona solución inyectable	C13A Hidromorfona solución inyectable	51,0 5%	42, 20 %	59,9 1%	8,8 6%

		Hidromorfona tabletas	C13A Hidromorfona tabletas	4,98 %	1,7 3%	8,22 %	3,2 4%
		Loperamida tabletas	C13A Loperamida tabletas	6,96 %	2,2 7%	11,6 4%	4,6 9%
		Meperidina solución inyectable	C13A Meperidina solución inyectable	40,8 2%	32, 21 %	49,4 3%	8,6 1%
		Metadona tabletas	C13A Metadona tabletas	37,0 9%	28, 04 %	46,1 4%	9,0 5%
		Morfina gotas orales	C13A Morfina gotas orales	12,2 9%	6,1 6%	18,4 2%	6,1 3%
		Morfina y análogos solución inyectable	C13A Morfina y análogos solución inyectable	84,8 9%	77, 35 %	92,4 4%	7,5 4%
		Naloxona solución inyectable	C13A Naloxona solución inyectable	0,95 %	0,0 0%	2,54 %	1,5 8%
		Ns / Nr / No maneja medicamentos opioides	C13A Ns / Nr / No maneja medicamentos opioides	3,71 %	0,4 8%	6,95 %	3,2 3%
		Oxicodona solución inyectable	C13A Oxicodona solución inyectable	9,01 %	4,8 5%	13,1 7%	4,1 6%
		Oxicodona tabletas	C13A Oxicodona tabletas	13,0 4%	7,0 9%	19,0 0%	5,9 5%
		Tapentadol tabletas	C13A Tapentadol tabletas	6,53 %	1,9 6%	11,1 0%	4,5 7%
		Tramadol solución inyectable	C13A Tramadol solución inyectable	52,4 4%	43, 68 %	61,2 0%	8,7 6%
		Tramadol solución oral	C13A Tramadol solución oral	1,22 %	0,0 0%	2,55 %	1,3 3%
		Tramadol tabletas	C13A Tramadol tabletas	12,6 2%	6,3 6%	18,8 8%	6,2 6%
¿Podría por favor describir el procedimiento para la adquisición	Primaria	Medicamentos de control especial	C16A Medicamentos de control especial	43,6 8%	35, 20 %	52,1 6%	8,4 8%
		Medicamentos no controlados	C16A Medicamentos no controlados	28,7 4%	20, 72 %	36,7 6%	8,0 2%

de medicamen tos opioides en la institución?		Monopolio del Estado	C16A Monopolio del Estado	68,4 1%	59, 80 %	77,0 2%	8,6 1%
		Ns/Nr	C16A Ns/Nr	4,68 %	1,4 5%	7,91 %	3,2 3%
	Comple mentari a	Controlados: Proveedor/operador con resolución nacional inscrito al FNE	C16B Controlados: Proveedor/operador con resolución nacional inscrito al FNE	42,3 8%	34, 14 %	50,6 2%	8,2 4%
		Laboratorio fabricante	C16B Laboratorio fabricante	2,00 %	0,0 2%	3,99 %	1,9 9%
		Monopolio FNE	C16B Monopolio FNE	27,6 7%	19, 59 %	35,7 4%	8,0 7%
		Monopolio FRE	C16B Monopolio FRE	44,2 6%	34, 91 %	53,6 1%	9,3 5%
		No controlado: Operador logístico	C16B No controlado: Operador logístico	1,40 %	0,0 0%	3,36 %	1,9 6%
		No controlado: Proveedores generales	C16B No controlado: Proveedores generales	26,4 2%	18, 60 %	34,2 4%	7,8 2%
	Comple mentari a-2	Compras trimestrales	C16C Compras trimestrales	1,15 %	0,0 0%	3,39 %	2,2 4%
		Controlados: Cotización en línea/solicitud/facturaci ón/pago/entrega	C16C Controlados: Cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega	37,3 1%	29, 59 %	45,0 3%	7,7 2%
		Monopolio FNE: cotización en línea/solicitud/facturaci ón/pago/entrega	C16C Monopolio FNE: cotización en línea/solicitud/facturación/pago/entrega	26,4 8%	18, 02 %	34,9 4%	8,4 6%
¿Ha tenido alguna limitación en el acceso, compra o	Primaria	Si	C17A Si	56,3 8%	46, 85 %	65,9 2%	9,5 4%
		No	C17A No	39,2 8%	29, 76 %	48,7 9%	9,5 2%



disponibilidad de medicamentos opioides?		Ns/Nr	C17A Ns/Nr	4,34 %	1,5 0%	7,18 %	2,8 4%
	Complementaria	Barreras logísticas solicitud/desplazamiento/entrega	C17B Barreras logísticas solicitud/desplazamiento/entrega	2,22 %	0,0 0%	5,02 %	2,8 0%
		Barreras presupuestales/administrativas de las instituciones	C17B Barreras presupuestales/administrativas de las instituciones	4,54 %	0,0 0%	9,19 %	4,6 4%
		Con registros INVIMA para oxicodona	C17B Con registros INVIMA para oxicodona	0,75 %	0,0 0%	2,24 %	1,4 9%
		Demora en la respuesta a solicitudes del FNE	C17B Demora en la respuesta a solicitudes del FNE	0,43 %	0,0 0%	1,04 %	0,6 0%
		Desabastecimiento de meperidina	C17B Desabastecimiento de meperidina	2,37 %	0,0 0%	5,97 %	3,6 0%
		Desabastecimiento de tramadol de 50 mg	C17B Desabastecimiento de tramadol de 50 mg	2,10 %	0,0 0%	5,06 %	2,9 5%
		Desabastecimiento en el FNE	C17B Desabastecimiento en el FNE	0,43 %	0,0 0%	1,04 %	0,6 0%
		Desabastecimiento en el Fondo Rotatorio	C17B Desabastecimiento en el Fondo Rotatorio	5,65 %	0,0 8%	11,2 2%	5,5 7%
		Desabastecimiento en la secretaría de salud	C17B Desabastecimiento en la secretaría de salud	4,02 %	0,5 3%	7,51 %	3,4 9%
		Desabastecimiento meperidina	C17B Desabastecimiento meperidina	6,51 %	1,1 3%	11,8 8%	5,3 7%
		Desabastecimiento/no disponibilidad de opioides en general	C17B Desabastecimiento/no disponibilidad de opioides en general	28,0 2%	18, 45 %	37,5 9%	9,5 7%
		Desabastecimiento/restricción de fentanilo	C17B Desabastecimiento/restricción de fentanilo	12,5 8%	5,7 3%	19,4 3%	6,8 5%
		Desabastecimiento/restricción de hidromorfona	C17B Desabastecimiento/restricción de hidromorfona	14,7 9%	6,9 0%	22,6 8%	7,8 9%
		Desabastecimiento/restricción de metadona	C17B Desabastecimiento/restricción de metadona	7,74 %	0,3 9%	15,0 9%	7,3 5%
		Desabastecimiento/restricción de midazolam	C17B Desabastecimiento/restricción de midazolam	5,18 %	0,5 5%	9,81 %	4,6 3%
		Desabastecimiento/restricción de morfina	C17B Desabastecimiento/restricción de morfina	20,7 2%	12, 23 %	29,2 2%	8,4 9%

		Desabastecimiento/restricción de remifentanilo	C17B Desabastecimiento/restricción de remifentanilo	5,40 %	0,1 8%	10,6 1%	5,2 1%
		Dificultades acceso medicamentos monopolio del Estado	C17B Dificultades acceso medicamentos monopolio del Estado	6,96 %	1,9 2%	12,0 0%	5,0 4%
		Dificultades con los formatos de prescripción	C17B Dificultades con los formatos de prescripción	2,05 %	0,0 0%	6,06 %	4,0 1%
		Dificultades con los recetarios	C17B Dificultades con los recetarios	1,62 %	0,0 0%	4,76 %	3,1 4%
		En la adquisición de algunas presentaciones	C17B En la adquisición de algunas presentaciones	1,40 %	0,0 0%	4,11 %	2,7 1%
		Fechas de vencimiento muy próximas	C17B Fechas de vencimiento muy próximas	1,27 %	0,0 0%	2,74 %	1,4 7%
		Inflexibilidad en fechas compra/entrega	C17B Inflexibilidad en fechas compra/entrega	6,05 %	1,2 9%	10,8 0%	4,7 6%
		Limitación de acceso a medicamentos de control especial	C17B Limitación de acceso a medicamentos de control especial	2,07 %	0,0 0%	4,51 %	2,4 4%
		No llegan las cantidades solicitadas/completas	C17B No llegan las cantidades solicitadas/completas	8,61 %	0,1 2%	17,1 0%	8,4 9%
		Resolución vencida	C17B Resolución vencida	1,79 %	0,0 0%	5,30 %	3,5 1%
		Restricciones en las condiciones/cantidad de compra	C17B Restricciones en las condiciones/cantidad de compra	6,94 %	2,0 6%	11,8 1%	4,8 7%
¿La institución cuenta con algún protocolo o lineamiento para la gestión de dificultades logísticas en el acceso a	Primaria	Si	C18A Si	47,7 5%	38,27 %	57,2 3%	9,4 8%
		No	C18A No	42,4 2%	33,45 %	51,3 9%	8,9 7%
		Ns / Nr	C18A Ns / Nr	9,83 %	5,1 7%	14,4 9%	4,6 6%
	Complementaria	Alerta sanitaria	C18B Alerta sanitaria	1,17 %	0,0 0%	3,18 %	2,0 1%
		Comunicación con proveedores	C18B Comunicación con proveedores	2,29 %	0,0 0%	4,95 %	2,6 7%

medicamentos opioides?		Divulgación desabastecimiento - alternativa tratamiento	C18B Divulgación desabastecimiento - alternativa tratamiento	21,19%	14,52%	27,85%	6,66%
		Prestamos interinstitucionales	C18B Prestamos interinstitucionales	2,50%	0,13%	4,86%	2,36%
		Proceso no oficial	C18B Proceso no oficial	7,96%	3,36%	12,55%	4,60%
		Protocolo de Adquisición	C18B Protocolo de Adquisición	23,20%	14,53%	31,87%	8,67%
¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?	Primaria	Si	C19A Si	88,48%	82,83%	94,12%	5,64%
		No	C19A No	9,52%	4,26%	14,79%	5,26%
		Ns/Nr	C19A Ns/Nr	2,00%	0,00%	4,10%	2,10%
¿Cuáles medicamentos opioides cree que hacen falta en la institución?	Primaria	Buprenorfina	C19.1A Buprenorfina	1,67%	1,37%	1,97%	0,30%
		Cannabidiol	C19.1A Cannabidiol	3,51%	0,00%	10,91%	7,40%
		Formas farmacéuticas orales	C19.1A Formas farmacéuticas orales	14,85%	0,00%	37,88%	23,02%
		Formas farmacéuticas parenterales	C19.1A Formas farmacéuticas parenterales	7,00%	0,00%	17,21%	10,21%
		Hidromorfona	C19.1A Hidromorfona	34,06%	4,41%	63,71%	29,65%
		Meperidina	C19.1A Meperidina	12,17%	0,00%	35,38%	23,21%
		Metadona	C19.1A Metadona	15,91%	0,00%	40,20%	24,30%

		Morfina	C19.1A Morfina	24,6 4%	1,5 0%	47,7 9%	23, 15 %
		Ns/Nr	C19.1A Ns/Nr	3,74 %	0,0 0%	11,1 8%	7,4 4%
		Oxicodona	C19.1A Oxicodona	21,7 8%	0,0 0%	44,5 5%	22, 78 %
		Tapentadol	C19.1A Tapentadol	9,61 %	0,0 0%	28,5 3%	18, 92 %
¿Las presentaciones de medicamentos opioides existentes en Colombia son las adecuadas y/o necesarias para la práctica clínica?	Primaria	Si	C20A Si	61,4 1%	52, 54 %	70,2 8%	8,8 7%
		No	C20A No	29,6 0%	20, 93 %	38,2 6%	8,6 7%
		Ns/Nr	C20A Ns/Nr	8,99 %	4,5 5%	13,4 4%	4,4 5%
	Complementaria	Faltan algunas presentaciones y/o menores concentraciones	C20B Faltan algunas presentaciones y/o menores concentraciones	25,9 4%	11, 50 %	40,3 8%	14, 44 %
		Nos ajustamos al inventario mediante preparados magistrales	C20B Nos ajustamos al inventario mediante preparados magistrales	8,05 %	0,0 0%	17,1 5%	9,0 9%
¿Cuáles harían falta?	Primaria	Fentanilo y análogos	C20.1A Fentanilo y análogos	13,0 5%	2,7 7%	23,3 3%	10, 28 %
		Formas farmacéuticas orales	C20.1A Formas farmacéuticas orales	0,70 %	0,0 0%	2,10 %	1,4 1%
		Hidromorfona	C20.1A Hidromorfona	4,73 %	0,0 0%	11,3 3%	6,6 0%
		Meperidina	C20.1A Meperidina	5,46 %	0,0 0%	13,4 1%	7,9 5%
		Metadona	C20.1A Metadona	9,00 %	0,0 0%	20,7 2%	11, 72 %

		Morfina	C20.1A Morfina	21,4 6%	8,9 0%	34,0 1%	12, 55 %
		Ns/Nr	C20.1A Ns/Nr	26,5 5%	12, 38 %	40,7 1%	14, 16 %
		Parches	C20.1A Parches	3,80 %	0,0 0%	10,9 3%	7,1 3%
		Presentaciones pediátricas o de menor concentración	C20.1A Presentaciones pediátricas o de menor concentración	57,9 0%	44, 19 %	71,6 1%	13, 71 %
¿En la institución se han evidenciado errores en la prescripción de medicamen tos opioides?	Primaria	Si	C22A Si	44,5 9%	35, 40 %	53,7 8%	9,1 9%
		No	C22A No	52,6 1%	43, 40 %	61,8 3%	9,2 2%
		Ns/Nr	C22A Ns/Nr	2,80 %	0,2 5%	5,34 %	2,5 5%
	Comple mentari a	Confundir medicamentos opioides y no opioides	C22B Confundir medicamentos opioides y no opioides	3,23 %	0,0 0%	7,78 %	4,5 5%
		Error en la conciliación del tratamiento	C22B Error en la conciliación del tratamiento	4,20 %	0,0 0%	9,86 %	5,6 5%
		Error en la dosis o frecuencia de administración	C22B Error en la dosis o frecuencia de administración	4,21 %	0,0 0%	9,88 %	5,6 7%
		Error en vía de administración	C22B Error en vía de administración	2,79 %	0,0 0%	6,06 %	3,2 8%
		Interacciones medicamentosas	C22B Interacciones medicamentosas	1,18 %	0,0 0%	3,49 %	2,3 1%
		Uso de siglas o tachones	C22B Uso de siglas o tachones	1,61 %	0,0 0%	4,09 %	2,4 8%
		Uso o diligenciamiento del recetario oficial	C22B Uso o diligenciamiento del recetario oficial	4,58 %	0,0 0%	10,2 9%	5,7 2%
¿Cuáles son los más	Comple mentari a	Error en datos del paciente o recetario incompleto	C22.1A Error en datos del paciente o recetario incompleto	2,31 %	0,0 0%	5,15 %	2,8 4%

representati vos?		Error en la conciliación y/o duración del tratamiento	C22.1A Error en la conciliación y/o duración del tratamiento	26,0 5%	15, 43 %	36,6 7%	10, 62 %
		Error en la dosis, concentración o frecuencia de administración	C22.1A Error en la dosis, concentración o frecuencia de administración	59,7 1%	46, 41 %	73,0 1%	13, 30 %
		Error en vía de administración, nombre o presentación del medicamento	C22.1A Error en vía de administración, nombre o presentación del medicamento	25,1 4%	14, 78 %	35,5 0%	10, 36 %
		Errores en el uso o diligenciamiento del recetario oficial	C22.1A Errores en el uso o diligenciamiento del recetario oficial	27,5 0%	17, 28 %	37,7 2%	10, 22 %
		Interacciones medicamentosas	C22.1A Interacciones medicamentosas	1,18 %	0,0 0%	3,49 %	2,3 1%
		Ns/Nr	C22.1A Ns/Nr	6,41 %	0,0 0%	13,3 4%	6,9 3%
Prescriptor nuevo en la institución		si	p23.1_si	23,9 3%	14, 94 %	32,9 1%	8,9 9%
		no	p23.1_no	58,0 0%	45, 64 %	70,3 7%	12, 37 %
		n/a	p23.1_n/a	16,7 5%	5,9 6%	27,5 3%	10, 79 %
		n/s	p23.1_n/s	1,32 %	0,0 0%	3,29 %	1,9 7%
Caída del sistema		si	p23.2_si	9,38 %	4,4 7%	14,2 9%	4,9 1%
		no	p23.2_no	75,0 1%	64, 51 %	85,5 1%	10, 50 %
		n/a	p23.2_n/a	14,2 9%	6,3 4%	22,2 4%	7,9 5%
		n/s	p23.2_n/s	1,32 %	0,0 0%	3,29 %	1,9 7%

Sistema de prescripción complejo o con errores		si	p23.3_si	7,58 %	3,0 4%	12,1 1%	4,5 4%
		no	p23.3_no	74,3 5%	63,38 %	85,3 2%	10,97 %
		n/a	p23.3_n/a	16,7 5%	5,9 6%	27,5 3%	10,79 %
		n/s	p23.3_n/s	1,32 %	0,0 0%	3,29 %	1,9 7%
Prescripción manual		si	p23.4_si	29,8 2%	22,89 %	36,7 5%	6,9 3%
		no	p23.4_no	54,1 3%	43,50 %	64,7 7%	10,64 %
		n/a	p23.4_n/a	14,7 3%	3,9 1%	25,5 4%	10,81 %
		n/s	p23.4_n/s	1,32 %	0,0 0%	3,29 %	1,9 7%
¿En la institución los médicos diligencian de manera correcta el recetario oficial para la prescripción de los medicamentos opioides que sean de control especial?	Primaria	Si	C24A Si	44,3 6%	34,73 %	53,9 8%	9,6 3%
		No	C24A No	33,1 3%	24,12 %	42,1 5%	9,0 2%
		Ns/Nr	C24A Ns/Nr	22,5 1%	14,19 %	30,8 3%	8,3 2%

¿Cuáles son los errores de prescripción más representativos en los recetas oficiales?	Primaria	Confusión en dosificación - concentración - FF	C24.1A Confusión en dosificación - concentración - FF	49,4 6%	35,69 %	63,2 2%	13,77 %
		Enmendaduras	C24.1A Enmendaduras	19,6 9%	8,6 5%	30,7 3%	11,04 %
		Equivocación / Confusión en registro	C24.1A Equivocación / Confusión en registro	19,4 3%	7,1 8%	31,6 8%	12,25 %
		Error en indicaciones	C24.1A Error en indicaciones	1,01 %	0,0 0%	3,03 %	2,0 2%
		Formulación de otros medicamentos en RO	C24.1A Formulación de otros medicamentos en RO	4,47 %	0,0 0%	9,78 %	5,3 1%
		Ilegible	C24.1A Ilegible	9,54 %	2,0 5%	17,0 3%	7,4 9%
		Incompleto	C24.1A Incompleto	21,0 4%	10,99 %	31,0 9%	10,05 %
		Ns/Nr	C24.1A Ns/Nr	8,35 %	0,1 8%	16,5 2%	8,1 7%
		prescripción mayor a 30 días	C24.1A prescripción mayor a 30 días	0,80 %	0,0 0%	2,37 %	1,5 8%
		Prescriptor nuevo	C24.1A Prescriptor nuevo	6,60 %	0,0 0%	14,6 5%	8,0 4%
		Uso de siglas	C24.1A Uso de siglas	1,17 %	0,0 0%	3,48 %	2,3 1%
		Vía de administración	C24.1A Vía de administración	0,24 %	0,0 0%	0,72 %	0,4 8%
¿Tienen conocimiento de la resolución 1478 de 2006 y la resolución 315 de 2020 del Ministerio de Salud y		si	p25_si	72,4 0%	62,89 %	81,9 1%	9,5 1%
		no	p25_no	13,6 7%	6,7 2%	20,6 3%	6,9 5%
		n/a	p25_n/a	13,9 2%	6,3 1%	21,5 4%	7,6 2%

Protección Social?							
¿Llevan a cabo seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes con medicamentos opioides?	Primaria	Si	C26A Si	48,4 8%	39,42 %	57,5 3%	9,0 6%
		No	C26A No	44,2 8%	34,96 %	53,6 1%	9,3 2%
		Ns/Nr	C26A Ns/Nr	7,24 %	2,7 7%	11,7 1%	4,4 7%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C26.1A Si	58,7 4%	44,86 %	72,6 2%	13,88 %
		No	C26.1A No	13,9 5%	5,0 1%	22,8 9%	8,9 4%
		Ns/Nr	C26.1A Ns/Nr	27,3 1%	14,50 %	40,1 2%	12,81 %
¿En la institución se cuenta con programas de conciliación de medicamentos, plan de egreso, salida segura u otros?	Primaria	Si	C27A Si	23,7 9%	16,14 %	31,4 4%	7,6 5%
		Si, conciliación de medicamentos	C27A Si, conciliación de medicamentos	30,8 4%	22,32 %	39,3 6%	8,5 2%
		Si, conciliación de medicamentos en proceso de implementación	C27A Si, conciliación de medicamentos en proceso de implementación	1,15 %	0,0 0%	3,37 %	2,2 1%
		Si, conciliación y salida segura (o plan de egreso)	C27A Si, conciliación y salida segura (o plan de egreso)	7,10 %	2,5 9%	11,6 1%	4,5 1%
		Si, salida segura (o plan de egreso)	C27A Si, salida segura (o plan de egreso)	4,44 %	0,0 0%	9,41 %	4,9 8%
		No	C27A No	21,6 1%	13,85 %	29,3 6%	7,7 6%

		No, en proceso de construcción.	C27A No, en proceso de construcción.	1,11 %	0,0 0%	2,37 %	1,2 6%
		Ns/Nr/Na	C27A Ns/Nr/Na	9,96 %	5,1 4%	14,7 8%	4,8 2%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C27.1A Si	20,8 2%	9,4 5%	32,1 9%	11, 37 %
		No	C27.1A No	15,1 5%	0,4 7%	29,8 2%	14, 68 %
		Ns/Nr	C27.1A Ns/Nr	62,0 6%	45, 79 %	78,3 2%	16, 27 %
¿La institución cuenta con reportes de farmacovigilancia relacionados a medicamentos opioides?	Primaria	Si.	C28A. Si.	22,0 6%	15, 24 %	28,8 8%	6,8 2%
		Si, Opioides no controlados.	C28A. Si, Opioides no controlados.	2,67 %	0,0 0%	5,83 %	3,1 6%
		Si, por falta de disponibilidad.	C28A. Si, por falta de disponibilidad.	2,59 %	0,0 0%	5,21 %	2,6 2%
		No	C28A. No	68,6 0%	60, 44 %	76,7 5%	8,1 6%
		Ns/Nr/Na	C28A. Ns/Nr/Na	7,04 %	1,8 1%	12,2 7%	5,2 3%
¿Podría indicar cuantos casos serios de farmacovigilancia de medicamentos opioides se han presentado en la institución	Primaria	Si.	C28.1A. Si.	12,5 8%	2,3 3%	22,8 3%	10, 25 %
		Si, casos no serios.	C28.1A. Si, casos no serios.	27,1 6%	11, 45 %	42,8 8%	15, 71 %
		Si, en el último año o más tiempo	C28.1A. Si, en el último año o más tiempo	14,9 9%	2,1 4%	27,8 5%	12, 85 %
		Si, fallo terapéutico.	C28.1A. Si, fallo terapéutico.	7,00 %	0,0 0%	16,8 0%	9,8 0%
		Si, sin especificar en qué periodo de tiempo.	C28.1A. Si, sin especificar en qué periodo de tiempo.	2,15 %	0,0 0%	6,40 %	4,2 4%

en el último trimestre?		No.	C28.1A. No.	20,7 0%	6,2 4%	35,1 6%	14,46 %
		Ns/Nr	C28.1A. Ns/Nr	26,3 2%	10,00 %	42,6 4%	16,32 %
¿En la institución se han presentado pérdidas de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C30A. Si	8,35 %	4,1 1%	12,5 9%	4,2 4%
		Si, otros medicamentos de control	C30A. Si, otros medicamentos de control	1,17 %	0,0 0%	2,81 %	1,6 4%
		Si, por vencimiento	C30A. Si, por vencimiento	2,03 %	0,0 0%	4,80 %	2,7 6%
		No	C30A. No	85,0 9%	79,43 %	90,7 5%	5,6 6%
		Ns/Nr/Na	C30A. Ns/Nr/Na	3,36 %	0,5 5%	6,16 %	2,8 0%
¿La institución cuenta con un protocolo/Procedimiento que indique como proceder en estos casos o usted como procede en estos casos?	Primaria	Si	C31A. Si	48,9 3%	40,01 %	57,8 6%	8,9 3%
		Si, control de inventarios	C31A. Si, control de inventarios	4,33 %	0,6 9%	7,97 %	3,6 4%
		Si, esta en construcción	C31A. Si, esta en construcción	0,08 %	0,0 0%	0,24 %	0,1 6%
		No	C31A. No	32,8 9%	23,90 %	41,8 7%	8,9 9%
		Ns/Nr/Na	C31A. Ns/Nr/Na	13,7 7%	8,0 6%	19,4 7%	5,7 0%
¿Podría describir el documento?	Primaria	Citar comité, análisis causal, denuncia, planes de mejora y/o reporte FRE/FNE.	C31.1A. Citar comité, análisis causal, denuncia, planes de mejora y/o reporte FRE/FNE.	2,94 %	0,0 0%	6,90 %	3,9 7%
		Denuncio.	C31.1A. Denuncio.	14,7 3%	5,3 1%	24,1 6%	9,4 3%



	Ns/Nr	C31.1A. Ns/Nr	1,94 %	0,0 0%	5,11 %	3,1 7%
	Reporte interno y denuncia.	C31.1A. Reporte interno y denuncia.	1,39 %	0,0 0%	3,58 %	2,1 9%
	Reporte interno y proceso de investigación.	C31.1A. Reporte interno y proceso de investigación.	6,20 %	0,0 3%	12,3 6%	6,1 6%
	Reporte interno y reporte a Secretaria de salud/FRE/FNE.	C31.1A. Reporte interno y reporte a Secretaria de salud/FRE/FNE.	18,5 4%	9,4 2%	27,6 5%	9,1 2%
	Reporte interno, Denuncio, investigación y reporte a secretaria/FRE/FNE	C31.1A. Reporte interno, Denuncio, investigación y reporte a secretaria/FRE/FNE	39,3 6%	26, 41 %	52,3 2%	12, 95 %
	Según documentos institucionales	C31.1A. Según documentos institucionales	1,07 %	0,0 0%	3,18 %	2,1 1%
	Según lineamientos de la Resolución 1478/2006	C31.1A. Según lineamientos de la Resolución 1478/2006	1,99 %	0,0 0%	5,28 %	3,2 9%
	Según procedimiento de manejo de seguridad en el manejo de medicamentos.	C31.1A. Según procedimiento de manejo de seguridad en el manejo de medicamentos.	2,37 %	0,0 0%	7,02 %	4,6 5%
	Según procesos y procedimientos del Servicio Farmacéutico	C31.1A. Según procesos y procedimientos del Servicio Farmacéutico	2,06 %	0,0 0%	6,12 %	4,0 6%
	Según Protocolo/Instructivo medicamentos de control especial	C31.1A. Según Protocolo/Instructivo medicamentos de control especial	7,41 %	1,6 9%	13,1 4%	5,7 2%
Comple mentari a	Control de inventario en entrega de turno.	C31.1B. Control de inventario en entrega de turno.	39,0 9%	0,0 0%	86,1 2%	47, 02 %
	Documentación en construcción para todos los medicamentos de control especial.	C31.1B. Documentación en construcción para todos los medicamentos de control especial.	1,82 %	0,0 0%	5,46 %	3,6 4%

¿Cómo procede cuando se presentan pérdidas de medicamentos opioides?		Libros de medicamentos de control.	C31.1B. Libros de medicamentos de control.	5,50 %	0,0 0%	11,7 4%	6,2 4%
		Reporte al químico farmacéutico.	C31.1B. Reporte al químico farmacéutico.	12,7 6%	0,0 0%	41,1 4%	28,38 %
		Revisión suministro y administración.	C31.1B. Revisión suministro y administración.	26,1 7%	0,0 0%	74,4 0%	48,23 %
	Primaria	Circular, búsqueda de responsable y denuncia	C31.2A. Circular, búsqueda de responsable y denuncia	0,34 %	0,0 0%	1,01 %	0,6 7%
		Citar comité para análisis.	C31.2A. Citar comité para análisis.	1,66 %	0,0 0%	4,11 %	2,4 5%
		Denuncia	C31.2A. Denuncia	6,56 %	0,2 6%	12,8 5%	6,3 0%
		Denuncia y reporte a autoridad competente.	C31.2A. Denuncia y reporte a autoridad competente.	11,7 6%	3,8 8%	19,6 3%	7,8 8%
		Reporte interno e investigación.	C31.2A. Reporte interno e investigación.	7,15 %	0,6 0%	13,7 1%	6,5 6%
		Reporte interno y revisión de inventario	C31.2A. Reporte interno y revisión de inventario	1,39 %	0,0 0%	4,11 %	2,7 3%
		Reporte interno y seguimiento	C31.2A. Reporte interno y seguimiento	1,68 %	0,0 0%	4,66 %	2,9 8%
		Reporte interno, investigación y denuncia.	C31.2A. Reporte interno, investigación y denuncia.	3,85 %	0,0 0%	9,10 %	5,2 5%
		Reporte interno, investigación y reporte a autoridad competente.	C31.2A. Reporte interno, investigación y reporte a autoridad competente.	14,2 4%	3,2 5%	25,2 2%	10,98 %
		Seguir proceso indicado en la Resolución	C31.2A. Seguir proceso indicado en la Resolución	0,91 %	0,0 0%	2,71 %	1,8 0%
		Ns/Nr	C31.2A. Ns/Nr	50,4 7%	37,32 %	63,6 3%	13,16 %
	Complementaria	Comunicación con el FRE para manejo de vencimientos.	C31.2B. Comunicación con el FRE para manejo de vencimientos.	1,70 %	0,0 0%	5,10 %	3,4 0%

		Escandalo	C31.2B. Escandalo	0,82 %	0,0 0%	2,48 %	1,6 6%
		Instructivo perdida cadena de custodia para medicamentos en general	C31.2B. Instructivo perdida cadena de custodia para medicamentos en general	3,35 %	0,0 0%	9,92 %	6,5 6%
		Protocolo de medicamentos de control especial sin contemplar proceso para gestión de perdidas.	C31.2B. Protocolo de medicamentos de control especial sin contemplar proceso para gestión de perdidas.	4,28 %	0,0 0%	12,5 9%	8,3 2%
		Registro de responsable de inventario de medicamentos de control.	C31.2B. Registro de responsable de inventario de medicamentos de control.	2,23 %	0,0 0%	6,64 %	4,4 2%
		Reporte directo al cliente	C31.2B. Reporte directo al cliente	2,75 %	0,0 0%	8,17 %	5,4 2%
¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos, manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C32A Si	71,2 3%	63,35 %	79,1 2%	7,8 9%
		No	C32A No	20,7 5%	13,40 %	28,1 0%	7,3 5%
		Ns / Nr	C32A Ns / Nr	8,01 %	3,3 1%	12,7 2%	4,7 1%

¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Guía Uso Racional de Analgésicos	C32.1A Guía Uso Racional de Analgésicos	0,67 %	0,0 0%	1,99 %	1,3 2%
		Guía/Protocolo de Cuidado paliativo	C32.1A Guía/Protocolo de Cuidado paliativo	0,27 %	0,0 0%	0,81 %	0,5 4%
		Guía/Protocolo Manejo de Dolor	C32.1A Guía/Protocolo Manejo de Dolor	3,20 %	0,0 0%	6,42 %	3,2 2%
		Guía/Protocolo No específico	C32.1A Guía/Protocolo No específico	8,19 %	3,2 6%	13,1 2%	4,9 3%
		Guías por Patología	C32.1A Guías por Patología	0,65 %	0,0 0%	1,95 %	1,2 9%
		Manejo de Abstinencia	C32.1A Manejo de Abstinencia	0,74 %	0,0 0%	2,19 %	1,4 5%
		Manejo de Medicamentos General	C32.1A Manejo de Medicamentos General	6,40 %	1,8 5%	10,9 6%	4,5 6%
		Manejo de Opioides	C32.1A Manejo de Opioides	1,66 %	0,0 0%	3,64 %	1,9 8%
		Manejo Medicamentos Controlados	C32.1A Manejo Medicamentos Controlados	58,1 9%	47, 39 %	68,9 9%	10, 80 %
		Manual Servicio farmacéutico	C32.1A Manual Servicio farmacéutico	5,10 %	0,4 0%	9,79 %	4,7 0%
		Uso Seguro de Medicamentos	C32.1A Uso Seguro de Medicamentos	1,14 %	0,0 0%	2,97 %	1,8 4%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C32.2A Si	29,9 2%	11, 45 %	48,3 9%	18, 47 %
		No	C32.2A No	17,7 8%	2,0 4%	33,5 2%	15, 74 %
		Ns/Nr	C32.2A Ns/Nr	52,3 0%	32, 42 %	72,1 8%	19, 88 %
¿Que lineamientos o guía de práctica clínica	Primaria	Si	C33A Si	40,3 2%	31, 94 %	48,6 9%	8,3 7%
		No	C33A No	13,9 8%	7,4 1%	20,5 5%	6,5 7%

nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?:		Ns/Nr	C33A Ns/Nr	45,70%	36,77%	54,64%	8,94%
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Decreto 780 Resolución 1403	C33.1A Decreto 780 Resolución 1403	3,75%	0,00%	9,64%	5,89%
		Guía Internacional sin especificar	C33.1A Guía Internacional sin especificar	1,80%	0,00%	4,98%	3,17%
		Guía Nacional sin especificar	C33.1A Guía Nacional sin especificar	8,45%	2,04%	14,86%	6,41%
		Guía/Protocolo manejo de dolor	C33.1A Guía/Protocolo manejo de dolor	7,84%	0,00%	15,85%	8,01%
		Guía/Protocolo No específico	C33.1A Guía/Protocolo No específico	1,06%	0,00%	2,58%	1,53%
		Guías del Ministerio	C33.1A Guías del Ministerio	29,11%	15,03%	43,19%	14,08%
		lineamientos OMS	C33.1A lineamientos OMS	6,11%	0,00%	13,28%	7,17%
		Normatividad Nacional Vigente	C33.1A Normatividad Nacional Vigente	43,28%	30,48%	56,08%	12,80%
		Resoluciones 1478 de 2006 / 315 de 2020	C33.1A Resoluciones 1478 de 2006 / 315 de 2020	17,31%	6,85%	27,76%	10,45%
		Ns/Nr	C33.1A Ns/Nr	9,84%	1,21%	18,48%	8,64%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C33.2A Si	20,12%	1,11%	39,12%	19,00%

		Ns/Nr	C33.2A Ns/Nr	79,8 8%	60,88 %	98,8 9%	19,00 %
¿Dentro los indicadores de gestión definidos en de la institución se discrimina alguna información respecto al uso y manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C34A Si	24,0 2%	15,83 %	32,2 1%	8,1 9%
		No	C34A No	65,3 0%	56,35 %	74,2 6%	8,9 5%
		Ns/Nr	C34A Ns/Nr	10,6 8%	4,7 7%	16,5 9%	5,9 1%
	Complementaria	Evaluación del comportamiento estadístico	C34B Evaluación del comportamiento estadístico	11,4 2%	1,8 5%	20,9 9%	9,5 7%
		Indicador de farmacovigilancia general	C34B Indicador de farmacovigilancia general	28,2 7%	7,8 9%	48,6 5%	20,38 %
		Informe mensual de medicamentos de control	C34B Informe mensual de medicamentos de control	25,3 0%	10,14 %	40,4 7%	15,16 %
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Como medicamentos de alto riesgo o grupo farmacológico	C34.1A Como medicamentos de alto riesgo o grupo farmacológico	4,86 %	0,0 0%	10,6 5%	5,7 9%
		Evaluación del comportamiento estadístico	C34.1A Evaluación del comportamiento estadístico	11,8 3%	1,4 9%	22,1 8%	10,35 %
		Indicador de farmacovigilancia general	C34.1A Indicador de farmacovigilancia general	18,0 1%	0,0 0%	38,0 9%	20,08 %
		Informe mensual de medicamentos de control	C34.1A Informe mensual de medicamentos de control	16,5 7%	4,1 0%	29,0 5%	12,48 %
		Ns/Nr	C34.1A Ns/Nr	50,5 3%	31,98 %	69,0 9%	18,56 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C34.2A Si	44,1 3%	33,77 %	54,4 9%	10,36 %

		No	C34.2A No	24,8 5%	16, 30 %	33,4 0%	8,5 5%
		Ns/Nr	C34.2A Ns/Nr	31,0 3%	21, 13 %	40,9 2%	9,9 0%
	Comple mentari a	Para tener un mayor control y/o seguimiento	C34.2B Para tener un mayor control y/o seguimiento	15,2 0%	5,1 4%	25,2 6%	10, 06 %
		Por ser un medicamento monopolio	C34.2B Por ser un medicamento monopolio	18,0 9%	4,4 3%	31,7 5%	13, 66 %
	Comple mentari a-2	No es necesario ni obligatorio	C34.2C No es necesario ni obligatorio	52,8 3%	35, 71 %	69,9 4%	17, 12 %
		Se hace por farmacovigilancia	C34.2C Se hace por farmacovigilancia	11,7 3%	0,0 0%	23,6 3%	11, 89 %
¿Los medicamen tos opioides deberían dispensarse en dosis unitaria o en adecuacion es según la necesidad del paciente?		si	p35_si	54,6 6%	42, 56 %	66,7 6%	12, 10 %
		no	p35_no	8,52 %	2,3 3%	14,7 1%	6,1 9%
		n/a	p35_n/a	36,8 2%	28, 05 %	45,5 9%	8,7 7%
La institución ha tenido que recurrir a la adecuación de medicamen tos opioides		si	p36_si	17,2 4%	8,3 7%	26,1 2%	8,8 7%
		no	p36_no	73,9 7%	62, 91 %	85,0 3%	11, 06 %
		n/a	p36_n/a	8,79 %	4,1 8%	13,4 0%	4,6 1%

por necesidad de otra forma farmacéutica, de acuerdo a las particularidades de los pacientes de la institución							
¿La institución cuentan con un lugar habilitado para la adecuación de medicamentos en dosis unitarias, certificado en BPE central de mezclas?	Primaria	Si	C37A Si	21,72%	12,54%	30,90%	9,18%
		No	C37A No	76,46%	67,20%	85,72%	9,26%
		Ns/Nr	C37A Ns/Nr	1,82%	0,10%	3,55%	1,73%
	Complementaria	Central de mezclas tercerizada	C37B Central de mezclas tercerizada	48,20%	38,09%	58,30%	10,10%
		Cuarto de preparación de medicamentos y/o aprovechamiento de medicamentos	C37B Cuarto de preparación de medicamentos y/o aprovechamiento de medicamentos	3,32%	0,00%	9,14%	5,81%
¿Qué adecuaciones de medicamentos opioides llevan a cabo en la central de mezclas?	Primaria	Dosis unitaria de parenterales	C37.1A Dosis unitaria de parenterales	24,56%	10,84%	38,28%	13,72%
		Fentanilo o análogos	C37.1A Fentanilo o análogos	24,64%	10,56%	38,73%	14,08%
		Hidromorfona	C37.1A Hidromorfona	35,01%	14,32%	55,71%	20,69%
		Meperidina	C37.1A Meperidina	2,30%	0,00%	6,86%	4,56%

		Metadona	C37.1A Metadona	14,3 1%	0,0 0%	30,3 9%	16, 08 %
		Morfina	C37.1A Morfina	45,3 5%	22, 39 %	68,3 1%	22, 96 %
		Ningún medicamento opioide	C37.1A Ningún medicamento opioide	9,92 %	0,0 0%	21,0 8%	11, 16 %
		Oxicodona	C37.1A Oxicodona	2,30 %	0,0 0%	6,86 %	4,5 6%
		Reempaque y/o dosis unitaria de solidos	C37.1A Reempaque y/o dosis unitaria de solidos	12,9 6%	0,1 0%	25,8 1%	12, 86 %
		Tramadol	C37.1A Tramadol	12,8 9%	0,0 0%	26,5 3%	13, 64 %
		Ns/Nr/No realiza adecuaciones	C37.1A Ns/Nr/No realiza adecuaciones	20,8 7%	0,0 0%	45,6 4%	24, 77 %
Al no contar con central de mezclas, ¿Como lleva a cabo la preparación y/o adecuación de medicamentos opioides en la institución?	Primaria	El especialista en el quirófano	C37.2A El especialista en el quirófano	10,1 0%	3,3 3%	16,8 8%	6,7 7%
		El medico en el domicilio del paciente	C37.2A El medico en el domicilio del paciente	3,01 %	0,0 0%	8,81 %	5,8 0%
		La enfermera en área limpia o área de preparación de medicamentos	C37.2A La enfermera en área limpia o área de preparación de medicamentos	20,0 0%	10, 66 %	29,3 4%	9,3 4%
		Ns/Nr/Na	C37.2A Ns/Nr/Na	72,9 5%	62, 24 %	83,6 6%	10, 71 %
¿Existe aprovechamiento de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C38A Si	30,9 8%	22, 44 %	39,5 2%	8,5 4%
		No	C38A No	57,7 4%	48, 70 %	66,7 9%	9,0 4%



		Ns/Nr	C38A Ns/Nr	11,2 8%	4,9 4%	17,6 1%	6,3 4%
¿Cómo lleva a cabo este proceso?	Primaria	Una ampolla/vial para varios pacientes	C38.1A Una ampolla/vial para varios pacientes	61,5 5%	45,33 %	77,7 8%	16,23 %
		Unidades prescritas y no utilizadas devueltas a farmacia	C38.1A Unidades prescritas y no utilizadas devueltas a farmacia	4,35 %	0,0 0%	8,91 %	4,5 7%
		Ns/Nr	C38.1A Ns/Nr	34,1 0%	18,42 %	49,7 8%	15,68 %
En el caso de los medicamentos opioides débiles como el TRAMADOL, ¿debería existir algún control para su dispensación?	Primaria	Si	C39A Si	62,6 8%	53,24 %	72,1 2%	9,4 4%
		Si, pero control desde la dispensación	C39A Si, pero control desde la dispensación	5,61 %	1,5 1%	9,71 %	4,1 0%
		No	C39A No	28,5 8%	19,69 %	37,4 8%	8,8 9%
		Ns/Nr	C39A Ns/Nr	3,13 %	0,7 2%	5,54 %	2,4 1%
¿En la institución se ha observado un uso indiscriminado de TRAMADOL?	Primaria	Si	C40A Si	9,89 %	3,8 0%	15,9 8%	6,0 9%
		No	C40A No	79,3 9%	72,16 %	86,6 1%	7,2 3%
		Ns/Nr	C40A Ns/Nr	10,7 2%	5,5 9%	15,8 6%	5,1 3%
La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la	Primaria	Acuerdo	C42.1A Acuerdo	61,0 2%	51,73 %	70,3 2%	9,3 0%
		Desacuerdo	C42.1A Desacuerdo	12,6 8%	7,2 5%	18,1 1%	5,4 3%

práctica médica		Ns/Nr/Na	C42.1A Ns/Nr/Na	26,2 9%	17,24 %	35,35 %	9,05 %
La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada	Primaria	Acuerdo	C42.2A Acuerdo	59,12 %	49,66 %	68,59 %	9,46 %
		Desacuerdo	C42.2A Desacuerdo	14,32 %	8,24 %	20,40 %	6,08 %
		Ns/Nr/Na	C42.2A Ns/Nr/Na	26,56 %	17,51 %	35,61 %	9,05 %
El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada	Primaria	Acuerdo	C42.3A Acuerdo	31,45 %	22,14 %	40,76 %	9,31 %
		Desacuerdo	C42.3A Desacuerdo	42,25 %	33,60 %	50,91 %	8,66 %
		Ns/Nr/Na	C42.3A Ns/Nr/Na	26,29 %	17,24 %	35,35 %	9,05 %
La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada	Primaria	Acuerdo	C42.4A Acuerdo	61,67 %	52,12 %	71,21 %	9,55 %
		Desacuerdo	C42.4A Desacuerdo	10,76 %	5,64 %	15,88 %	5,12 %
		Ns/Nr/Na	C42.4A Ns/Nr/Na	27,57 %	18,49 %	36,66 %	9,09 %
Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones	Primaria	Acuerdo	C42.5A Acuerdo	32,29 %	24,18 %	40,41 %	8,12 %
		Desacuerdo	C42.5A Desacuerdo	38,93 %	30,38 %	47,49 %	8,56 %
		Ns/Nr/Na	C42.5A Ns/Nr/Na	28,77 %	19,72 %	37,83 %	9,05 %

¿Qué controles se ejercen en la institución en cuanto a la disposición final de medicamentos opioides, incluidos remanentes?	Primaria	Control de pérdidas y vencimientos, y posterior destrucción	C45A Control de pérdidas y vencimientos, y posterior destrucción	0,79 %	0,0 0%	2,34 %	1,5 5%
		Desechar en guardián y luego incinerar	C45A Desechar en guardián y luego incinerar	14,5 1%	7,1 6%	21,8 6%	7,3 5%
		Desechar en una bolsa	C45A Desechar en una bolsa	2,97 %	0,0 0%	6,17 %	3,2 1%
		Desecho en caneca roja	C45A Desecho en caneca roja	4,15 %	1,0 0%	7,30 %	3,1 5%
		No se tiene control	C45A No se tiene control	1,51 %	0,1 4%	2,88 %	1,3 7%
		Ns/Nr/Na	C45A Ns/Nr/Na	14,7 1%	8,7 7%	20,6 5%	5,9 4%
		Proceso de disposición final común todos los medicamentos	C45A Proceso de disposición final común todos los medicamentos	4,86 %	1,3 4%	8,37 %	3,5 1%
		Reporte de remanentes	C45A Reporte de remanentes	2,71 %	0,4 7%	4,94 %	2,2 4%
		Reporte en sistema de lo que se desecha	C45A Reporte en sistema de lo que se desecha	1,54 %	0,0 0%	3,38 %	1,8 4%
		Responsabilidad de enfermería	C45A Responsabilidad de enfermería	5,75 %	0,1 6%	11,3 4%	5,5 9%
		revisión unidades en Cx	C45A revisión unidades en Cx	2,59 %	0,0 0%	5,39 %	2,8 0%
		Se entrega al FRE	C45A Se entrega al FRE	1,35 %	0,0 0%	3,35 %	2,0 0%
		Según la norma	C45A Según la norma	42,5 7%	33,57 %	51,5 7%	9,0 0%
¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de	Primaria	Si	C46A Si	19,8 0%	12,96 %	26,6 4%	6,8 4%
		No	C46A No	81,3 0%	72,36 %	90,2 3%	8,9 3%
		Ns/Nr	C46A Ns/Nr	0,84 %	0,0 0%	2,03 %	1,1 8%
		Ampliar canales de divulgación redes/tv/etc	C46B Ampliar canales de divulgación redes/tv/etc	0,89 %	0,0 0%	2,10 %	1,2 0%

medicamentos opioides?	Complementaria	Debería hacerse capacitación virtual	C46B Debería hacerse capacitación virtual	1,00 %	0,0 0%	2,97 %	1,9 7%
		Debería ser permanente	C46B Debería ser permanente	1,00 %	0,0 0%	2,61 %	1,6 1%
		Falta información sobre alertas	C46B Falta información sobre alertas	0,42 %	0,0 0%	1,02 %	0,6 0%
		Falta información sobre manejo de medicamentos de control/opioides	C46B Falta información sobre manejo de medicamentos de control/opioides	11,8 1%	6,3 6%	17,2 7%	5,4 5%
		Falta información sobre normatividad	C46B Falta información sobre normatividad	0,16 %	0,0 0%	0,47 %	0,3 1%
		Falta información sobre uso de opioides en personal de la salud	C46B Falta información sobre uso de opioides en personal de la salud	1,15 %	0,0 0%	2,83 %	1,6 9%
		Falta información sobre uso del recetario oficial	C46B Falta información sobre uso del recetario oficial	1,07 %	0,0 0%	2,61 %	1,5 4%
		Falta información/comunicación interinstitucional	C46B Falta información/comunicación interinstitucional	3,56 %	0,0 0%	8,87 %	5,3 0%
		Falta más capacitación/socialización	C46B Falta más capacitación/socialización	9,05 %	3,1 1%	14,9 9%	5,9 4%
		Falta más información/divulgación	C46B Falta más información/divulgación	13,9 6%	7,3 8%	20,5 4%	6,5 8%
		Falta más inspección y vigilancia	C46B Falta más inspección y vigilancia	0,81 %	0,0 0%	2,09 %	1,2 9%
		La información debe divulgarse a la comunidad/sociedad en general	C46B La información debe divulgarse a la comunidad/sociedad en general	1,76 %	0,1 8%	3,34 %	1,5 8%
		La información debería ser más visible	C46B La información debería ser más visible	0,73 %	0,0 0%	2,00 %	1,2 7%
		La información es muy general	C46B La información es muy general	1,15 %	0,0 0%	3,37 %	2,2 1%
		La información es óptima, actualizada y precisa	C46B La información es óptima, actualizada y precisa	2,99 %	0,1 1%	5,87 %	2,8 8%



		Los entes de control educan y concientizan	C46B Los entes de control educan y concientizan	0,52 %	0,0 0%	1,56 %	1,0 3%
		No es óptima/es insuficiente	C46B No es óptima/es insuficiente	3,93 %	0,8 8%	6,99 %	3,0 5%
		No se ha recibido información/capacitaciones	C46B No se ha recibido información/capacitaciones	1,16 %	0,0 0%	2,56 %	1,4 0%
		Puede mejorarse/intensificarse	C46B Puede mejorarse/intensificarse	3,67 %	0,7 2%	6,62 %	2,9 5%
		Reforzar programas educativos/preventivos	C46B Reforzar programas educativos/preventivos	2,79 %	0,0 7%	5,50 %	2,7 2%
		Se debe capacitar más a médicos y enfermeras	C46B Se debe capacitar más a médicos y enfermeras	4,03 %	0,6 2%	7,44 %	3,4 1%
		Se debe capacitar más al personal farmacéutico	C46B Se debe capacitar más al personal farmacéutico	3,49 %	0,0 0%	8,08 %	4,5 9%
		Se debe mejorar la información disponible en el sitio web del FNE	C46B Se debe mejorar la información disponible en el sitio web del FNE	1,58 %	0,0 0%	3,74 %	2,1 6%
¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	Primaria	Si	C47A Si	17,1 3%	10,65 %	23,6 1%	6,4 8%
		No	C47A No	75,8 2%	68,12 %	83,5 2%	7,7 0%
		Ns/Nr	C47A Ns/Nr	4,32 %	1,1 2%	7,52 %	3,2 0%
	Complementaria	Debe reforzarse la formación de los profesionales de la salud	C47B Debe reforzarse la formación de los profesionales de la salud	16,7 8%	10,23 %	23,3 4%	6,5 6%
		Es escasa / insuficiente	C47B Es escasa / insuficiente	5,25 %	1,1 2%	9,38 %	4,1 3%
		Es muy básica / general	C47B Es muy básica / general	7,80 %	1,9 7%	13,6 3%	5,8 3%
		Es necesaria la actualización	C47B Es necesaria la actualización	3,23 %	0,0 0%	7,80 %	4,5 6%
		Falta formación en manejo de	C47B Falta formación en manejo de medicamentos opioides/controlados	17,7 8%	9,7 7%	25,8 0%	8,0 2%

		medicamentos opioides/controlados					
		Falta formación en manejo de recetarios	C47B Falta formación en manejo de recetarios	0,69 %	0,0 0%	1,66 %	0,9 7%
		Falta formación en manejo del dolor	C47B Falta formación en manejo del dolor	2,01 %	0,0 0%	4,56 %	2,5 5%
		Falta formación en responsabilidades técnicas/administrativas	C47B Falta formación en responsabilidades técnicas/administrativas	0,61 %	0,0 0%	1,81 %	1,1 9%
		Falta más formación en normatividad	C47B Falta más formación en normatividad	1,00 %	0,0 0%	2,13 %	1,1 3%
		Hacen falta diplomados/especializaciones	C47B Hacen falta diplomados/especializaciones	1,65 %	0,0 0%	4,00 %	2,3 5%
		La formación fue muy teórica	C47B La formación fue muy teórica	0,29 %	0,0 0%	0,86 %	0,5 7%
		Se aprende con la experiencia/práctica laboral	C47B Se aprende con la experiencia/práctica laboral	6,18 %	2,0 8%	10,2 9%	4,1 1%
		Se debe fortalecer la educación con enfoque en salud Pública	C47B Se debe fortalecer la educación con enfoque en salud Pública	0,26 %	0,0 0%	0,78 %	0,5 2%
¿En la institución llevan a cabo actividades de educación al paciente y a su cuidador respecto a los medicamentos opioides?	Primaria	Si	C48A Si	36,1 0%	27,10 %	45,1 0%	9,0 0%
		No	C48A No	49,8 5%	40,82 %	58,8 8%	9,0 3%
		Ns/Nr	C48A Ns/Nr	14,0 4%	8,0 2%	20,0 7%	6,0 2%
	Complementaria	A pacientes de UCI / Cuidados intermedios	C48B A pacientes de UCI / Cuidados intermedios	3,17 %	0,0 0%	7,80 %	4,6 2%
		Automedicación con opioides	C48B Automedicación con opioides	10,2 4%	1,6 1%	18,8 7%	8,6 3%
		Capacitaciones periódicas	C48B Capacitaciones periódicas	0,22 %	0,0 0%	0,66 %	0,4 4%
		Educación desde el área de atención farmacéutica	C48B Educación desde el área de atención farmacéutica	9,57 %	2,8 4%	16,3 0%	6,7 3%



		Educación desde el área de enfermería	C48B Educación desde el área de enfermería	7,08 %	1,3 5%	12,8 1%	5,7 3%
		Educación desde el área de medicina	C48B Educación desde el área de medicina	4,57 %	0,0 0%	9,38 %	4,8 1%
		Educación en medicamentos en general no específico en opioides	C48B Educación en medicamentos en general no específico en opioides	4,01 %	0,0 0%	8,73 %	4,7 3%
		Educación en uso seguro de medicamentos opioides	C48B Educación en uso seguro de medicamentos opioides	19,3 1%	10,41 %	28,2 1%	8,9 0%
		En manejo del dolor	C48B En manejo del dolor	9,31 %	0,8 8%	17,7 4%	8,4 3%
		En medicamentos de control especial	C48B En medicamentos de control especial	4,18 %	0,0 0%	10,7 4%	6,5 6%
		En medicamentos opioides y cuidados paliativos	C48B En medicamentos opioides y cuidados paliativos	3,74 %	0,0 0%	10,1 0%	6,3 7%
		En seguridad del paciente	C48B En seguridad del paciente	7,45 %	0,0 0%	21,2 3%	13,78 %
		Se educa también al personal sanitario/asistencial	C48B Se educa también al personal sanitario/asistencial	1,79 %	0,0 0%	5,33 %	3,5 4%
	Complementaria-2	Educación en medicamentos en general no específico en opioides	C48C Educación en medicamentos en general no específico en opioides	13,9 9%	5,3 1%	22,6 7%	8,6 8%
		Falta de articulación entre farmacia, enfermería y medicina	C48C Falta de articulación entre farmacia, enfermería y medicina	0,33 %	0,0 0%	0,96 %	0,6 4%
		No se da de alta a pacientes con formulación de medicamentos opioides	C48C No se da de alta a pacientes con formulación de medicamentos opioides	1,90 %	0,0 0%	5,07 %	3,1 7%
		No se hace dispensación ambulatoria	C48C No se hace dispensación ambulatoria	2,74 %	0,0 0%	6,98 %	4,2 4%

		No se maneja atención farmacéutica	C48C No se maneja atención farmacéutica	0,33 %	0,0 0%	0,96 %	0,6 4%
		No se tiene contacto directo con pacientes ni cuidadores	C48C No se tiene contacto directo con pacientes ni cuidadores	1,30 %	0,0 0%	3,84 %	2,5 4%
		No se tiene contemplado	C48C No se tiene contemplado	1,58 %	0,0 0%	4,69 %	3,1 1%
		Se educa solo al personal sanitario/asistencial	C48C Se educa solo al personal sanitario/asistencial	1,00 %	0,0 0%	2,97 %	1,9 7%
¿En la institución se llevan a cabo capacitaciones respecto a la correcta prescripción de medicamentos, incluidos los de control especial?	Primaria	Si	C49A Si	69,8 7%	61,28 %	78,4 7%	8,6 0%
		No	C49A No	24,5 2%	16,42 %	32,6 1%	8,0 9%
		Ns/Nr/Na	C49A Ns/Nr/Na	5,61 %	1,8 5%	9,37 %	3,7 6%
¿A qué profesionales van dirigidas estas capacitaciones? y ¿Cada cuánto realizan estas capacitaciones?	Primaria	Personal enfermería	C49.1A Personal enfermería	1,31 %	0,0 0%	3,86 %	2,5 5%
		Personal farmacéutico	C49.1A Personal farmacéutico	2,15 %	0,0 0%	5,03 %	2,8 8%
		Personal Farmacéutico y Personal enfermería	C49.1A Personal Farmacéutico y Personal enfermería	1,88 %	0,0 0%	4,55 %	2,6 7%
		Personal Medico	C49.1A Personal Medico	26,8 6%	17,67 %	36,0 6%	9,1 9%
		Personal médico y personal enfermería	C49.1A Personal médico y personal enfermería	14,3 7%	6,9 8%	21,7 6%	7,3 9%
		Personal médico y personal farmacéutico	C49.1A Personal médico y personal farmacéutico	1,70 %	0,0 0%	4,17 %	2,4 7%

		Todo personal asistencial	C49.1A Todo personal asistencial	45,3 7%	33,65 %	57,0 8%	11,72 %
		Ns/Nr/Na	C49.1A Ns/Nr/Na	6,36 %	1,5 1%	11,2 2%	4,8 6%
	Complementaria	Anual	C49.1B Anual	17,2 5%	7,2 6%	27,2 4%	9,9 9%
		Cuatrimstral	C49.1B Cuatrimstral	1,10 %	0,0 0%	2,87 %	1,7 7%
		Mensual	C49.1B Mensual	7,95 %	2,5 4%	13,3 6%	5,4 1%
		Semestral	C49.1B Semestral	8,06 %	1,9 8%	14,1 4%	6,0 8%
		Trimestral	C49.1B Trimestral	5,32 %	0,2 2%	10,4 2%	5,1 0%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Hace falta	C49.2A Hace falta	33,7 1%	16,19 %	51,2 3%	17,52 %
		Ns/Nr/Na	C49.2A Ns/Nr/Na	66,2 9%	48,77 %	83,8 1%	17,52 %
¿En la institución se realizan capacitaciones respecto al manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C50A Si	60,0 2%	51,22 %	68,8 3%	8,8 1%
		No	C50A No	32,1 9%	23,60 %	40,7 8%	8,5 9%
		Ns/Nr	C50A Ns/Nr	7,79 %	3,7 2%	11,8 5%	4,0 7%
Con fines de mejora y no de sancionar o señalar de manera punitiva, ¿Usted	Primaria	No	C51A No	61,0 2%	52,84 %	69,1 9%	8,1 7%
		Ns/Nr	C51A Ns/Nr	2,13 %	0,3 1%	3,95 %	1,8 2%
		Si	C51A Si	35,4 3%	27,04 %	43,8 1%	8,3 9%

conoce algún caso de este tipo en la institución?							
¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?	Primaria	Auxiliar de enfermería	C51.1A Auxiliar de enfermería	18,20%	7,66%	28,75%	10,55%
		Especialista en anestesiología	C51.1A Especialista en anestesiología	26,89%	11,54%	42,25%	15,36%
		Especialista en cardiología	C51.1A Especialista en cardiología	0,97%	0,00%	2,87%	1,91%
		Especialista en cirugía	C51.1A Especialista en cirugía	6,93%	0,00%	14,94%	8,01%
		Especialista en urgencias	C51.1A Especialista en urgencias	3,14%	0,00%	9,29%	6,14%
		Médico general	C51.1A Médico general	30,45%	18,04%	42,86%	12,41%
		Médico internista	C51.1A Médico internista	5,22%	0,00%	12,22%	7,00%
		Médico residente	C51.1A Médico residente	1,42%	0,00%	4,22%	2,80%
		Profesional de enfermería	C51.1A Profesional de enfermería	48,13%	34,36%	61,89%	13,77%
		Químico farmacéutico	C51.1A Químico farmacéutico	1,77%	0,00%	4,84%	3,07%
	Complementaria	Fentanilo	C51.1B Fentanilo	4,31%	0,08%	8,54%	4,23%
		Hidrocodona	C51.1B Hidrocodona	1,42%	0,00%	4,22%	2,80%
		Hidromorfona	C51.1B Hidromorfona	2,14%	0,00%	6,32%	4,18%
		Morfina	C51.1B Morfina	1,35%	0,00%	4,05%	2,70%

		Oxicodona	C51.1B Oxicodona	0,97 %	0,0 0%	2,87 %	1,9 1%
		Tramadol	C51.1B Tramadol	3,14 %	0,0 0%	9,29 %	6,1 4%

Fuente: Construcción propia.

Tabla 9. Margen de error e intervalos de confianza. Formulario 3: Profesionales médicos y enfermeras

Pregunta	Codificación	Categoría	Variable	Estimación	Límite inferior	Límite superior	ME (%)
¿Cuál es el nivel de complejidad de la institución?:		Baja complejidad	p2_baja complejidad	6,20 %	0,0 0%	12,80 %	6,6 0%
		Media complejidad	p2_media complejidad	31,5 4%	21,60 %	41,47 %	9,9 3%
		Alta complejidad	p2_alta complejidad	62,2 6%	50,76 %	73,77 %	11,51 %
¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?: Ninguno		Si	p10.1_si	19,8 8%	15,36 %	24,40 %	4,5 2%
		No	p10.1_no	73,4 1%	67,60 %	79,23 %	5,8 1%
		N/A	p10.1_n/a	6,70 %	2,32 %	11,09 %	4,3 9%
¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de		Si	p10.2_si	8,60 %	3,81 %	13,38 %	4,7 8%

medicamentos opioides?: Especialidad		No	p10.2_no	84,6 6%	78,62 %	90,70 %	6,04 %
		N/A	p10.2_n/a	6,74 %	2,35 %	11,13 %	4,39 %
¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?: Diplomados		Si	p10.3_si	1,16 %	0,12 %	2,19 %	1,04 %
		No	p10.3_no	92,11 %	87,65 %	96,56 %	4,45 %
		N/A	p10.3_n/a	6,74 %	2,35 %	11,13 %	4,39 %
¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?: Seminarios		Si	p10.4_si	10,53 %	7,90 %	13,16 %	2,63 %
		No	p10.4_no	82,73 %	77,84 %	87,62 %	4,89 %
		N/A	p10.4_n/a	6,74 %	2,35 %	11,13 %	4,39 %
¿Tiene alguna formación relacionada con el manejo de medicamentos opioides?: Cursos no formales		Si	p10.5_si	3,61 %	1,25 %	5,97 %	2,36 %
		No	p10.5_no	89,65 %	84,27 %	95,03 %	5,38 %
		N/A	p10.5_n/a	6,74 %	2,35 %	11,13 %	4,39 %
¿Los medicamentos opioides son necesarios en la práctica médica?	Primaria	Si	C14A Si	50,94 %	43,19 %	58,70 %	7,75 %
		Si, con condiciones	C14A Si, con condiciones	10,89 %	6,89 %	14,88 %	3,99 %

		Si, justificado	C14A Si, justificado	36,7 0%	30, 58 %	42, 83 %	6,1 2%
		No	C14A No	1,47 %	0,1 3%	2,8 1%	1,3 4%
	Comple mentaria	Contexto clínico	C14B Contexto clínico	11,1 9%	6,1 7%	16, 21 %	5,0 2%
		Control clínico	C14B Control clínico	1,23 %	0,0 0%	2,9 4%	1,7 1%
		Dominio profesional del uso	C14B Dominio profesional del uso	2,93 %	0,0 1%	5,8 5%	2,9 2%
		Posible dependencia	C14B Posible dependencia	1,19 %	0,0 0%	2,7 8%	1,6 0%
		Prescripción racional	C14B Prescripción racional	3,39 %	0,5 4%	6,2 4%	2,8 5%
		Supervisión de dosis y tiempo terapéutico	C14B Supervisión de dosis y tiempo terapéutico	5,96 %	2,0 5%	9,8 8%	3,9 1%
		Ultima línea terapéutica	C14B Ultima línea terapéutica	3,91 %	0,7 8%	7,0 5%	3,1 4%
	Comple mentaria -2	Analgesia	C14C Analgesia	29,4 5%	22, 12 %	36, 78 %	7,3 3%
		Anestesia y sedación	C14C Anestesia y sedación	25,5 3%	18, 29 %	32, 77 %	7,2 4%
		Dolor agudo	C14C Dolor agudo	14,7 3%	5,3 0%	24, 17 %	9,4 3%
		Dolor crónico	C14C Dolor crónico	11,8 4%	6,8 4%	16, 84 %	5,0 0%
		Dolor Paliativo	C14C Dolor Paliativo	2,98 %	0,4 2%	5,5 4%	2,5 6%
		Opción terapéutica	C14C Opción terapéutica	4,71 %	1,4 2%	8,0 1%	3,3 0%

Desde su percepción, ¿Los medicamentos opioides son seguros en la práctica médica?	Primaria	Si	C15A Si	91,4 2%	88, 17 %	94, 68 %	3,2 5%
		No	C15A No	5,76 %	3,0 8%	8,4 4%	2,6 8%
		Ns / Nr	C15A Ns / Nr	2,82 %	0,9 8%	4,6 5%	1,8 4%
	Comple mentaria	No, Inseguridad de desvío	C15B No, Inseguridad de desvío	11,7 5%	0,0 0%	23, 49 %	11, 74 %
		No, poseen RAM/ Efectos secundarios	C15B No, poseen RAM/ Efectos secundarios	43,5 9%	22, 97 %	64, 20 %	20, 62 %
		No, requieren vigilancia	C15B No, requieren vigilancia	1,18 %	0,0 0%	3,5 2%	2,3 3%
		No, riesgo dependencia	C15B No, riesgo dependencia	13,1 0%	0,0 0%	29, 07 %	15, 97 %
		No, uso exclusivo por personal competente	C15B No, uso exclusivo por personal competente	3,90 %	0,0 0%	11, 68 %	7,7 7%
	Comple mentaria -2	Si, aunque RAM	C15C Si, aunque RAM	0,21 %	0,0 0%	0,5 2%	0,3 0%
		Si, aunque riesgo de dependencia	C15C Si, aunque riesgo de dependencia	1,70 %	0,0 0%	3,7 3%	2,0 3%
		Si, bajo control clínico	C15C Si, bajo control clínico	5,26 %	2,1 2%	8,3 9%	3,1 3%
		Si, bajo uso adecuado	C15C Si, bajo uso adecuado	21,9 1%	16, 48 %	27, 34 %	5,4 3%
		Si, Competencia del personal	C15C Si, Competencia del personal	17,3 4%	11, 82 %	22, 86 %	5,5 2%
		Si, con educación al paciente	C15C Si, con educación al paciente	1,67 %	0,2 2%	3,1 3%	1,4 5%

		Si, contexto clínico	C15C Si, contexto clínico	2,02 %	0,6 2%	3,4 2%	1,4 0%
		Si, desde visión de vigilancia farmacéutica	C15C Si, desde visión de vigilancia farmacéutica	0,30 %	0,0 0%	0,9 0%	0,6 0%
		Si, Dosis adecuada	C15C Si, Dosis adecuada	12,6 3%	8,0 7%	17, 19 %	4,5 6%
		Si, efectividad y seguridad comprobada	C15C Si, efectividad y seguridad comprobada	1,30 %	0,0 3%	2,5 8%	1,2 7%
		Si, Prescripción racional y supervisada	C15C Si, Prescripción racional y supervisada	13,0 4%	8,3 2%	17, 76 %	4,7 2%
		Si, terapia no prolongada	C15C Si, terapia no prolongada	2,50 %	0,6 7%	4,3 3%	1,8 3%
		Si, uso bajo protocolo	C15C Si, uso bajo protocolo	2,05 %	0,6 3%	3,4 8%	1,4 2%
¿Considera que los medicamentos opioides disponibles en la institución son suficientes?	Primaria	Si	C16A Si	72,4 1%	67, 45 %	77, 36 %	4,9 6%
		No	C16A No	23,8 1%	19, 46 %	28, 15 %	4,3 5%
		Ns/Nr	C16A Ns/Nr	3,79 %	1,4 5%	6,1 2%	2,3 4%
	Comple mentaria	Existe o hubo desabastecimiento	C16B Existe o hubo desabastecimiento	5,45 %	0,0 0%	10, 97 %	5,5 2%
		Faltan algunas presentaciones y/o principios activos	C16B Faltan algunas presentaciones y/o principios activos	9,44 %	0,6 9%	18, 20 %	8,7 6%
		Nos ajustamos al inventario	C16B Nos ajustamos al inventario	12,9 9%	6,5 5%	19, 44 %	6,4 4%
¿Cuáles harían falta?	Comple mentaria	Acetaminofén combinado con codeína	C16.1B Acetaminofén combinado con codeína	1,42 %	0,0 0%	4,2 0%	2,7 8%

	Buprenorfina	C16.1B Buprenorfina	20,4 5%	4,2 1%	36, 68 %	16, 24 %
	Codeína	C16.1B Codeína	1,25 %	0,0 0%	3,0 6%	1,8 1%
	Fentanilo o análogos	C16.1B Fentanilo o análogos	12,9 1%	6,0 1%	19, 81 %	6,9 0%
	Formas farmacéuticas orales	C16.1B Formas farmacéuticas orales	9,81 %	4,5 4%	15, 08 %	5,2 7%
	Formas farmacéuticas parenterales	C16.1B Formas farmacéuticas parenterales	4,67 %	0,5 1%	8,8 2%	4,1 6%
	Hidrocodona	C16.1B Hidrocodona	4,46 %	0,4 7%	8,4 5%	3,9 9%
	Hidromorfona	C16.1B Hidromorfona	13,4 3%	5,7 7%	21, 10 %	7,6 6%
	Medicamentos opioides en general	C16.1B Medicamentos opioides en general	16,7 3%	7,5 6%	25, 90 %	9,1 7%
	Meperidina	C16.1B Meperidina	4,67 %	0,0 0%	10, 04 %	5,3 7%
	Metadona	C16.1B Metadona	7,04 %	2,2 8%	11, 80 %	4,7 6%
	Morfina	C16.1B Morfina	15,0 3%	7,6 0%	22, 45 %	7,4 2%
	Nalbufina	C16.1B Nalbufina	0,29 %	0,0 0%	0,8 5%	0,5 6%
	Ns/Nr	C16.1B Ns/Nr	21,5 9%	12, 14 %	31, 04 %	9,4 5%
	Oxicodona	C16.1B Oxicodona	7,90 %	3,4 7%	12, 33 %	4,4 3%

		Parches	C16.1B Parches	7,32 %	2,2 9%	12, 35 %	5,0 3%
		Tapentadol	C16.1B Tapentadol	0,94 %	0,0 0%	2,7 9%	1,8 5%
		Tramadol	C16.1B Tramadol	0,47 %	0,0 0%	1,3 9%	0,9 3%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor no oncológico agudo		De acuerdo con su uso	p17.1_de acuerdo	28,2 8%	22, 00 %	34, 56 %	6,2 8%
		Restringir su uso	p17.1_restringir	52,3 1%	45, 39 %	59, 24 %	6,9 3%
		N/A	p17.1_n/a	19,4 1%	12, 03 %	26, 78 %	7,3 8%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor no oncológico crónico		De acuerdo con su uso	p17.2_de acuerdo	37,5 8%	28, 75 %	46, 40 %	8,8 3%
		Restringir su uso	p17.2_restringir	42,8 8%	30, 34 %	55, 42 %	12, 54 %
		N/A	p17.2_n/a	19,5 4%	12, 46 %	26, 63 %	7,0 8%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor oncológico agudo		De acuerdo con su uso	p17.3_de acuerdo	76,5 9%	67, 95 %	85, 24 %	8,6 4%
		Restringir su uso	p17.3_restringir	5,76 %	2,3 9%	9,1 3%	3,3 7%
		N/A	p17.3_n/a	17,6 5%	10, 52 %	24, 78 %	7,1 3%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor oncológico crónico		De acuerdo con su uso	p17.4_de acuerdo	76,7 3%	68, 54 %	84, 91 %	8,1 9%
		Restringir su uso	p17.4_restringir	4,16 %	1,6 5%	6,6 6%	2,5 0%

		N/A	p17.4_n/a	19,1 2%	11, 33 %	26, 90 %	7,7 8%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor causado por traumatismos		De acuerdo con su uso	p17.5_de acuerdo	47,7 2%	40, 63 %	54, 80 %	7,0 9%
		Restringir su uso	p17.5_restringir	31,1 9%	22, 80 %	39, 59 %	8,4 0%
		N/A	p17.5_n/a	21,0 9%	13, 21 %	28, 97 %	7,8 8%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Dolor post operatorio		De acuerdo con su uso	p17.6_de acuerdo	50,4 0%	43, 91 %	56, 89 %	6,4 9%
		Restringir su uso	p17.6_restringir	28,5 3%	23, 05 %	34, 02 %	5,4 9%
		N/A	p17.6_n/a	21,0 7%	13, 84 %	28, 29 %	7,2 3%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Tratamiento de mantenimiento contra la dependencia de los opioides		De acuerdo con su uso	p17.7_de acuerdo	44,4 2%	35, 86 %	52, 97 %	8,5 6%
		Restringir su uso	p17.7_restringir	30,6 9%	22, 04 %	39, 34 %	8,6 5%
		N/A	p17.7_n/a	24,9 0%	17, 82 %	31, 97 %	7,0 8%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Tratamiento de tos		De acuerdo con su uso	p17.8_de acuerdo	9,98 %	6,0 9%	13, 88 %	3,9 0%
		Restringir su uso	p17.8_restringir	63,6 7%	54, 66 %	72, 67 %	9,0 1%
		N/A	p17.8_n/a	26,3 5%	16, 86 %	35, 84 %	9,4 9%

Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Tratamiento de la diarrea		De acuerdo con su uso	p17.9_de acuerdo	11,5 0%	6,0 9%	16, 92 %	5,4 1%
		Restringir su uso	p17.9_restringir	62,7 9%	54, 28 %	71, 30 %	8,5 1%
		N/A	p17.9_n/a	25,7 1%	16, 70 %	34, 71 %	9,0 0%
Del siguiente listado de diagnósticos indique...: Síndrome de Abstinencia Neonatal		De acuerdo con su uso	p17.10_de acuerdo	19,8 7%	13, 12 %	26, 62 %	6,7 5%
		Restringir su uso	p17.10_restringir	29,8 6%	23, 51 %	36, 21 %	6,3 5%
		N/A	p17.10_n/a	50,2 7%	40, 31 %	60, 23 %	9,9 6%
¿Cuáles son los criterios con los que lleva a cabo la elección del medicamento opioide a manejar y la dosis correspondiente?	Primaria	Analgesia balanceada o mezcla de opioide más anestésico	C18A Analgesia balanceada o mezcla de opioide más anestésico	5,32 %	2,8 9%	7,7 4%	2,4 3%
		Según analgesia multimodal	C18A Según analgesia multimodal	3,06 %	0,8 8%	5,2 4%	2,1 8%
		Según disponibilidad de la farmacia	C18A Según disponibilidad de la farmacia	1,06 %	0,1 4%	1,9 8%	0,9 2%
		Según la antropometría del paciente, tipo de dolor o patología y comorbilidades	C18A Según la antropometría del paciente, tipo de dolor o patología y comorbilidades	55,8 0%	48, 26 %	63, 35 %	7,5 5%
		Según protocolo, guía específica o procedimiento	C18A Según protocolo, guía específica o procedimiento	27,1 3%	20, 83 %	33, 43 %	6,3 0%

		Utilizando la escala analgésica y/o escala del dolor	C18A Utilizando la escala analgésica y/o escala del dolor	39,5 2%	34,48 %	44,56 %	5,04 %
		No sabe / No responde / No aplica	C18A No sabe / No responde / No aplica	8,17 %	4,75 %	11,59 %	3,42 %
¿En el sistema de gestión de calidad de la institución se cuenta con documentos (guías de práctica clínica, procesos, procedimientos manuales) establecidos para el manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C19A Si	64,06 %	55,44 %	72,68 %	8,62 %
		No	C19A No	19,67 %	13,58 %	25,76 %	6,09 %
		Ns / Nr	C19A Ns / Nr	16,27 %	11,23 %	21,31 %	5,04 %
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Decreto 780 de 2016	C19.1A Decreto 780 de 2016	0,38 %	0,00 %	1,12 %	0,75 %
		En actualización / no oficial	C19.1A En actualización / no oficial	1,25 %	0,00 %	2,54 %	1,28 %
		Guía abstinencia	C19.1A Guía abstinencia	0,35 %	0,00 %	1,05 %	0,70 %
		Guía de analgesia	C19.1A Guía de analgesia	3,56 %	1,28 %	5,84 %	2,28 %
		Guía de pseudoanalgesia	C19.1A Guía de pseudoanalgesia	0,77 %	0,00 %	2,29 %	1,52 %
		Guía general de manejo de medicamentos	C19.1A Guía general de manejo de medicamentos	7,72 %	3,35 %	12,09 %	4,37 %
		Guía uso de opioides	C19.1A Guía uso de opioides	7,04 %	3,63 %	10,44 %	3,40 %
		Guía/Protocolo de Anestesia	C19.1A Guía/Protocolo de Anestesia	5,07 %	2,23 %	7,91 %	2,84 %

		Guía/Protocolo de Cuidado paliativo	C19.1A Guía/Protocolo de Cuidado paliativo	12,1 6%	3,9 1%	20, 41 %	8,2 5%
		Guía/Protocolo de Dolor agudo	C19.1A Guía/Protocolo de Dolor agudo	3,31 %	1,1 7%	5,4 6%	2,1 5%
		Guía/Protocolo de Dolor crónico	C19.1A Guía/Protocolo de Dolor crónico	1,25 %	0,0 0%	2,5 9%	1,3 4%
		Guía/Protocolo de Manejo de dolor	C19.1A Guía/Protocolo de Manejo de dolor	26,3 7%	19, 74 %	32, 99 %	6,6 2%
		Guía/Protocolo de Perioperatorio	C19.1A Guía/Protocolo de Perioperatorio	0,44 %	0,0 0%	1,0 6%	0,6 2%
		Guía/Protocolo de Sedación	C19.1A Guía/Protocolo de Sedación	4,47 %	1,5 5%	7,3 9%	2,9 2%
		Guía/Protocolo No específica	C19.1A Guía/Protocolo No específica	12,7 8%	8,3 9%	17, 18 %	4,3 9%
		Guías del servicio farmacéutico	C19.1A Guías del servicio farmacéutico	2,30 %	0,1 0%	4,5 1%	2,2 0%
		Guías por patología	C19.1A Guías por patología	6,62 %	3,2 9%	9,9 4%	3,3 2%
		Manejo de medicamentos controlados	C19.1A Manejo de medicamentos controlados	6,72 %	3,2 7%	10, 17 %	3,4 5%
		Otra respuesta	C19.1A Otra respuesta	0,99 %	0,0 0%	2,3 9%	1,4 0%
		Protocolo administración segura de medicamentos	C19.1A Protocolo administración segura de medicamentos	7,82 %	4,3 9%	11, 25 %	3,4 3%
		Ns/Nr	C19.1A Ns/Nr	13,3 0%	6,8 1%	19, 79 %	6,4 9%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C19.2A Si	40,1 4%	24, 96 %	55, 33 %	15, 18 %

		Ns/Nr	C19.2A Ns/Nr	59,8 6%	44, 67 %	75, 04 %	15, 18 %
¿Que lineamientos o guía de práctica clínica nacionales o internacionales toman como referencia para el manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C20A Si	51,7 2%	45, 20 %	58, 24 %	6,5 2%
		No	C20A No	20,6 4%	14, 30 %	26, 97 %	6,3 3%
		Ns / Nr	C20A Ns / Nr	27,6 4%	22, 64 %	32, 64 %	5,0 0%
¿Podría indicar cual(es)?	Primaria	Decretos y Resoluciones Nacionales	C20.1A Decretos y Resoluciones Nacionales	2,46 %	0,3 7%	4,5 6%	2,0 9%
		Guía Internacional sin especificar	C20.1A Guía Internacional sin especificar	18,6 2%	13, 11 %	24, 14 %	5,5 1%
		Guía Nacional sin especificar	C20.1A Guía Nacional sin especificar	16,5 7%	11, 27 %	21, 86 %	5,2 9%
		Guías / Lineamientos del Ministerio de Salud	C20.1A Guías / Lineamientos del Ministerio de Salud	27,7 7%	21, 02 %	34, 52 %	6,7 5%
		Guías AHA American Heart Association	C20.1A Guías AHA American Heart Association	0,96 %	0,0 0%	2,8 3%	1,8 8%
		Guías AMCI	C20.1A Guías AMCI	2,95 %	0,6 2%	5,2 8%	2,3 3%
		Guías Americanas	C20.1A Guías Americanas	8,88 %	4,3 5%	13, 41 %	4,5 3%
		Guías ASA	C20.1A Guías ASA	0,21 %	0,0 0%	0,6 4%	0,4 2%
		Guías ASOCUPAC	C20.1A Guías ASOCUPAC	0,47 %	0,0 0%	1,4 0%	0,9 3%

		Guías de Sociedad Latinoamericana de Cuidado Crítico	C20.1A Guías de Sociedad Latinoamericana de Cuidado Crítico	0,43 %	0,0 0%	1,2 9%	0,8 6%
		Guías Españolas	C20.1A Guías Españolas	5,43 %	1,0 1%	9,8 5%	4,4 2%
		Guías INS	C20.1A Guías INS	0,65 %	0,0 0%	1,9 3%	1,2 8%
		Guías Nacionales de interés	C20.1A Guías Nacionales de interés	0,21 %	0,0 0%	0,6 4%	0,4 2%
		Guías NCCN	C20.1A Guías NCCN	1,96 %	0,0 0%	4,7 1%	2,7 6%
		Guías S.C.A.R.E	C20.1A Guías S.C.A.R.E	1,26 %	0,0 0%	3,2 0%	1,9 5%
		Guías Secretaría de Salud	C20.1A Guías Secretaría de Salud	0,65 %	0,0 0%	1,9 2%	1,2 7%
		Guías Sociedad Colombiana de Anestesiología	C20.1A Guías Sociedad Colombiana de Anestesiología	0,21 %	0,0 0%	0,6 4%	0,4 2%
		Lineamientos OMS	C20.1A Lineamientos OMS	9,70 %	4,1 0%	15,29 %	5,5 9%
		Publicaciones Científicas	C20.1A Publicaciones Científicas	4,58 %	0,1 7%	8,9 9%	4,4 1%
		Revista Medicina Intensiva	C20.1A Revista Medicina Intensiva	0,96 %	0,0 0%	2,8 3%	1,8 8%
		Ns/Nr	C20.1A Ns/Nr	23,4 5%	13,48 %	33,42 %	9,9 7%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C20.2A Si	40,1 8%	28,11 %	52,25 %	12,07 %
		No	C20.2A No	4,07 %	0,0 0%	9,3 2%	5,2 5%
		Ns/Nr	C20.2A Ns/Nr	55,7 5%	43,13 %	68,37 %	12,62 %

En algunos países se emplea consentimiento informado de carácter obligatorio (contrato opioide) a la hora de utilizar medicamentos opioides ya que proporciona seguridad tanto al paciente como al médico. En su práctica clínica, ¿Utiliza consentimiento informado en el manejo de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C21A Si	2,22 %	0,1 7%	4,2 8%	2,0 5%
		Si, otro tipo de consentimiento	C21A Si, otro tipo de consentimiento	9,93 %	5,3 7%	14,50 %	4,5 7%
		No	C21A No	79,6 3%	74,16 %	85,11 %	5,4 8%
		Ns/Nr	C21A Ns/Nr	8,21 %	5,2 4%	11,19 %	2,9 8%
	Complementaria	Consentimiento de administración de medicamentos	C21B Consentimiento de administración de medicamentos	3,06 %	0,0 0%	7,4 6%	4,4 0%
		Consentimiento de anestesia	C21B Consentimiento de anestesia	26,9 9%	10,95 %	43,02 %	16,03 %
		Consentimiento de ingreso	C21B Consentimiento de ingreso	4,03 %	0,0 0%	8,1 0%	4,0 7%
		Consentimiento de medicamentos de control especial	C21B Consentimiento de medicamentos de control especial	0,35 %	0,0 0%	1,0 4%	0,7 0%
		Consentimiento informado general	C21B Consentimiento informado general	22,4 0%	7,3 5%	37,45 %	15,05 %
		Consentimiento según procedimiento, cirugía o atención	C21B Consentimiento según procedimiento, cirugía o atención	47,6 9%	28,81 %	66,56 %	18,88 %
		Consentimiento seguridad del paciente	C21B Consentimiento seguridad del paciente	1,53 %	0,0 0%	4,6 4%	3,1 0%
		Educación al paciente y	C21C Educación al paciente y registro en historia clínica	1,71 %	0,0 0%	3,4 3%	1,7 2%

	Comple- mentaria -2	registro en historia clínica					
		En proceso de implementación	C21C En proceso de implementación	0,64 %	0,0 0%	1,5 9%	0,9 5%
		Supervisión especialista de dolor	C21C Supervisión especialista de dolor	1,24 %	0,0 0%	3,6 6%	2,4 3%
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C21.1A Si	38,3 7%	33, 75 %	42, 98 %	4,6 1%
		Si, condicionado	C21.1A Si, condicionado.	11,2 9%	7,8 7%	14, 71 %	3,4 2%
		No	C21.1A No	32,2 3%	27, 02 %	37, 45 %	5,2 1%
		Ns/Nr/Na	C21.1A Ns/Nr/Na	18,1 1%	13, 07 %	23, 14 %	5,0 3%
	Comple- mentaria	Mitigar barrera en la atención	C21.1B Mitigar barrera en la atención.	1,48 %	0,0 0%	3,2 9%	1,8 2%
		Para ámbito ambulatorio	C21.1B Para ámbito ambulatorio.	1,72 %	0,0 0%	3,6 8%	1,9 6%
		Para dolor o patología crónica	C21.1B Para dolor o patología crónica.	4,68 %	1,5 5%	7,8 2%	3,1 3%
		Para opioides fuertes	C21.1B Para opioides fuertes.	2,73 %	0,0 6%	5,4 0%	2,6 7%
		Requiere documentación adecuada con factores de riesgo definidos	C21.1B Requiere documentación adecuada con factores de riesgo definidos.	5,83 %	1,8 8%	9,7 8%	3,9 5%
		Requiere información, divulgación y	C21.1B Requiere información, divulgación y educación al paciente.	2,82 %	0,0 0%	7,0 7%	4,2 5%

	educación al paciente					
	Requiere más personal para el servicio	C21.1B Requiere más personal para el servicio.	0,74 %	0,0 0%	1,8 1%	1,0 7%
	Según antecedentes del paciente	C21.1B Según antecedentes del paciente	3,93 %	0,9 8%	6,8 9%	2,9 6%
	Según enfoque, escenario o servicio	C21.1B Según enfoque, escenario o servicio.	5,34 %	1,4 5%	9,2 4%	3,8 9%
Complementaria -2	Consentimiento de medicamentos de control especial es suficiente	C21.1C Consentimiento de medicamentos de control especial es suficiente	0,48 %	0,0 0%	1,4 4%	0,9 6%
	Decisión médica	C21.1C Decisión médica.	4,10 %	0,7 0%	7,4 9%	3,4 0%
	Educación a profesionales y pacientes	C21.1C Educar a profesionales y pacientes	3,07 %	0,0 0%	6,2 6%	3,2 0%
	Historia clínica y educación al paciente	C21.1C Historia clínica y educación al paciente.	6,34 %	1,0 3%	11,65 %	5,3 1%
	Información en el consentimiento general de procedimiento es suficiente	C21.1C Información en el consentimiento general de procedimiento es suficiente	28,6 9%	19,79 %	37,58 %	8,8 9%
	No adecuado en población pediátrica	C21.1C No adecuado en población pediátrica.	1,07 %	0,0 0%	3,1 6%	2,0 8%
	Restringir prescripción a	C21.1C Restringir prescripción a ciertas especialidades.	2,15 %	0,0 0%	4,9 6%	2,8 1%

		ciertas especialidades					
		Sataniza el medicamento	C21.1C Sataniza el medicamento	2,56 %	0,0 0%	6,0 7%	3,5 1%
¿En la institución cuentan con programas de seguimiento a los pacientes tratados con medicamentos opioides?	Primaria	Si	C22A Si	28,9 5%	20,09 %	37,81 %	8,8 6%
		No	C22A No	55,4 2%	45,31 %	65,54 %	10,11 %
		Ns/Nr	C22A Ns/Nr	15,6 3%	11,23 %	20,03 %	4,4 0%
¿Podría indicar cuáles?	Primaria	A pacientes con efectos secundarios/adversos	C22.1A A pacientes con efectos secundarios/adversos	3,43 %	0,0 0%	7,6 8%	4,2 5%
		Cannabis medicinal para pacientes tratados con opioides	C22.1A Cannabis medicinal para pacientes tratados con opioides	1,17 %	0,0 0%	3,5 4%	2,3 7%
		Citas de control presenciales	C22.1A Citas de control presenciales	2,95 %	0,0 0%	6,1 3%	3,1 7%
		Control postquirúrgico	C22.1A Control postquirúrgico	6,43 %	0,0 0%	14,11 %	7,6 8%
		Por medicina del dolor y cuidado paliativo	C22.1A Por medicina del dolor y cuidado paliativo	28,3 7%	12,04 %	44,70 %	16,33 %
		Seguimiento a pacientes con metadona	C22.1A Seguimiento a pacientes con metadona	1,59 %	0,0 0%	4,0 2%	2,4 3%
		Seguimiento a pacientes en UCI	C22.1A Seguimiento a pacientes en UCI	1,48 %	0,0 0%	3,6 5%	2,1 6%
		Seguimiento a pacientes oncológicos	C22.1A Seguimiento a pacientes oncológicos	1,91 %	0,0 0%	4,5 4%	2,6 2%

	Seguimiento ambulatorio	C22.1A Seguimiento ambulatorio	4,84 %	0,0 0%	9,9 9%	5,1 5%
	Seguimiento clínico	C22.1A Seguimiento clínico	2,60 %	0,0 0%	5,8 2%	3,2 2%
	Seguimiento domiciliario	C22.1A Seguimiento domiciliario	5,31 %	0,0 0%	11,87 %	6,5 6%
	Seguimiento farmacoterapéutico	C22.1A Seguimiento farmacoterapéutico	16,2 8%	9,1 2%	23,44 %	7,1 6%
	Seguimiento intrahospitalario	C22.1A Seguimiento intrahospitalario	11,5 6%	2,2 7%	20,85 %	9,2 9%
	Seguimiento por anestesiología	C22.1A Seguimiento por anestesiología	2,15 %	0,0 0%	4,9 0%	2,7 5%
	Seguimiento por calidad y seguridad del paciente	C22.1A Seguimiento por calidad y seguridad del paciente	2,52 %	0,0 0%	5,5 5%	3,0 3%
	Seguimiento por enfermería	C22.1A Seguimiento por enfermería	10,4 9%	2,5 6%	18,43 %	7,9 3%
	Seguimiento por epidemiología	C22.1A Seguimiento por epidemiología	1,72 %	0,0 0%	4,7 9%	3,0 6%
	Seguimiento por medicina	C22.1A Seguimiento por medicina	7,11 %	1,4 8%	12,75 %	5,6 4%
	Seguimiento por psicología	C22.1A Seguimiento por psicología	3,70 %	0,0 0%	8,2 8%	4,5 8%
	Seguimiento por psiquiatría	C22.1A Seguimiento por psiquiatría	5,53 %	0,0 0%	11,77 %	6,2 5%
	Seguimiento por toxicología	C22.1A Seguimiento por toxicología	4,75 %	0,0 0%	11,05 %	6,2 9%
	Seguimiento telefónico / Call center	C22.1A Seguimiento telefónico / Call center	11,9 3%	3,9 6%	19,91 %	7,9 7%

		Ns/Nr	C22.1A Ns/Nr	23,2 1%	7,8 9%	38, 53 %	15, 32 %
¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C22.2A Si	48,2 2%	40, 50 %	55, 95 %	7,7 3%
		No	C22.2A No	17,5 1%	12, 28 %	22, 74 %	5,2 3%
		Ns/Nr	C22.2A Ns/Nr	33,6 6%	26, 40 %	40, 92 %	7,2 6%
	Comple mentaria	A pacientes con uso crónico de opioides	C22.2B A pacientes con uso crónico de opioides	0,81 %	0,0 0%	1,9 6%	1,1 5%
		Dependiendo de la patología	C22.2B Dependiendo de la patología	0,39 %	0,0 0%	1,1 5%	0,7 6%
		Para evaluar la resistencia al medicamento	C22.2B Para evaluar la resistencia al medicamento	0,61 %	0,0 0%	1,8 1%	1,1 9%
		Para formulación /reformulación de opioides	C22.2B Para formulación /reformulación de opioides	0,33 %	0,0 0%	0,9 9%	0,6 6%
		Para manejo del dolor con opioides	C22.2B Para manejo del dolor con opioides	2,57 %	0,1 7%	4,9 7%	2,4 0%
		Para medir el impacto generado por la institución	C22.2B Para medir el impacto generado por la institución	0,62 %	0,0 0%	1,8 3%	1,2 1%
		Para pacientes con adicción/depend encia/abstinenci a de opioides	C22.2B Para pacientes con adicción/dependencia/abstinencia de opioides	2,27 %	0,2 3%	4,3 2%	2,0 4%
		Para pacientes en postoperatorio	C22.2B Para pacientes en postoperatorio	0,49 %	0,0 0%	1,2 1%	0,7 2%



		Para pacientes en UCI	C22.2B Para pacientes en UCI	0,90 %	0,0 0%	2,4 4%	1,5 3%
		Para pacientes paliativos	C22.2B Para pacientes paliativos	0,78 %	0,0 0%	2,2 9%	1,5 2%
		Para seguimiento de efectos secundarios y tolerancia	C22.2B Para seguimiento de efectos secundarios y tolerancia	0,90 %	0,0 0%	2,6 3%	1,7 3%
		Para seguimiento de la terapia opioide	C22.2B Para seguimiento de la terapia opioide	1,76 %	0,0 0%	3,5 5%	1,7 8%
		Para síndrome de abstinencia en niños y adultos	C22.2B Para síndrome de abstinencia en niños y adultos	0,68 %	0,0 0%	2,0 2%	1,3 4%
		Para titulación de medicamento y/o destete	C22.2B Para titulación de medicamento y/o destete	0,71 %	0,0 0%	2,0 8%	1,3 8%
		Porque es un problema de salud pública	C22.2B Porque es un problema de salud pública	0,21 %	0,0 0%	0,6 4%	0,4 2%
¿Quién es el responsable del seguimiento al paciente tratado con medicamentos opioides?	Primaria	EPS - EPS	C23A EPS - EPS	0,03 %	0,0 0%	0,1 0%	0,0 7%
		Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS	C23A Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS	1,04 %	0,0 0%	2,1 2%	1,0 8%
		Otros profesionales de la salud	C23A Otros profesionales de la salud	0,41 %	0,0 0%	1,0 9%	0,6 8%
		Pers. Administrativo y de Calidad	C23A Pers. Administrativo y de Calidad	3,97 %	1,3 6%	6,5 8%	2,6 1%
		Pers. Salud General y Especializado	C23A Pers. Salud General y Especializado	41,3 5%	35, 39 %	47, 32 %	5,9 7%
		Personal de enfermería	C23A Personal de enfermería	17,1 4%	12, 23 %	22, 04 %	4,9 0%

		Personal de Farmacia	C23A Personal de Farmacia	9,88 %	6,69 %	13,06 %	3,18 %
		Ns/Nr/Na	C23A Ns/Nr/Na	34,50 %	25,74 %	43,26 %	8,76 %
	Comple mentaria	EPS - EPS	C23B EPS - EPS	0,03 %	0,00 %	0,10 %	0,07 %
		Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS - Clínica del Dolor	C23B Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS - Clínica del Dolor	0,37 %	0,00 %	0,97 %	0,60 %
		Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS - Seguridad al Paciente	C23B Equipos interdisciplinarios y programas en la IPS - Seguridad al Paciente	0,67 %	0,00 %	1,57 %	0,90 %
		Otros profesionales de la salud - Psicología	C23B Otros profesionales de la salud - Psicología	0,07 %	0,00 %	0,20 %	0,13 %
		Otros profesionales de la salud - Trabajo Social	C23B Otros profesionales de la salud - Trabajo Social	0,34 %	0,00 %	1,00 %	0,67 %
		Pers. Administrativo y de Calidad - Administrativo	C23B Pers. Administrativo y de Calidad - Administrativo	0,10 %	0,00 %	0,25 %	0,15 %
		Pers. Administrativo y de Calidad - Calidad	C23B Pers. Administrativo y de Calidad - Calidad	0,63 %	0,00 %	1,57 %	0,93 %
		Pers. Administrativo y de Calidad -	C23B Pers. Administrativo y de Calidad - Coordinador Médico	2,68 %	0,34 %	5,01 %	2,33 %

	Coordinador Médico					
	Pers. Administrativo y de Calidad - Director Científico	C23B Pers. Administrativo y de Calidad - Director Científico	0,12 %	0,0 0%	0,3 2%	0,1 9%
	Pers. Administrativo y de Calidad - Personal Atención Usuario	C23B Pers. Administrativo y de Calidad - Personal Atención Usuario	0,43 %	0,0 0%	1,2 8%	0,8 5%
	Pers. Salud General y Especializado - Anestesiólogos	C23B Pers. Salud General y Especializado - Anestesiólogos	5,64 %	2,8 4%	8,4 4%	2,8 0%
	Pers. Salud General y Especializado - Cirugía	C23B Pers. Salud General y Especializado - Cirugía	0,07 %	0,0 0%	0,2 2%	0,1 4%
	Pers. Salud General y Especializado - Cirugía Cardio Vascular	C23B Pers. Salud General y Especializado - Cirugía Cardio Vascular	0,39 %	0,0 0%	1,1 6%	0,7 7%
	Pers. Salud General y Especializado - Epidemiología	C23B Pers. Salud General y Especializado - Epidemiología	1,51 %	0,0 2%	3,0 1%	1,4 9%
	Pers. Salud General y Especializado - Instrumentación Quirúrgica	C23B Pers. Salud General y Especializado - Instrumentación Quirúrgica	0,20 %	0,0 0%	0,5 9%	0,3 9%

		Pers. Salud General y Especializado - Médico Cuidado Intensivo	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Cuidado Intensivo	3,08 %	0,64 %	5,52 %	2,44 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico Especialista (sin especificar)	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Especialista (sin especificar)	4,26 %	1,84 %	6,68 %	2,42 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico General	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico General	20,47 %	14,85 %	26,08 %	5,61 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico Medicina del Dolor	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Medicina del Dolor	4,92 %	2,15 %	7,69 %	2,77 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico Medicina Interna	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Medicina Interna	1,16 %	0,05 %	2,27 %	1,11 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico o Especialista en Cuidados Paliativos	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico o Especialista en Cuidados Paliativos	3,78 %	1,12 %	6,44 %	2,66 %
		Pers. Salud General y Especializado - Médico Oncología	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Oncología	0,83 %	0,00 %	1,71 %	0,88 %



	Pers. Salud General y Especializado - Médico Ortopedia	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Ortopedia	0,32 %	0,0 0%	0,8 3%	0,5 1%
	Pers. Salud General y Especializado - Médico Pediatría	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Pediatría	0,72 %	0,0 0%	1,7 2%	1,0 1%
	Pers. Salud General y Especializado - Médico Psiquiatría	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Psiquiatría	0,69 %	0,0 0%	1,5 3%	0,8 4%
	Pers. Salud General y Especializado - Médico Urgencias	C23B Pers. Salud General y Especializado - Médico Urgencias	0,17 %	0,0 0%	0,4 2%	0,2 5%
	Pers. Salud General y Especializado - Toxicólogo	C23B Pers. Salud General y Especializado - Toxicólogo	6,52 %	0,0 0%	16, 74 %	10, 22 %
	Pers. Salud General y Especializado - Toxicólogo (2)	C23B Pers. Salud General y Especializado - Toxicólogo (2)	6,52 %	0,0 0%	16, 74 %	10, 22 %
	Personal de enfermería - Aux. Enfermería	C23B Personal de enfermería - Aux. Enfermería	10,2 8%	5,8 6%	14, 69 %	4,4 1%
	Personal de enfermería - Enfermería	C23B Personal de enfermería - Enfermería	2,98 %	0,9 4%	5,0 1%	2,0 4%
	Personal de enfermería - Jefe de Enfermería	C23B Personal de enfermería - Jefe de Enfermería	4,43 %	2,1 5%	6,7 1%	2,2 8%
	Personal de Farmacia -	C23B Personal de Farmacia - Químico Farmacéutico	9,53 %	6,3 6%	12, 70 %	3,1 7%

		Químico Farmacéutico					
		Personal de Farmacia - Regente en Farmacia	C23B Personal de Farmacia - Regente en Farmacia	0,69 %	0,0 0%	1,4 9%	0,8 1%
		Ns/Nr/Na	C23B Ns/Nr/Na	34,5 0%	25, 74 %	43, 26 %	8,7 6%
¿Podría por favor describir detalladamente la ruta que debe seguir para prescribir un medicamento opioide?	Primaria	Ambulatorio	C25A Ambulatorio	7,26 %	4,0 7%	10, 45 %	3,1 9%
		Intrahospitalario	C25A Intrahospitalario	86,6 1%	82, 75 %	90, 46 %	3,8 5%
		Nr/Nr	C25A Nr/Nr	11,4 9%	8,1 2%	14, 86 %	3,3 7%
	Comple mentaria	Hosp - Digital + Recetario Interno	C25B Hosp - Digital + Recetario Interno	13,1 5%	6,8 3%	19, 47 %	6,3 2%
		Hosp - Digital + Recetario Oficial	C25B Hosp - Digital + Recetario Oficial	26,1 9%	20, 77 %	31, 61 %	5,4 2%
		Hosp - Digital + Recetario Oficial + Formatos internos	C25B Hosp - Digital + Recetario Oficial + Formatos internos	2,66 %	0,6 0%	4,7 2%	2,0 6%
		Hosp - Prescripción digital	C25B Hosp - Prescripción digital	31,2 0%	22, 86 %	39, 54 %	8,3 4%
		Hosp - Recetario Interno	C25B Hosp - Recetario Interno	1,78 %	0,0 6%	3,5 0%	1,7 2%
		Hosp - Recetario oficial	C25B Hosp - Recetario oficial	23,0 3%	16, 75 %	29, 32 %	6,2 8%
		Hosp - Central de mezclas	C25C Hosp - Central de mezclas	0,48 %	0,0 0%	1,1 6%	0,6 8%

	Comple mentaria -2	Hosp - Distribución	C25C Hosp - Distribución	51,6 2%	45, 05 %	58, 20 %	6,5 7%
		Hosp - Entrega a anestesiología	C25C Hosp - Entrega a anestesiología	3,11 %	0,9 8%	5,2 3%	2,1 2%
		Hosp - Préstamo de mx en urgencias	C25C Hosp - Préstamo de mx en urgencias	1,74 %	0,2 4%	3,2 3%	1,5 0%
		Hosp - Stock en servicios	C25C Hosp - Stock en servicios	2,73 %	0,7 1%	4,7 5%	2,0 2%
	Comple mentaria -3	Hosp - Adecuación por anestesiología	C25D Hosp - Adecuación por anestesiología	1,30 %	0,1 1%	2,4 9%	1,1 9%
		Hosp - Administración por jefe de enfermería	C25D Hosp - Administración por jefe de enfermería	0,51 %	0,0 0%	1,2 3%	0,7 2%
		Hosp - Control de Remanentes	C25D Hosp - Control de Remanentes	2,58 %	0,8 5%	4,3 1%	1,7 3%
		Hosp - Custodia de mx por jefe de enfermería	C25D Hosp - Custodia de mx por jefe de enfermería	7,81 %	4,4 9%	11, 14 %	3,3 2%
		Hosp - Devoluciones	C25D Hosp - Devoluciones	0,30 %	0,0 0%	0,8 2%	0,5 2%
		Hosp - Entrega a auxiliar de enfermería	C25D Hosp - Entrega a auxiliar de enfermería	1,43 %	0,1 8%	2,6 8%	1,2 5%
	Comple mentaria -4	Amb - Digital + Recetario Oficial	C25E Amb - Digital + Recetario Oficial	35,6 8%	16, 84 %	54, 52 %	18, 84 %
		Amb - Digital + Recetario Oficial + Formatos internos	C25E Amb - Digital + Recetario Oficial + Formatos internos	3,32 %	0,0 0%	10, 04 %	6,7 2%
		Amb - Recetario Interno	C25E Amb - Recetario Interno	4,66 %	0,0 0%	13, 66 %	9,0 0%

		Amb - Recetario oficial	C25E Amb - Recetario oficial	45,2 2%	19,05 %	71,38 %	26,17 %
	Comple mentaria -5	Amb - Autorización	C25G Amb - Autorización	25,6 4%	3,68 %	47,60 %	21,96 %
		Amb - Dispensación	C25G Amb - Dispensación	56,7 1%	33,08 %	80,34 %	23,63 %
		Amb - Gobernación	C25G Amb - Gobernación	1,53 %	0,00 %	4,57 %	3,04 %
		Amb - Historia clínica	C25G Amb - Historia clínica	4,66 %	0,00 %	14,19 %	9,53 %
En la ruta descrita, ¿evidencia alguna limitación o barrera de acceso para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos prescritos?	Primaria	Si	C26A Si	31,4 8%	26,16 %	36,79 %	5,31 %
		No	C26A No	53,6 9%	47,90 %	59,48 %	5,79 %
		Ns/Nr	C26A Ns/Nr	14,8 3%	10,28 %	19,39 %	4,56 %
	Comple mentaria	Administrativas	C26B Administrativas	2,37 %	0,00 %	5,26 %	2,89 %
		Ambulatorio	C26B Ambulatorio	18,1 8%	8,59 %	27,77 %	9,59 %
		Autorizaciones	C26B Autorizaciones	3,14 %	0,19 %	6,08 %	2,95 %
		Códigos de medicamentos	C26B Códigos de medicamentos	2,38 %	0,00 %	5,14 %	2,76 %
		Desabastecimiento	C26B Desabastecimiento	43,7 9%	32,33 %	55,25 %	11,46 %
		EPS	C26B EPS	3,35 %	0,60 %	6,10 %	2,75 %
		Estigma/Tabú	C26B Estigma/Tabú	0,88 %	0,00 %	2,60 %	1,72 %

		Idoneidad Profesional	C26B Idoneidad Profesional	1,91 %	0,0 0%	4,5 6%	2,6 5%
		Interinstitucional	C26B Interinstitucional	5,23 %	0,0 0%	12,53 %	7,3 0%
		IPS	C26B IPS	1,07 %	0,0 0%	3,1 8%	2,1 1%
		Medidas de control	C26B Medidas de control	1,66 %	0,0 0%	4,0 0%	2,3 4%
		No opioides	C26B No opioides	1,47 %	0,0 0%	3,7 1%	2,2 4%
		Oportunidad	C26B Oportunidad	0,96 %	0,0 0%	2,8 3%	1,8 7%
		Personal disponible	C26B Personal disponible	5,11 %	1,2 1%	9,0 2%	3,9 1%
		Población no afiliada	C26B Población no afiliada	0,77 %	0,0 0%	2,2 9%	1,5 2%
		Prescripción	C26B Prescripción	11,9 3%	5,7 1%	18,14 %	6,2 1%
		Recetario Oficial	C26B Recetario Oficial	20,4 4%	11,75 %	29,13 %	8,6 9%
		Regional	C26B Regional	3,36 %	0,0 0%	7,2 2%	3,8 6%
	Comple mentaria -2	Buprenorfina	C26M Buprenorfina	0,88 %	0,0 0%	2,5 9%	1,7 1%
		Fentanilo	C26M Fentanilo	3,98 %	0,1 0%	7,8 7%	3,8 8%
		Hidromorfona	C26M Hidromorfona	2,83 %	0,0 0%	5,9 6%	3,1 3%
		Morfina	C26M Morfina	3,96 %	0,1 4%	7,7 8%	3,8 2%
		Oxycodona	C26M Oxycodona	0,88 %	0,0 0%	2,6 0%	1,7 2%
		Remifentanilo	C26M Remifentanilo	0,34 %	0,0 0%	0,8 5%	0,5 1%

¿Cuál es su percepción sobre el diligenciamiento del Recetario Oficial para la prescripción de medicamentos de control especial? ¿Ha tenido alguna limitación al respecto?	Primaria	Si	C27A Si	20,0 8%	12,36 %	27,80 %	7,72 %
		No	C27A No	54,57 %	42,08 %	67,06 %	12,49 %
		Ns/Nr/Na	C27A Ns/Nr/Na	25,35 %	15,47 %	35,24 %	9,88 %
	Complementaria	Debe imprimirse	C27B Debe imprimirse	2,24 %	0,00 %	6,64 %	4,40 %
		Debería ser electrónico	C27B Debería ser electrónico	20,77 %	10,08 %	31,46 %	10,69 %
		Duración límite de un mes	C27B Duración límite de un mes	7,29 %	0,00 %	14,89 %	7,60 %
		Falta de comunicación desabastecimientos	C27B Falta de comunicación desabastecimientos	1,01 %	0,00 %	3,00 %	1,99 %
		Falta de disponibilidad de recetarios en el territorio	C27B Falta de disponibilidad de recetarios en el territorio	14,57 %	3,64 %	25,50 %	10,93 %
		Falta espacio	C27B Falta espacio	5,44 %	0,00 %	11,77 %	6,33 %
		Letra ilegible	C27B Letra ilegible	1,41 %	0,00 %	4,24 %	2,82 %
		Mal diligenciamiento	C27B Mal diligenciamiento	18,24 %	3,78 %	32,70 %	14,46 %
		Medico no le gusta diligenciarlo	C27B Medico no le gusta diligenciarlo	12,32 %	3,14 %	21,51 %	9,18 %
		Muchos ítems no necesarios	C27B Muchos ítems no necesarios	12,76 %	3,55 %	21,97 %	9,21 %

		No debería existir	C27B No debería existir	2,59 %	0,0 0%	7,7 0%	5,1 1%
		Paciente sin datos	C27B Paciente sin datos	1,35 %	0,0 0%	4,0 3%	2,6 8%
	Complementaria -2	Es engorroso	C27C Es engorroso	8,74 %	4,8 4%	12,65 %	3,9 0%
		Exige la norma	C27C Exige la norma	7,52 %	3,1 1%	11,92 %	4,4 1%
		Fácil	C27C Fácil	41,4 7%	31,14 %	51,80 %	10,33 %
		Necesario el control	C27C Necesario el control	15,2 1%	9,6 2%	20,81 %	5,5 9%
		Profesionales con experiencia	C27C Profesionales con experiencia	1,81 %	0,0 0%	5,2 2%	3,4 1%
		Recetario Normal	C27C Recetario Normal	7,07 %	3,1 2%	11,02 %	3,9 5%
		Sería mejor aplicativo electrónico	C27C Seria mejor aplicativo electrónico	11,2 0%	6,4 8%	15,91 %	4,7 1%
La forma farmacéutica (solución oral) es útil en la práctica médica	Primaria	Acuerdo	C29.1A Acuerdo	45,2 3%	39,47 %	50,99 %	5,7 6%
		Desacuerdo	C29.1A Desacuerdo	2,72 %	0,9 8%	4,4 6%	1,7 4%
		Ns/Nr/Na/Np	C29.1A Ns/Nr/Na/Np	52,0 5%	46,23 %	57,87 %	5,8 2%
La concentración (10 mg/mL) de este medicamento es adecuada	Primaria	Acuerdo	C29.2A Acuerdo	39,2 8%	34,17 %	44,40 %	5,1 2%
		Desacuerdo	C29.2A Desacuerdo	7,42 %	3,9 5%	10,89 %	3,4 7%

		Ns/Nr/Na/Np	C29.2A Ns/Nr/Na/Np	53,2 9%	47, 55 %	59, 04 %	5,7 4%
El volumen de este medicamento (120 mL) es adecuada	Primaria	Acuerdo	C29.3A Acuerdo	31,7 5%	26, 74 %	36, 77 %	5,0 1%
		Desacuerdo	C29.3A Desacuerdo	15,1 2%	11, 17 %	19, 06 %	3,9 5%
		Ns/Nr/Na/Np	C29.3A Ns/Nr/Na/Np	53,1 3%	47, 45 %	58, 81 %	5,6 8%
La indicación aprobada para este medicamento es la apropiada	Primaria	Acuerdo	C29.4A Acuerdo	44,6 8%	38, 95 %	50, 40 %	5,7 2%
		Desacuerdo	C29.4A Desacuerdo	1,70 %	0,2 5%	3,1 5%	1,4 5%
		Ns/Nr/Na/Np	C29.4A Ns/Nr/Na/Np	53,6 3%	48, 01 %	59, 24 %	5,6 2%
Este medicamento se podría utilizar en otras indicaciones	Primaria	Acuerdo	C29.5A Acuerdo	23,1 5%	19, 01 %	27, 29 %	4,1 4%
		Desacuerdo	C29.5A Desacuerdo	19,9 9%	15, 13 %	24, 84 %	4,8 5%
		Ns/Nr/Na/Np	C29.5A Ns/Nr/Na/Np	56,8 6%	51, 30 %	62, 42 %	5,5 6%
En caso que ingrese un paciente que se encuentre en terapia de mantenimiento con metadona ¿la institución se encuentra en la capacidad de darle continuidad a la terapia?		Si	p30_si	36,1 8%	27, 86 %	44, 49 %	8,3 1%
		No	p30_no	21,4 1%	15, 31 %	27, 51 %	6,1 0%
		N/A	p30_n/a	42,4 1%	33, 68 %	51, 15 %	8,7 3%

¿En su práctica médica en la institución, alguna vez ha tenido pacientes que hayan desarrollado consumo problemático al tramadol?	Primaria	Si	C31A Si	23,7 7%	18,66 %	28,87 %	5,10 %
		No	C31A No	66,81 %	61,08 %	72,53 %	5,73 %
		Ns/Nr/Na	C31A Ns/Nr/Na	2,03 %	0,48 %	3,59 %	1,56 %
		Si, en otra institución o adicción preexistente	C31A Si, en otra institución o adicción preexistente	7,39 %	4,64 %	10,15 %	2,76 %
	Comple- mentaria	Casos de adicción o abuso en otras instituciones	C31B Casos de adicción o abuso en otras instituciones	13,45 %	6,33 %	20,56 %	7,11 %
		En pacientes y profesionales de la salud	C31B En pacientes y profesionales de la salud	2,08 %	0,00 %	5,26 %	3,18 %
		Especialmente en el adulto mayor	C31B Especialmente en el adulto mayor	0,60 %	0,00 %	1,60 %	1,00 %
		Junto con casos de adicción o abuso a otros opioides.	C31B Junto con casos de adicción o abuso a otros opioides.	1,55 %	0,00 %	3,78 %	2,23 %
		Pacientes con adicción o abuso de tramadol preexistente	C31B Pacientes con adicción o abuso de tramadol preexistente	6,35 %	1,55 %	11,15 %	4,80 %
		Uso de placebo	C31B Uso de placebo	0,89 %	0,00 %	2,63 %	1,74 %
	Comple- mentaria -2	Bajo o nulo uso del medicamento	C31C Bajo o nulo uso del medicamento	2,09 %	0,31 %	3,87 %	1,78 %
		Casos de conocidos, pero no propios.	C31C Casos de conocidos, pero no propios.	1,23 %	0,00 %	2,67 %	1,44 %

		Miedo a eventos adversos o poca adherencia de los pacientes	C31C Miedo a eventos adversos o poca adherencia de los pacientes	0,49 %	0,0 0%	1,2 1%	0,7 2%
		No manejo de pacientes o de paciente ambulatorio.	C31C No manejo de pacientes o de paciente ambulatorio.	1,02 %	0,0 0%	2,4 2%	1,4 0%
		Procesos quirúrgicos o tratamiento agudo	C31C Procesos quirúrgicos o tratamiento agudo	2,37 %	0,0 0%	5,6 5%	3,2 8%
		Reporte de eventos adversos de bajo riesgo	C31C Reporte de eventos adversos de bajo riesgo	0,45 %	0,0 0%	1,3 3%	0,8 8%
		Solo casos de adicción o abuso a otros opioides.	C31C Solo casos de adicción o abuso a otros opioides.	2,23 %	0,2 0%	4,2 5%	2,0 3%
¿Considera que es fácil adquirir TRAMADOL?		Si	p32_si	77,9 8%	72,09 %	83,87 %	5,89 %
		No	p32_no	1,28 %	0,51 %	2,05 %	0,77 %
		N/A	p32_n/a	20,7 4%	14,80 %	26,69 %	5,94 %
¿Considera que el TRAMADOL debería ser un medicamento de control especial?	Primaria	Si	C33A Si	71,7 7%	66,18 %	77,36 %	5,59 %
		No	C33A No	25,8 4%	20,49 %	31,19 %	5,35 %
		Ns/Nr/Na	C33A Ns/Nr/Na	2,39 %	0,67 %	4,11 %	1,72 %
	Complementaria	Bastante uso en dolor	C33B Bastante uso en dolor	0,69 %	0,0 0%	2,05 %	1,36 %

		Efectos adversos y/o dependencia	C33B Efectos adversos y/o dependencia	18,3 9%	10,57 %	26,21 %	7,82 %
		Fácil acceso, disponibilidad o venta libre	C33B Fácil acceso, disponibilidad o venta libre	8,43 %	4,49 %	12,36 %	3,94 %
		Los opioides deberían ser de control especial.	C33B Los opioides deberían ser de control especial.	3,10 %	0,87 %	5,34 %	2,24 %
		Mal uso o uso indiscriminado	C33B Mal uso o uso indiscriminado	6,00 %	2,07 %	9,94 %	3,93 %
		Medicamento narcótico o de alto riesgo	C33B Medicamento narcótico o de alto riesgo	0,41 %	0,00 %	1,05 %	0,63 %
	Comple mentaria -2	Barrera de acceso	C33C Barrera de acceso	5,34 %	0,28 %	10,40 %	5,06 %
		Buen manejo de dolor	C33C Buen manejo de dolor	2,38 %	0,00 %	6,21 %	3,83 %
		Es un medicamento esencial.	C33C Es un medicamento esencial.	1,52 %	0,00 %	4,53 %	3,01 %
		Es un opioide débil	C33C Es un opioide débil	9,48 %	3,24 %	15,71 %	6,24 %
		Menor adicción o eventos adversos	C33C Menor adicción o eventos adversos	11,75 %	2,22 %	21,28 %	9,53 %
		Miedo del paciente a eventos adversos	C33C Miedo del paciente a eventos adversos	2,07 %	0,00 %	4,62 %	2,55 %
		No es necesario en Colombia	C33C No es necesario en Colombia	0,87 %	0,00 %	2,59 %	1,72 %
		Requiere más centros de manejo de dolor	C33C Requiere más centros de manejo de dolor	1,60 %	0,00 %	4,76 %	3,15 %

¿Cuál cree que sería una estrategia para disminuir el riesgo de dependencia a TRAMADOL y otros opioides?		Requiere más educación y no restricción.	C33C Requiere más educación y no restricción.	3,05 %	0,0 0%	6,7 4%	3,6 9%
		Requiere prescripción o vigilancia sin ser de control especial.	C33C Requiere prescripción o vigilancia sin ser de control especial.	15,7 8%	6,7 0%	24, 86 %	9,0 8%
	Primaria	Crear programas de manejo del dolor y/o hacer seguimientos activos del paciente	C34A Crear programas de manejo del dolor y/o hacer seguimientos activos del paciente	8,57 %	5,2 7%	11, 87 %	3,3 0%
		Mayor control con recetario o restricciones de uso especializado	C34A Mayor control con recetario o restricciones de uso especializado	47,3 6%	41, 77 %	52, 94 %	5,5 9%
		Mayor educación para una prescripción responsable y consciente	C34A Mayor educación para una prescripción responsable y consciente	37,3 7%	31, 90 %	42, 83 %	5,4 6%
		Mayor información, divulgación y concientización a los pacientes	C34A Mayor información, divulgación y concientización a los pacientes	18,8 5%	14, 42 %	23, 29 %	4,4 3%
		Uso de escalonamiento, otras terapias o analgésicos no opioides	C34A Uso de escalonamiento, otras terapias o analgésicos no opioides	13,9 9%	10, 33 %	17, 66 %	3,6 6%
		Uso de terapia analgésica multimodal	C34A Uso de terapia analgésica multimodal	4,84 %	2,1 4%	7,5 4%	2,7 0%
		No sabe / No responde	C34A No sabe / No responde	3,03 %	1,0 7%	4,9 9%	1,9 6%

En Colombia se cuenta con presentaciones comerciales de NALOXONA solución inyectable 0.4mg/mL, en otros países existen la forma farmacéutica de aerosol nasal, ¿Usted considera que en Colombia hace falta?	Primaria	Si	C36A Si	54,4 6%	49, 17 %	59, 74 %	5,2 8%
		No	C36A No	32,4 3%	27, 23 %	37, 63 %	5,2 0%
		Ns/Nr/Na	C36A Ns/Nr/Na	13,1 1%	9,1 1%	17, 11 %	4,0 0%
¿Por qué?	Primaria	Sí, Administración más fácil	C36.1A Sí, Administración más fácil	14,3 4%	9,2 6%	19, 41 %	5,0 8%
		Sí, Debe estar y ser de control	C36.1A Sí, Debe estar y ser de control	0,28 %	0,0 0%	0,8 3%	0,5 5%
		Sí, Debe evaluarse la necesidad	C36.1A Sí, Debe evaluarse la necesidad	5,17 %	1,1 0%	9,2 4%	4,0 7%
		Sí, En caso de urgencia	C36.1A Sí, En caso de urgencia	19,1 0%	12, 44 %	25, 76 %	6,6 6%
		Sí, Mejor biodisponibilidad	C36.1A Sí, Mejor biodisponibilidad	7,84 %	0,3 9%	15, 28 %	7,4 5%
		Sí, Mejorar la accesibilidad	C36.1A Sí, Mejorar la accesibilidad	23,0 1%	14, 62 %	31, 40 %	8,3 9%
		Sí, Uso ambulatorio	C36.1A Sí, Uso ambulatorio	11,8 4%	0,7 0%	22, 99 %	11, 14 %
		Ns/Nr/Na	C36.1A Ns/Nr/Na	18,7 1%	11, 58 %	25, 85 %	7,1 3%
	Comple mentaria	No, Incentivaría el consumo excesivo o recreativo	C36.1B No, Incentivaría el consumo excesivo o recreativo	2,84 %	0,5 0%	5,1 9%	2,3 4%

		No, No es necesario	C36.1B No, No es necesario	25,5 2%	19, 48 %	31, 55 %	6,0 3%
¿Como se determina en la institución si un paciente está presentando consumo problemático de medicamentos opioides?	Primaria	El paciente lo pide en reconsultas y/o miente sobre dolor	C37A El paciente lo pide en reconsultas y/o miente sobre dolor	44,4 0%	38, 52 %	50, 28 %	5,8 8%
		Mediante el uso de escalas	C37A Mediante el uso de escalas	1,54 %	0,3 0%	2,7 9%	1,2 5%
		No hemos tenido casos, no ha sucedido o no sabemos determinarlo	C37A No hemos tenido casos, no ha sucedido o no sabemos determinarlo	7,87 %	4,2 8%	11, 47 %	3,5 9%
		Por valoración médica, historia clínica o entrevista	C37A Por valoración médica, historia clínica o entrevista	27,5 2%	21, 52 %	33, 52 %	6,0 0%
		Se evidencia en el seguimiento y/o observación de efectos secundarios	C37A Se evidencia en el seguimiento y/o observación de efectos secundarios	9,70 %	5,8 1%	13, 60 %	3,8 9%
		Sintomatología evidente / Comportamiento o signos de dependencia	C37A Sintomatología evidente / Comportamiento o signos de dependencia	34,5 0%	28, 28 %	40, 72 %	6,2 2%
		No sabe / No responde	C37A No sabe / No responde	5,96 %	3,5 0%	8,4 2%	2,4 6%
¿Como se determina en la institución si un paciente está presentando abstinencia a	Primaria	Aplicación de una escala	C38A Aplicación de una escala	11,1 8%	7,1 5%	15, 21 %	4,0 3%
		Comportamiento del paciente	C38A Comportamiento del paciente	19,2 7%	12, 94 %	25, 60 %	6,3 3%

medicamentos opioides?		El paciente no sigue el esquema de tratamiento	C38A El paciente no sigue el esquema de tratamiento	0,34 %	0,0 0%	1,0 0%	0,6 7%
		Entrevista al paciente	C38A Entrevista al paciente	4,62 %	2,3 2%	6,9 3%	2,3 1%
		Exigencia del medicamento opioide	C38A Exigencia del medicamento opioide	13,9 1%	9,1 6%	18,67 %	4,7 5%
		Historia clínica	C38A Historia clínica	8,01 %	4,8 3%	11,19 %	3,1 8%
		Interconsulta con medicina del dolor	C38A Interconsulta con medicina del dolor	1,40 %	0,0 0%	3,3 8%	1,9 9%
		Interconsulta con psiquiatría	C38A Interconsulta con psiquiatría	4,72 %	1,6 8%	7,7 6%	3,0 4%
		Interconsulta con toxicología	C38A Interconsulta con toxicología	0,35 %	0,0 0%	0,8 5%	0,5 0%
		Paciente reconsultante	C38A Paciente reconsultante	0,95 %	0,0 7%	1,8 3%	0,8 8%
		Prueba toxicológica	C38A Prueba toxicológica	0,77 %	0,0 0%	1,7 6%	0,9 9%
		Signos y síntomas clínicos	C38A Signos y síntomas clínicos	54,2 7%	48,36 %	60,18 %	5,9 1%
		Ns/Nr	C38A Ns/Nr	20,7 1%	16,14 %	25,29 %	4,5 7%
¿Que lineamiento o escala utilizan? ¿se tiene implementado en la historia clínica?	Primaria	Clasificación de Guedel (Anestesia)	C38.1A Clasificación de Guedel (Anestesia)	0,55 %	0,0 0%	1,6 3%	1,0 8%
		Criterios CAM (delirio)	C38.1A Criterios CAM (delirio)	0,35 %	0,0 0%	1,0 4%	0,6 9%
		Criterios DSM-5	C38.1A Criterios DSM-5	1,45 %	0,0 0%	4,0 4%	2,5 8%
		Escala analógica del dolor	C38.1A Escala analógica del dolor	0,70 %	0,0 0%	1,9 3%	1,2 3%

	Escala de abstinencia (sin definir)	C38.1A Escala de abstinencia (sin definir)	1,40 %	0,10 %	2,70 %	1,30 %
	Escala de CIWA-Ar (Abstinencia a alcohol)	C38.1A Escala de CIWA-Ar (Abstinencia a alcohol)	0,23 %	0,00 %	0,69 %	0,46 %
	Escala de COWS	C38.1A Escala de COWS	5,94 %	0,90 %	10,97 %	5,04 %
	Escala de Finnegan (Abstinencia neonatal)	C38.1A Escala de Finnegan (Abstinencia neonatal)	2,22 %	0,00 %	4,83 %	2,61 %
	Escala de Glasgow (Nivel de consciencia)	C38.1A Escala de Glasgow (Nivel de consciencia)	0,14 %	0,00 %	0,42 %	0,28 %
	Escala de Ramsay (Sedación)	C38.1A Escala de Ramsay (Sedación)	0,04 %	0,00 %	0,13 %	0,09 %
	Escala de Sophia (Abstinencia)	C38.1A Escala de Sophia (Abstinencia)	0,59 %	0,00 %	1,48 %	0,89 %
	Escala RASS (Estado de conciencia)	C38.1A Escala RASS (Estado de conciencia)	0,79 %	0,00 %	1,74 %	0,94 %
	Escala SUDS (Ansiedad)	C38.1A Escala SUDS (Ansiedad)	0,34 %	0,00 %	1,00 %	0,67 %
	Escala WAT-1 (Abstinencia)	C38.1A Escala WAT-1 (Abstinencia)	0,85 %	0,00 %	2,52 %	1,66 %
	Escalas de delirio (sin definir)	C38.1A Escalas de delirio (sin definir)	2,06 %	0,12 %	3,99 %	1,93 %
	No uso de escalas	C38.1A No uso de escalas	51,32 %	43,84 %	58,81 %	7,49 %
	Ns/Nr	C38.1A Ns/Nr	34,92 %	26,46 %	43,38 %	8,46 %

¿Considera que hace falta?	Primaria	Si	C38.2A Si	42,5 9%	29, 97 %	55, 22 %	12, 62 %
		No	C38.2A No	5,99 %	1,9 5%	10, 03 %	4,0 4%
		Ns/Nr	C38.2A Ns/Nr	51,4 2%	37, 71 %	65, 12 %	13, 70 %
¿Cuál es el manejo que la institución brinda a un paciente que llega a un estado de consumo problemático?	Primaria	Administración de un placebo	C39A Administración de un placebo	0,29 %	0,0 0%	0,7 6%	0,4 6%
		Desescalamiento del opioide	C39A Desescalamiento del opioide	0,59 %	0,0 0%	1,2 5%	0,6 6%
		Hospitalización	C39A Hospitalización	2,53 %	0,8 4%	4,2 2%	1,6 9%
		Informar a la EPS	C39A Informar a la EPS	0,24 %	0,0 0%	0,7 2%	0,4 8%
		Manejo de síntomas agudos con medicamentos	C39A Manejo de síntomas agudos con medicamentos	14,0 4%	9,3 8%	18, 69 %	4,6 5%
		No hay un manejo particular	C39A No hay un manejo particular	10,1 1%	5,1 4%	15, 09 %	4,9 7%
		Remisión a otra institución	C39A Remisión a otra institución	8,96 %	4,2 8%	13, 65 %	4,6 9%
		Rotación de medicamentos	C39A Rotación de medicamentos	1,43 %	0,1 0%	2,7 6%	1,3 3%
		Uso de metadona	C39A Uso de metadona	8,29 %	4,2 0%	12, 38 %	4,0 9%
		Uso de naloxona	C39A Uso de naloxona	0,43 %	0,0 0%	1,2 8%	0,8 5%
		Valoración por anestesiología	C39A Valoración por anestesiología	0,47 %	0,0 0%	1,3 2%	0,8 5%

		Valoración por medicina del dolor	C39A Valoración por medicina del dolor	8,44 %	4,60 %	12,27 %	3,83 %
		Valoración por psicología	C39A Valoración por psicología	26,82 %	21,54 %	32,10 %	5,28 %
		Valoración por psiquiatría	C39A Valoración por psiquiatría	38,37 %	32,13 %	44,61 %	6,24 %
		Valoración por toxicología	C39A Valoración por toxicología	19,31 %	6,13 %	32,49 %	13,18 %
		Valoración por trabajo social	C39A Valoración por trabajo social	9,38 %	6,10 %	12,66 %	3,28 %
		Ns/Nr	C39A Ns/Nr	22,62 %	17,09 %	28,14 %	5,52 %
Con fines de mejora y no de sancionar o señalar de manera punitiva ¿Usted conoce algún caso de este tipo en la institución?	Primaria	Si	C40A Si	45,77 %	36,65 %	54,89 %	9,12 %
		No	C40A No	50,65 %	42,60 %	58,71 %	8,05 %
		Ns/Nr	C40A Ns/Nr	3,58 %	1,07 %	6,09 %	2,51 %
¿Podría indicar en que profesionales de la salud ha ocurrido esta situación?	Primaria	Auxiliar de enfermería	C40.1A Auxiliar de enfermería	14,31 %	8,74 %	19,89 %	5,58 %
		Enfermería	C40.1A Enfermería	30,14 %	23,41 %	36,87 %	6,73 %
		Especialista en anestesiología	C40.1A Especialista en anestesiología	46,05 %	37,53 %	54,58 %	8,53 %
		Especialista en cuidados intensivos	C40.1A Especialista en cuidados intensivos	3,01 %	0,15 %	5,86 %	2,86 %

	Especialista en cuidados paliativos	C40.1A Especialista en cuidados paliativos	0,45 %	0,0 0%	1,0 5%	0,6 0%
	Especialista en dermatología	C40.1A Especialista en dermatología	0,49 %	0,0 0%	1,4 7%	0,9 8%
	Especialista en ginecología	C40.1A Especialista en ginecología	2,34 %	0,1 7%	4,5 2%	2,1 7%
	Especialista en medicina interna	C40.1A Especialista en medicina interna	1,24 %	0,0 0%	3,0 5%	1,8 1%
	Especialista en ortopedia	C40.1A Especialista en ortopedia	0,99 %	0,0 0%	2,4 3%	1,4 4%
	Especialista en otorrinolaringología	C40.1A Especialista en otorrinolaringología	0,61 %	0,0 0%	1,7 8%	1,1 7%
	Especialista en pediatría	C40.1A Especialista en pediatría	2,28 %	0,0 0%	5,9 0%	3,6 1%
	Especialista en urgencias	C40.1A Especialista en urgencias	1,23 %	0,0 0%	2,7 7%	1,5 4%
	Fisioterapeuta	C40.1A Fisioterapeuta	1,37 %	0,0 0%	3,3 3%	1,9 6%
	Instrumentación quirúrgica	C40.1A Instrumentación quirúrgica	1,05 %	0,0 0%	2,5 8%	1,5 2%
	Médico cirujano	C40.1A Médico cirujano	2,33 %	0,0 0%	4,8 0%	2,4 7%
	Médico especialista	C40.1A Médico especialista	5,62 %	2,4 1%	8,8 3%	3,2 1%
	Médico general	C40.1A Médico general	20,7 5%	14,38 %	27,13 %	6,3 7%
	Químico farmacéutico	C40.1A Químico farmacéutico	0,69 %	0,0 0%	2,0 1%	1,3 3%
	Terapeuta ocupacional	C40.1A Terapeuta ocupacional	0,69 %	0,0 0%	2,0 3%	1,3 5%
	Ns/Nr	C40.1A Ns/Nr	11,0 2%	5,4 2%	16,63 %	5,6 1%
Complementaria	Codeína	C40.1B Codeína	0,65 %	0,0 0%	1,9 4%	1,2 8%

		Fentanilo	C40.1B Fentanilo	15,7 0%	8,4 3%	22, 97 %	7,2 7%
		Hidrocodona	C40.1B Hidrocodona	0,65 %	0,0 0%	1,9 4%	1,2 8%
		Hidromorfona	C40.1B Hidromorfona	0,51 %	0,0 0%	1,5 2%	1,0 1%
		Morfina	C40.1B Morfina	2,37 %	0,0 1%	4,7 3%	2,3 6%
		Oxicodona	C40.1B Oxicodona	0,93 %	0,0 0%	2,3 6%	1,4 3%
		Remifentanilo	C40.1B Remifentanilo	0,97 %	0,0 0%	2,2 8%	1,3 1%
		Tramadol	C40.1B Tramadol	3,07 %	0,3 2%	5,8 2%	2,7 5%
¿Cuál es el manejo que la institución brinda a profesionales de la salud que desarrollan consumo problemático de opioides?	Primaria	Adecuación de los espacios de trabajo (solo consulta externa)	C41A Adecuación de los espacios de trabajo (solo consulta externa)	5,88 %	3,3 0%	8,4 5%	2,5 7%
		Adecuación del ambiente laboral	C41A Adecuación del ambiente laboral	0,55 %	0,0 0%	1,3 4%	0,7 8%
		Aplicación de examen toxicológico	C41A Aplicación de examen toxicológico	0,60 %	0,0 0%	1,4 1%	0,8 1%
		Apoyo psicosocial por parte de la institución	C41A Apoyo psicosocial por parte de la institución	20,2 1%	15, 24 %	25, 17 %	4,9 6%
		Desvinculación laboral	C41A Desvinculación laboral	4,64 %	2,2 4%	7,0 5%	2,4 1%
		Direccionamiento a través de la EPS del profesional	C41A Direccionamiento a través de la EPS del profesional	1,28 %	0,0 7%	2,4 9%	1,2 1%
		Evaluación por el COPASST	C41A Evaluación por el COPASST	2,97 %	0,6 5%	5,2 9%	2,3 2%



		Identificación del personal con riesgo de abuso	C41A Identificación del personal con riesgo de abuso	1,04 %	0,1 3%	1,9 5%	0,9 1%
		Investigación del hurto de medicamentos	C41A Investigación del hurto de medicamentos	0,94 %	0,1 1%	1,7 7%	0,8 3%
		Llamado de atención	C41A Llamado de atención	0,49 %	0,0 0%	1,1 5%	0,6 7%
		No hay un procedimiento establecido	C41A No hay un procedimiento establecido	6,41 %	3,5 2%	9,3 0%	2,8 9%
		Pausa del contrato laboral	C41A Pausa del contrato laboral	0,23 %	0,0 0%	0,5 4%	0,3 1%
		Proceso de rehabilitación	C41A Proceso de rehabilitación	2,74 %	0,5 9%	4,8 9%	2,1 5%
		Programa de apoyo en salud mental	C41A Programa de apoyo en salud mental	2,89 %	0,8 4%	4,9 5%	2,0 5%
		Remisión a un servicio de salud mental	C41A Remisión a un servicio de salud mental	1,72 %	0,4 6%	2,9 8%	1,2 6%
		Valoración por psiquiatría	C41A Valoración por psiquiatría	8,99 %	5,5 4%	12,44 %	3,4 5%
		Ns/Nr	C41A Ns/Nr	54,3 8%	48,20 %	60,56 %	6,1 8%
¿Cree que es óptima y suficiente la información divulgada por los entes de control respecto al uso de medicamentos opioides?	Primaria	Si	C42A Si	17,0 0%	9,6 1%	24,39 %	7,3 9%
		No	C42A No	81,7 8%	74,63 %	88,92 %	7,1 4%
		Ns/Nr/Na	C42A Ns/Nr/Na	1,22 %	0,0 0%	2,4 8%	1,2 6%
	Comple mentaria	Falta conocimiento base	C42B Falta conocimiento base	1,42 %	0,0 0%	4,3 5%	2,9 3%

		Falta constancia	C42B Falta constancia	4,90 %	0,0 0%	12,07 %	7,18 %
		Falta divulgación	C42B Falta divulgación	18,47 %	10,71 %	26,23 %	7,76 %
		Información inherente a la formación	C42B Información inherente a la formación	4,16 %	0,0 0%	10,31 %	6,15 %
		Se debe centrar en el consumo problemático	C42B Se debe centrar en el consumo problemático	2,53 %	0,0 0%	7,56 %	5,04 %
		Tiene bastante información	C42B Tiene bastante información	12,81 %	0,33 %	25,30 %	12,48 %
	Comple mentaria -2	Deberían existir diplomados o cursos	C42C Deberían existir diplomados o cursos	3,56 %	1,47 %	5,65 %	2,09 %
		Educación continuada a toda la población	C42C Educación continuada a toda la población	9,92 %	6,15 %	13,68 %	3,76 %
		Es escasa	C42C Es escasa	5,58 %	1,48 %	9,68 %	4,10 %
		Falta certificar este conocimiento	C42C Falta certificar este conocimiento	1,69 %	0,2 0%	3,18 %	1,49 %
		Falta divulgación	C42C Falta divulgación	27,54 %	21,27 %	33,80 %	6,26 %
		Falta información	C42C Falta información	13,77 %	9,14 %	18,39 %	4,63 %
		Falta lenguaje coloquial o fácil de entender	C42C Falta lenguaje coloquial o fácil de entender	1,00 %	0,0 0%	2,38 %	1,37 %
		Insuficiente	C42C Insuficiente	7,02 %	3,44 %	10,61 %	3,59 %



		Lineamiento propio	C42C Lineamiento propio	0,26 %	0,0 0%	0,7 8%	0,5 2%
¿Considera que es suficiente la educación universitaria a los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos opioides, en los programas de pregrado?	Primaria	Si	C43A Si	19,8 6%	14, 92 %	24, 79 %	4,9 3%
		No	C43A No	76,1 7%	69, 83 %	82, 51 %	6,3 4%
		Ns/Nr/Na	C43A Ns/Nr/Na	3,97 %	1,6 0%	6,3 4%	2,3 7%
	Comple mentaria	Falta catedra de dolor y cuidados paliativos	C43B Falta catedra de dolor y cuidados paliativos	4,95 %	2,1 1%	7,7 9%	2,8 4%
		Falta profundización	C43B Falta profundización	47,4 5%	39, 38 %	55, 52 %	8,0 7%
		Información muy general	C43B Información muy general	6,29 %	2,7 0%	9,8 8%	3,5 9%
		No aprendí del tema	C43B No aprendí del tema	3,78 %	0,4 5%	7,1 1%	3,3 3%
¿Usted ha recibido formación o capacitación respecto a la prescripción de medicamentos de control especial?	Primaria	Si	C44A Si	30,4 6%	24, 86 %	36, 06 %	5,6 0%
		No	C44A No	50,0 2%	44, 22 %	55, 83 %	5,8 1%
		Ns/Nr	C44A Ns/Nr	19,5 2%	14, 29 %	24, 75 %	5,2 3%
Describa brevemente la capacitación	Primaria	Capacitación al ingreso a la institución	C44.1A Capacitación al ingreso a la institución	4,41 %	0,0 8%	8,7 4%	4,3 3%
		Capacitación en la residencia/año rural	C44.1A Capacitación en la residencia/año rural	22,7 9%	13, 37 %	32, 22 %	9,4 3%
		Capacitación en otra institución	C44.1A Capacitación en otra institución	6,23 %	1,8 2%	10, 65 %	4,4 2%

		Capacitación por el área de calidad	C44.1A Capacitación por el área de calidad	1,13 %	0,0 0%	3,3 6%	2,2 3%
		Capacitación por el servicio farmacéutico de la institución	C44.1A Capacitación por el servicio farmacéutico de la institución	13,6 4%	6,5 7%	20,70 %	7,0 6%
		Capacitación por la industria farmacéutica	C44.1A Capacitación por la industria farmacéutica	4,15 %	0,0 0%	11,12 %	6,9 7%
		Capacitación por personal de enfermería	C44.1A Capacitación por personal de enfermería	0,91 %	0,0 0%	2,6 9%	1,7 8%
		Capacitación por un médico especialista en dolor o anestesiología	C44.1A Capacitación por un médico especialista en dolor o anestesiología	15,3 9%	4,9 2%	25,86 %	10,47 %
		Capacitación por una asociación	C44.1A Capacitación por una asociación	2,22 %	0,0 0%	5,5 5%	3,3 3%
		Capacitación por una entidad departamental	C44.1A Capacitación por una entidad departamental	13,1 5%	6,2 4%	20,06 %	6,9 1%
		Capacitación universitaria	C44.1A Capacitación universitaria	1,62 %	0,0 0%	4,8 3%	3,2 1%
		Diplomado de manejo en cuidados paliativos	C44.1A Diplomado de manejo en cuidados paliativos	0,72 %	0,0 0%	1,8 2%	1,0 9%
		No especifica	C44.1A No especifica	15,3 3%	8,5 5%	22,12 %	6,7 8%
¿Realiza actividades de educación al paciente y su cuidador respecto al tratamiento con	Primaria	Si	C45A Si	52,1 4%	45,90 %	58,38 %	6,2 4%
		No	C45A No	38,2 4%	32,35 %	44,13 %	5,8 9%

medicamentos opioides?		Ns/Nr	C45A Ns/Nr	9,62 %	5,9 1%	13, 33 %	3,7 1%
	Comple mentaria	Conocimiento de la enfermedad	C45B Conocimiento de la enfermedad	0,75 %	0,0 0%	2,2 2%	1,4 7%
		Cuidado del paciente oncológico	C45B Cuidado del paciente oncológico	3,10 %	0,0 0%	6,9 1%	3,8 0%
		Educación en adicción y dependencia	C45B Educación en adicción y dependencia	4,03 %	1,1 9%	6,8 6%	2,8 4%
		Educación en administración de medicamentos	C45B Educación en administración de medicamentos	18,3 7%	9,5 1%	27, 23 %	8,8 6%
		Educación en cuidados paliativos	C45B Educación en cuidados paliativos	5,88 %	1,3 6%	10, 39 %	4,5 2%
		Educación en dosis de rescate	C45B Educación en dosis de rescate	3,50 %	0,0 0%	7,4 0%	3,9 1%
		Educación en el plan de tratamiento	C45B Educación en el plan de tratamiento	0,43 %	0,0 0%	1,0 7%	0,6 4%
		Educación en finalidad, efectos adversos y riesgos de la medicación	C45B Educación en finalidad, efectos adversos y riesgos de la medicación	18,1 0%	11, 18 %	25, 01 %	6,9 2%
		Educación en manejo del dolor	C45B Educación en manejo del dolor	1,73 %	0,1 3%	3,3 3%	1,6 0%
		Educación en medicamentos de alto riesgo	C45B Educación en medicamentos de alto riesgo	0,43 %	0,0 0%	1,2 8%	0,8 4%
		Educación en Psiquiatría	C45B Educación en Psiquiatría	0,50 %	0,0 0%	1,4 9%	0,9 9%
		Educación en quimioterapia	C45B Educación en quimioterapia	0,35 %	0,0 0%	1,0 4%	0,6 9%

		Educación en redes de voluntariado	C45B Educación en redes de voluntariado	1,89 %	0,0 0%	5,4 4%	3,5 6%
		Educación en síndrome de abstinencia	C45B Educación en síndrome de abstinencia	0,78 %	0,0 0%	1,9 1%	1,1 3%
		Educación en uso seguro de opioides	C45B Educación en uso seguro de opioides	6,86 %	3,3 0%	10,43 %	3,5 7%
		Farmacovigilancia	C45B Farmacovigilancia	7,87 %	2,9 2%	12,81 %	4,9 5%
		Indicaciones básicas / generales	C45B Indicaciones básicas / generales	4,28 %	1,5 2%	7,0 4%	2,7 6%
		Manejo del dolor en pediatría	C45B Manejo del dolor en pediatría	0,26 %	0,0 0%	0,7 6%	0,5 1%
		Plan institucional de capacitaciones	C45B Plan institucional de capacitaciones	0,29 %	0,0 0%	0,8 7%	0,5 8%
		Programa de educación al paciente	C45B Programa de educación al paciente	0,78 %	0,0 0%	1,8 5%	1,0 6%
		Signos de alarma	C45B Signos de alarma	2,74 %	0,0 0%	5,5 2%	2,7 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los opioides producen adicción		De acuerdo	p46.1_de acuerdo	78,0 4%	73,53 %	82,55 %	4,5 1%
		Desacuerdo	p46.1_desacuerdo	14,7 9%	8,8 3%	20,75 %	5,9 6%
		N/A	p46.1_n/a	7,17 %	2,6 2%	11,72 %	4,5 5%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las		De acuerdo	p46.2_de acuerdo	30,6 0%	25,98 %	35,22 %	4,6 2%

siguientes afirmaciones: Los opioides acortan la vida		Desacuerdo	p46.2_desacuerdo	60,8 4%	55, 18 %	66, 49 %	5,6 6%
		N/A	p46.2_n/a	8,56 %	3,8 0%	13, 33 %	4,7 6%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los opioides son solo para enfermos terminales		De acuerdo	p46.3_de acuerdo	4,86 %	2,1 9%	7,5 2%	2,6 7%
		Desacuerdo	p46.3_desacuerdo	88,5 5%	83, 98 %	93, 12 %	4,5 7%
		N/A	p46.3_n/a	6,59 %	2,2 2%	10, 97 %	4,3 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los opioides producen euforia		De acuerdo	p46.4_de acuerdo	53,1 7%	45, 54 %	60, 80 %	7,6 3%
		Desacuerdo	p46.4_desacuerdo	38,7 3%	32, 54 %	44, 91 %	6,1 9%
		N/A	p46.4_n/a	8,11 %	3,3 0%	12, 91 %	4,8 0%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los opioides por vía oral no son eficaces		De acuerdo	p46.5_de acuerdo	4,41 %	2,0 5%	6,7 8%	2,3 7%
		Desacuerdo	p46.5_desacuerdo	83,3 5%	77, 44 %	89, 26 %	5,9 1%
		N/A	p46.5_n/a	12,2 4%	6,4 5%	18, 02 %	5,7 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los		De acuerdo	p46.6_de acuerdo	81,1 8%	76, 48 %	85, 87 %	4,7 0%
		Desacuerdo	p46.6_desacuerdo	12,0 5%	7,4 2%	16, 68 %	4,6 3%

opioides causan depresión respiratoria		N/A	p46.6_n/a	6,78 %	2,5 1%	11, 04 %	4,2 6%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: En urgencias, los opioides son el mejor analgésico		De acuerdo	p46.7_de acuerdo	20,3 5%	15, 94 %	24, 76 %	4,4 1%
		Desacuerdo	p46.7_desacuerdo	70,5 3%	64, 57 %	76, 50 %	5,9 6%
		N/A	p46.7_n/a	9,11 %	3,7 3%	14, 50 %	5,3 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los médicos sólo quieren que deje de tomar opioides y no les importa mi dolor		De acuerdo	p46.8_de acuerdo	7,35 %	3,9 0%	10, 79 %	3,4 4%
		Desacuerdo	p46.8_desacuerdo	83,8 3%	77, 60 %	90, 06 %	6,2 3%
		N/A	p46.8_n/a	8,82 %	4,3 4%	13, 31 %	4,4 9%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los médicos prescriben opioides sin importar que me convierta en un adicto		De acuerdo	p46.9_de acuerdo	14,2 5%	10, 46 %	18, 04 %	3,7 9%
		Desacuerdo	p46.9_desacuerdo	77,4 6%	72, 56 %	82, 36 %	4,9 0%
		N/A	p46.9_n/a	8,29 %	3,6 2%	12, 97 %	4,6 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: El control total del dolor exige dejar al paciente atontado		De acuerdo	p46.10_de acuerdo	4,52 %	1,9 4%	7,1 0%	2,5 8%
		Desacuerdo	p46.10_desacuerdo	87,4 5%	82, 43 %	92, 47 %	5,0 2%
		N/A	p46.10_n/a	8,03 %	3,2 3%	12, 83 %	4,8 0%

Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Su uso en dosis altas es una forma de eutanasia		De acuerdo	p46.11_de acuerdo	28,4 4%	20, 25 %	36, 64 %	8,2 0%
		Desacuerdo	p46.11_desacuerdo	61,4 0%	53, 43 %	69, 38 %	7,9 7%
		N/A	p46.11_n/a	10,1 5%	4,7 7%	15, 54 %	5,3 8%
Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Los opioides son la última alternativa para el manejo del dolor		De acuerdo	p46.12_de acuerdo	34,1 7%	24, 60 %	43, 74 %	9,5 7%
		Desacuerdo	p46.12_desacuerdo	55,8 3%	48, 23 %	63, 43 %	7,6 0%
		N/A	p46.12_n/a	10,0 0%	3,9 2%	16, 07 %	6,0 8%

Fuente: construcción propia.