



Open Access Conference Research Paper

Enfoque de género en la política pública para el tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias (Tus)/Gender approach in the public policy for the Treatment of Substance Use Disorder (Tud)

David Grisales^{1*}, Jorge Hernán Jaramillo¹

Citation: Ruiz, D., Jaramillo, J.H. (2023). Gender approach in the public policy for the Treatment of Substance Use Disorder (Tud). *Journal of Concurrent Disorders*, 5 (3), 50-66.

Guest-Editors:

Orlando Scopetta,
Augusto Pérez-Gómez,
Juliana Mejía-Trujillo.

Received: 04/21/2023

Accepted: 11/02/2023

Published: 12/18/2023



Copyright: ©2023 Ruiz, D., Jaramillo, J.H.
Licensee CDS Press,
Toronto, Canada. This
article is an open access
article distributed under
the terms and conditions
of the Creative
Commons Attribution
(CC BY) license
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

¹Catholic University of Pereira, Colombia

²ORCID: [0009-0007-3953-0534](https://orcid.org/0009-0007-3953-0534)

*Corresponding author: David Grisales, david.grisales@ucp.edu.co

Abstract (English). in 2019, when a woman accesses services for the treatment of Substance Use Disorder (SUD), she often arrives in precarious conditions: acute malnutrition, syphilis, Hepatitis Virus, Human Immunodeficiency Virus or derived from centers of high complexity, as a complication of viral and infectious conditions or because they are victims of violence. This work aims to provide an explanatory framework about the stigma and discrimination associated with treatment for SUDs for women; to carry out a systematic review of the gender approach in treatment for Sud and to develop a concept based on reflection on the stigma, discrimination and inequity to which a woman who consumes Pas is subjected: "institutional misogyny". Search in databases, obtaining 190 articles published in indexed journals, 26 of them related to the object of analysis. 5 are used as evidence references. Data from a semi-structured interview are also taken from people who work in 5 institutions that provide mental health services. The results show that social and institutional exclusion leads women to look for risky spaces such as the exercise of prostitution, the exchange of sex for drugs, trafficking in persons or criminal behavior to survive.

Keywords: Public Policy, Gender Perspectives, Psychoactive Substances (Pas).

Abstracto. En el año 2019, cuando una mujer accede a servicios para tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias (Tus), con frecuencia llega en precarias condiciones: desnutrición aguda, sífilis, Virus de Hepatitis, Virus de Inmuno deficiencia Humana o derivada de centros de alta complejidad, como complicación de las afecciones virales e infecciosas o por ser víctimas de violencia. Este trabajo, pretende brindar un marco explicativo acerca del estigma y discriminación asociado al tratamiento por Tus para mujeres; realizar una revisión sistemática sobre enfoque de género en el tratamiento por Tus y desarrollar un concepto a partir de la reflexión sobre el estigma, discriminación e inequidad a la que es

sometida una mujer que consume Spa “misoginia institucional”. Se realiza búsqueda en bases de datos, obteniendo 190 artículos publicados en revistas indexadas, 26 de ellos afines al objeto de análisis. Se utilizan 5 como referentes de evidencia. También se toman datos de una entrevista semi-estructurada a personas que trabajan en 5 instituciones que prestan servicios de salud mental. Los resultados muestran que la exclusión social e institucional lleva a las mujeres a buscar espacios tan riesgosos como el ejercicio de la prostitución, el intercambio de sexo por drogas, la trata de personas o comportamientos delictivos para subsistir.

Palabras clave: Política Pública, Perspectivas de género, Sustancias Psicoactivas (Spa).

Introducción

“Nosotras no les importamos, solo nos dan las sobras de lo que hacen con los hombres. No somos bienvenidas en ninguna parte y así no hay quien quiera tener tratamiento”
(Note 1).

El lector encontrará que este artículo tiene tres objetivos: el primero, hacer una búsqueda y análisis de evidencias científicas en bases de datos, otras fuentes primarias y secundarias de información, y fuentes oficiales sobre el enfoque de género, Tus y política pública, para identificar si Colombia tiene políticas públicas en salud que definan a las mujeres con Tus como grupo de riesgo específico y determinando hasta qué punto la equidad de género es una prioridad para el Estado. segundo, explicar del por qué las mujeres que consumen Sustancias Psicoactivas (Spa) o desarrollan un Trastorno por Uso de Sustancias (Tus) tienen más estigmas, discriminación y mayor carga de enfermedad en Colombia. El análisis se expone en tres contextos: local, nacional e internacional. Tercero es importante acuñar el concepto de “misoginia institucional” como mecanismo reflexivo para hacer evidente el estigma, la discriminación y la inequidad a la que es sometida una mujer que consume Spa o desarrolla un Tus, dejando en evidencia que este concepto se desarrolla a partir de fenómenos sociales y culturales como el patriarcado, el androcentrismo y el posmachismo, lo que determina la forma en que el Estado crea marcos normativos y las instituciones abordan el fenómeno de consumo de Spa en mujeres.

La experiencia relatada de un centro de tratamiento motiva el desarrollo de este artículo, el cual exige reunir evidencias para definir las mujeres con Tus como un grupo de riesgo específico, demostrando que no se han desarrollado modelos y programas con enfoque de género, lo que crea barreras intangibles de acceso a servicios sociales y de salud, dejando a la mujer en una posición de minusvalía y alienándola.

Metodología

La búsqueda de información se realiza en cinco ejes principales:

1. Búsqueda de bibliografía en bases de datos.
2. Otras fuentes de información.
3. Entrevista semiestructurada a personas que trabajan en 5 instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ips) del Eje cafetero y estadísticas de un centro de tratamiento.
4. Revisión documental de la política pública de Colombia y fuentes oficiales.
5. Revisión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Ods) y fuentes oficiales.

La metodología aplicada para la búsqueda de referencias bibliográficas se realizó inicialmente en bases de datos de revistas indexadas. La búsqueda se desarrolló definiendo la población, la Intervención, la Comparación o control y los Resultados (Outcome en inglés), a esto se le denomina Pico por su sigla en inglés (Organización Panamericana de la Salud, [Ops], 2017, curso virtual *Acceso y uso la de información científica en salud*). Se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y se obtuvieron 190 artículos publicados en las bases de datos, después de depurarlos se revisaron 26 que son afines al objeto de análisis y se utilizan 5 como referentes de evidencia.

La plataforma de búsqueda fue la Biblioteca Virtual en Salud de la Organización Panamericana de la salud (Ops, 2017). Las categorías de búsqueda de información fueron: enfoque de Género en Salud, Trastorno por Uso de Sustancias (Tus) y Política Pública en Salud para tratamiento de Tus. Ninguno de los resultados arrojados por las bases de datos contenía información específica sobre Política Pública y enfoque de género en el tratamiento de Tus.

Ante la falta de artículos específicos se buscó en otras fuentes de información con referentes para el abordaje del fenómeno del consumo. De hecho, se encontró que la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabaja en Drogas y Adicciones (Riod), hace referencia a la edición número 96, publicación de la asociación proyecto hombre de España (Hombre, 2019). En el ejemplar se hace una reflexión sobre el enfoque de género en el abordaje del consumo de sustancias (Riod, 2019).

Otras fuentes de información fueron los documentos: *Mujeres en prisión por delitos de drogas: Espejo de las fisuras del desarrollo* (Caicedo, 2011). *Lineamientos de política pública nacional de equidad de género para las mujeres* (Consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2012). *Política de género en el estado colombiano: Un camino de*

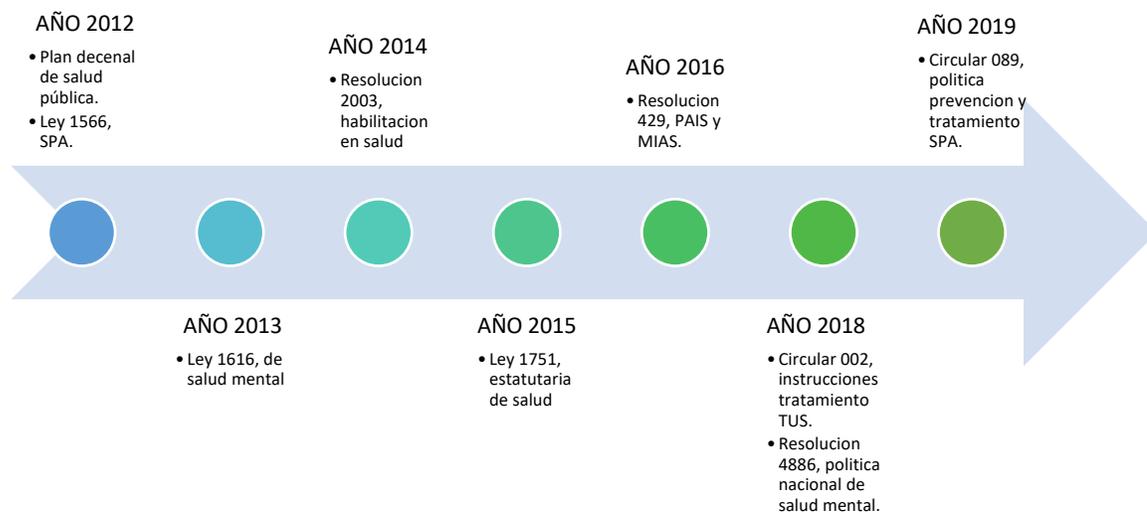
conquistas sociales (Peláez, 2001). *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres* (Consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2015).

Asimismo, se realizó una entrevista semi-estructurada con trabajadores de cinco Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ips) del Eje cafetero, en la cual se indagó sobre la oferta de servicios de salud con enfoque de género, la cantidad de mujeres atendidas y causales de dificultades para atención de mujeres, así como datos estadísticos de un centro de tratamiento (Entrevista, 2018).

Al comprender que el análisis abarca la Política Pública de salud, se hizo la búsqueda de la información en fuentes oficiales de Colombia, incluyendo el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Observatorio de Drogas de Colombia (Odc) y Descentraliza drogas, página de las Naciones Unidas en Colombia.

La revisión del marco normativo inicia en el año 2012, con el Plan Decenal de Salud Pública y la ley 1566, obteniendo la última entrega de leyes en enero de 2019, con la resolución 089, *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas* (MSPS, 2019). En la figura 1 se muestra línea de tiempo para tener una perspectiva del marco normativo.

Figura 1. Línea de tiempo marco normativo Colombia. Fuente de elaboración: Propia



Contexto local de la atención a mujeres con Tus

La experiencia que motiva este artículo reflexivo es la demostrada con una Ips que presta servicios de salud mental y su área de influencia es el norte del departamento del Valle del Cauca y el departamento de Risaralda, específicamente.

La demanda de servicio y adherencia por parte de las mujeres se evidencia con los porcentajes de casos que acceden a tratamiento y los promedios de estancia en una institución prestadora de servicios de la salud habilitada. Estos resultados se exponen en las figuras 2 y 3.

Figura 2. Porcentaje de personas en tratamiento por sexo. Fuente de elaboración: Estadística Clínica (2018).

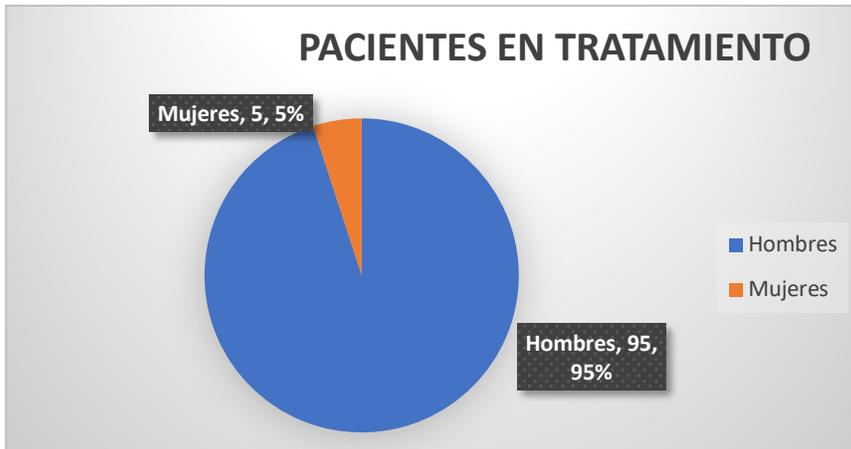
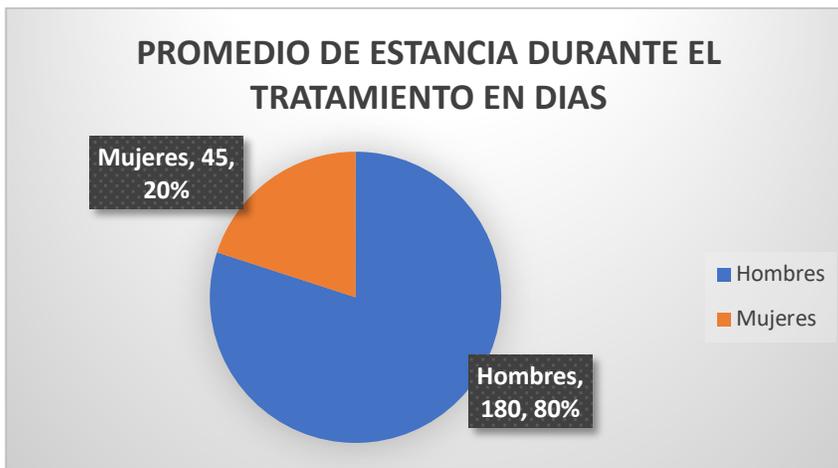


Figura 3. Promedio estancia por sexo. Fuente de elaboración: Estadística Clínica (2018).



Cuando una mujer requiere de servicios para el tratamiento de Tus, con frecuencia llega en precarias condiciones, como desnutrición aguda, sífilis, Virus de Hepatitis (Vh), Virus de Inmuno deficiencia Humana (Vih) o derivadas de centros de alta complejidad (después de pasar por procesos de enfermedad), como complicación de las afecciones virales e infecciosas o por ser víctimas de violencia. (Entrevista, 2018).

Los porcentajes de camas ocupadas por mujeres y de estancia mostrados en las figuras 2 y 3 obligan a un análisis, solo el 5 % de las camas son ocupadas por mujeres y respecto a los días de estancia, el modelo de la IPS propone 365 días de tratamiento, los promedios de estancia de 45 días, contrastado con 180 días promedio en hombres. En 2018 de 15 mujeres recibidas en el centro solo una terminó el tratamiento completo, 9 abandonaron el proceso y 5 siguen en la clínica. (Entrevista, 2018).

Las explicaciones encontradas en la entrevista semiestructurada con los trabajadores de los 5 centros se reflejan en frases como: “las mujeres son muy complicadas”, “ellas solo llegan a engordar y se van”, “a las mujeres no les gusta hacer terapia, les gusta estar en la calle, en la prostitución” y “donde hay mujeres, hay problemas” (Entrevista, 2018).

Esta situación de estigma hacia la mujer es algo frecuente en las Ips, donde se realizaron las entrevistas; igualmente, se percibe en espacios de instituciones públicas y privadas la misma situación, durante los procesos de gestión para restitución de derechos; por tanto, la mujer lleva doble estigma cuando desarrolla Tus: el primero, es el de tener una enfermedad mental; el segundo, salirse del esquema cultural y social de mujer (Entrevista, 2018).

Cuando la mujer se sale del esquema de género definido como un constructo social y cultural es penalizada por la familia, las instituciones y la sociedad. La mujer debe ser sumisa, delicada, gestar y criar hijos; además cuidar a otros (Beauvoir, 1949).

El doble estigma lleva al personal de salud (Ips), comunidad y familia, a crear barreras intangibles de acceso a los servicios sociales y de salud. Se plantea, entonces, la misoginia institucional como categoría de análisis, siendo uno de los factores de más peso que presiona a la mujer para abandonar los tratamientos, las redes de apoyo y a buscar espacios inapropiados para desarrollar sus vidas (Caicedo, 2017).

La misoginia institucional inicia cuando los grupos multidisciplinarios utilizan frases como: “las mujeres son muy complicadas”; o, cuando se habla de tratamiento, estas frases se convierten en fenómenos de contra transferencia (ideas que el terapeuta proyecta sobre el paciente a partir de experiencias anteriores), las cuales llevan consigo niveles altos de presión y exigencia sobre las mujeres; por ello, es evidente cuando transgreden alguna norma y, en comparación con los hombres, la pena y el castigo es mayor en las mujeres (Entrevista, 2018).

La exclusión social e institucional lleva a las mujeres a buscar espacios tan riesgosos como el ejercicio de la prostitución, el intercambio de sexo por drogas o comportamientos delictivos para poder subsistir.

Como consecuencia de estos comportamientos, las mujeres no solo tienen la carga de enfermedad derivada del TUS, sino que se agregan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), desnutrición y las lesiones causadas por violencia. El riesgo de adquirir o desarrollar otras enfermedades por tener el TUS se define como carga de enfermedad aumentada y se mide con los años de vida saludable perdidos. (Souza, 2016).

La experiencia en la IPS es que las mujeres llegan para tratamiento pesando 35 kilos, con Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), hepatitis, sífilis y después de pasar por períodos de enfermedad que las lleva a estar internadas en centros como unidades de cuidado intensivo, quirófanos o salas de medicina interna. Al indagar por la historia de vida ejercen la prostitución como medio de subsistencia; también para adquirir sustancias; incluso, conviven con hombres que ejercen violencias y maltratos; sin embargo, temen dejar esta forma de vida ya que no conocen otra por el deterioro de las redes de apoyo sociales y familiares (Souza, 2016). De las cinco usuarias en tratamiento del centro referido, todas llegaron con desnutrición aguda, y han sido víctimas algún tipo de violencia, tres son portadoras de VIH, una con tuberculosis y una con hepatitis C (Entrevista, 2018).

En las cinco IPS entrevistadas del norte del Valle del Cauca, Risaralda, Caldas y Quindío, no existen modelos de tratamiento para TUS con enfoque diferencial de género; la única exigencia de la norma de habilitación en salud es la división por sexos de las unidades, resolución 2003 (MSPS, 2014). Las referencias de atención a mujeres en estos centros son similares a las del ejemplo en las figuras 2 y 3, hallando centros donde solo prefieren atender hombres, y donde se tratan mujeres, se hace lo mismo que se realiza con los hombres (Entrevista, 2018).

Por ejemplo, en la IPS que es tomada como referente no se cuenta con un modelo o programa específico para mujeres. La Empresa Social del Estado de Risaralda no tiene camas de tratamiento para TUS en mujeres, y en el Centro de Atención Ambulatoria no hay un modelo o programa exclusivo para mujeres; están prohibidas las relaciones de pareja entre pacientes, siendo expulsados cuando se presentan y la cantidad de mujeres en servicio ambulatorio es referida como baja por trabajadores de esta institución. En el Quindío se encontró que la Empresa Social del Estado no cuenta con modelo o programa específico para mujeres; igual situación ocurre en el departamento de Caldas (Entrevista, 2018).

Contexto nacional de la atención a mujeres con TUS y política pública

Colombia no tiene políticas Públicas con enfoque diferencial de género para el tratamiento del TUS. En la revisión se encuentra que la mujer es un sujeto de especial protección cuando está gestando o cuando es víctima de violencia. Según Peláez (2001), el 56 % de las personas desplazadas son mujeres, siendo el desplazamiento por el conflicto un factor de riesgo mayor para ser víctimas de violencia y explotación sexual.

Asimismo, el autor expone que: “Es común encontrar niñas desplazadas de 12 y 13 años embarazadas. Para las niñas desplazadas la lucha por la comida, la salud, el alojamiento y la seguridad las obliga a las relaciones sexuales y al matrimonio precoz. Las niñas comercian sexo por ropa, dinero o cupos escolares” (p. 14). Al contraponer esta información con los datos tomados de los pocos casos que llegan al centro de tratamiento, se encuentra que muchas de las mujeres que desarrollan Tus, son de origen rural, provienen de familias que alimentan los cordones de pobreza en las ciudades y han sido desplazadas por la violencia y, a su vez, estas mujeres con frecuencia han sido sometidas a abuso sexual desde la infancia.

Otra cara del fenómeno es mostrada por Caicedo (2017) en el texto *Mujeres en prisión por delitos de drogas: espejo de las fisuras del desarrollo*, pues cuando hablamos de Tus en mujeres se debe ampliar la perspectiva a ámbitos más allá de lo clínico; la cantidad de mujeres en prisión ha venido en un aumento proporcionalmente mayor que el de hombres y la mayoría es por delitos relacionados con sustancias ilícitas (Caicedo, 2017, p. 9).

De acuerdo con lo reportado por Caicedo (2017), de 13 casos de mujeres encarceladas, 8 tienen relación con presión por parte de los cónyuges o el abandono de estos; 2 presentan un Tus; es decir, en nuestra sociedad las mujeres llegan a incurrir en conductas delictivas por la falta de oportunidades o por el hecho de seguir ligadas a un hombre.

El marco normativo colombiano, habla de trato igualitario de género, planteando la igualdad de género y cumpliendo con los lineamientos para la creación de políticas públicas dadas por organismos internacionales, sin hacer un ejercicio apropiado de creación de políticas basadas en la evidencia, por lo que no se puede disertar sobre la igualdad sin caer en el fenómeno post-machista. Tosar (2018) lo define así: “Es una estrategia del machismo. Es una nueva forma de machismo, sin ser tan explícito ni directo. El posmachista se define como defensor de la igualdad real, de la igualdad verdadera, no la igualdad que defiende el feminismo, que solo lucha por los derechos de las mujeres” (p. 26).

Los avances normativos presentados en materia de género datan de 1981 con la ley 051. Esta ley surge en el marco de la década de la mujer decretada por la Organización de Naciones Unidas (Onu), en el período comprendido entre 1976 y 1985, como aproximación para “Eliminar todas las formas de maltrato contra la mujer” (Peláez, 2001, p. 30). Estos marcos jurídicos tienen un enfoque asistencialista, dejando a la mujer en posición de víctima.

Este enfoque asistencialista demuestra la desventaja de la mujer, “llevándola a ser más pobre incluso en dimensiones no económicas de la pobreza, como la exclusión, la opresión, las barreras culturales que no les permiten el acceso y los beneficios del desarrollo” (Peláez, 2001, p. 187).

En el año 1990 se crea, en Colombia, la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia; en 1995 se transforma en la Dirección Nacional para la Equidad de la Mujer. En 1999 se convierte en Consejería

Presidencial para la Equidad de la Mujer y, en 2010, se convierte en la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (Acpem, 2019).

La apuesta desde el estado para abordar el tema de género es tímida y, en apariencia, cae en el enfoque patriarcal y androcéntrico de la política, teniendo sus mayores logros en la inclusión laboral, embarazo en adolescentes y salud sexual y reproductiva. El estado patriarcal es el resultado de nuestra cultura y raíces ancestrales, como lo plantea Caicedo (2017) citando a Pateman y Enloe: “Patriarcado es un concepto que hace referencia a la dominación de los hombres sobre las mujeres y la libertad de la que gozan solo los hombres” (p. 21).

El androcentrismo y el patriarcado dan lugar desde lo diametralmente opuesto a la mujer y así la definen, dejándola en segundo lugar siempre respecto del hombre. Sobre esto, Beauvoir (1949) expone que: “Este lugar desde la diferencia opuesta y la inferioridad sigue dictando las maneras en que se establecen las relaciones y se dictan las normas” (p. 23).

En el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) sanciona la ley 1566, la cual hace referencia a la clasificación del consumo problemático de Sustancias Psicoactivas (SPA) como una enfermedad; sin embargo, no hace mención alguna a la mujer como sujeto que lleva la mayor carga de enfermedad y no menciona un trato específico desde género para este grupo poblacional. Esta ley deja el consumo de SPA solo en el ámbito patológico y de la salud, obviando los componentes sociales, económicos y hasta culturales del consumo.

En el año 2013, el MSPS sanciona la ley 1616, de salud mental. En dicha ley no aparece la palabra género o mujer; abre paso para los componentes de promoción y prevención en salud mental y no contempla la priorización de las mujeres como población con mayor carga de enfermedad y mayor incidencia de violencias evitables.

Otro hito en el desarrollo de la norma en Política Pública de Colombia se da en el año 2015, cuando el MSPS sanciona la ley 1751 o estatutaria de salud que posibilita una nueva visión del sistema de salud, dejando atrás el aseguramiento de la ley 100, lo que abre el camino para la gestión del riesgo en salud; otro avance es el promulgar la salud como derecho fundamental para los colombianos.

Esta ley, al definir los grupos de riesgo para su eventual gestión, hace una discriminación positiva de “Sujetos de especial protección” (MSPS, 2015, p.7), y la mujer aparece solo cuando está en período gestacional; es decir, de nuevo el Estado patriarcal y androcéntrico protege a la mujer que tiene y cuida hijos, la que está en los límites puestos por el contexto cultural y lo que se espera socialmente de ellas (Beauvoir, 1949); por lo tanto, no se habla en esta norma sobre la equidad de género.

La equidad toma relevancia cuando se habla de sujetos de especial protección y al parecer no tiene en cuenta que las mujeres con TUS son un grupo de riesgo específico, puesto que, la evidencia muestra que tienen más barreras de acceso, estigma, discriminación, pobreza multidimensional

(Cepal, 2019) y los determinantes sociales de salud inciden de manera negativa en el desarrollo del derecho a la salud (Msps, 2019). Las mujeres con Tus tienen una mayor carga de enfermedad, comportamientos de riesgo derivados de la alienación de sus derechos en relación con la prostitución, las conductas delictivas; de hecho, son víctimas de violencias evitables y trata de personas (Caicedo, 2017).

En el año 2016, el Msps sanciona la resolución 429, Política de Atención Integral en Salud (Pais), reglamenta el enfoque en gestión del riesgo de la salud y pone al individuo en el centro del sistema. Esta política, además, da los lineamientos para implementar el Modelo Integral de atención en Salud (Mias), que define 16 grupos de riesgo y, de estos, hay uno específico para el manejo de Tus, la Ruta Integral de Atención de Sustancias Psico Activas (Rias Spa).

La Rias Spa postula un abordaje integral e intersectorial del fenómeno del consumo. Considera el consumo de Spa como un problema de salud pública y que esta población es un grupo de riesgo específico, sin embargo, no tiene algo puntual para mujeres. Las personas con Tus demandan otros servicios sociales de salud y, al no tener sus necesidades básicas satisfechas, se convierte en una barrera para el tratamiento; incluso, los servicios de reducción de riesgos y daños están contemplados como servicios sociales y no tienen fuentes de financiación específica, teniendo un impacto negativo en las mujeres que habitan la calle (Msps, 2016).

En el año 2016, el Msps emite un documento con el Modelo de Atención Integral para Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia (Maitus), que utiliza herramientas de tamizaje y evaluación profunda. Este documento deja en evidencia la limitada cantidad de medicamentos para el tratamiento de las adicciones y se enfoca solo en las personas que tengan Tus; además, deja de lado los sujetos con patología dual, que son el 70 % de esta población. El modelo hace división por sexos de las pruebas de tamizaje y sus resultados, sin embargo, cuando se habla de enfoques farmacológicos o psicoterapéuticos, no cuenta con una diferenciación de acuerdo al género o sexo.

En el 2018, el Msps emite la circular 002 que reglamenta y da “Instrucciones respecto a la atención de los problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (p. 1). Esta circular define los roles de las instituciones para el abordaje desde la salud del consumo de sustancias y el Tus. Las palabras género y mujer no aparecen en el documento.

El Msps, también en el 2018, sanciona la resolución 4886, *Política Nacional de Salud Mental*, allí se hace mención a que la mujer es más susceptible a la violencia y que en nuestro país esta violencia cuesta cerca del 2 % del Producto interno bruto. Asimismo, describe un aparte sobre el enfoque de género; sin embargo, sigue siendo un enfoque patriarcal de la política, dando una posición de minusvalía a la mujer y personas con diversidad sexual.

En 2019, el MspS sanciona la resolución 089, *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*, que hace ya una apropiación del género en el curso de vida y los entornos, pero, desde el punto de vista clínico en el tratamiento de Tus, aún no se cuenta con unas directrices claras sobre como operativizar el enfoque de género; sigue teniéndose una división por sexos similar a la que se tiene en la norma de habilitación en salud.

Tal como lo plantea Peláez (2001), la inclusión del género en la Política Pública se hace desde las funciones doméstico reproductivas (maternidad y crianza) o desde el desarrollo capitalista como sujeto que agrega valor a la cadena productiva, insertándola en el mercado laboral, llevando al post-machismo.

Contexto internacional de la atención a mujeres con Tus

Dentro de los resultados de la búsqueda no aparecieron documentos específicos sobre el objeto del artículo, lo que exige rastrear en otras fuentes de información, encontrando que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), tiene una línea de asuntos de género, en la cual se aborda el rol de la mujer en el desarrollo económico de América Latina y el Caribe, apuntando esfuerzos al objetivo número 5 del desarrollo sostenible “Igualdad de género” (Cepal, 2019).

Dentro de las mediciones y estudios está el reporte de feminicidios, en el cual Colombia aparece con 145 feminicidios, mostrando además que en América Latina y el Caribe se presentaron, en 2014, 1903 feminicidios (ver figura 4).

Figura 4. Femicidios América Latina y el Caribe (Cepal, 2014).



También, Cepal (2019), dentro de sus infografías, tiene la caracterización de la violencia basada en género, clasificándola en diferentes tipos a nivel físico, sexual, económico o psicológico. Desde Cepal se han hecho acuerdos multilaterales con los estados miembros de las Naciones Unidas; por ello, en Colombia se hace la inclusión de temas de género en las políticas públicas. A partir del desarrollo normativo propuesto

por Cepal, las acciones van encaminadas inicialmente a cumplir el objetivo de desarrollo número 5, y a disminuir la tasa de feminicidios en la región; por ahora, algunos países como Colombia han sancionado leyes específicas para diferenciar el feminicidio de las otras causas de mortalidad y hacer visible la violencia basada en género (ver figura 5).

Figura 5. Tipos de violencia basadas en género (Cepal, 2019).

Violence against women

“Violence against women is a form of discrimination, directed against a woman because she is a woman or that affects women disproportionately”. This violence seriously inhibits women's ability to enjoy their human rights and freedoms on a basis of equality with men.
CEDAW Committee General Recommendation (No.19 para.6.)

Did you know?
 Violence against women can be physical, sexual, psychological or economic, and can occur in the family, the community, and/or be perpetuated by the state.

About 1 in 3* Caribbean women are victims of intimate partner violence

Abusers are usually men and the victims are usually women and girls

Women are more likely to be harassed, assaulted and killed

Violence against women can happen regardless of socio-economic status, religion or ethnicity.

Major Challenges

Victims of gender-based violence often face obstacles to claim their rights and seek redress

Empowering Women

Systematic data collection and analysis on violence, that is broken down by age, sex and type of offence, remains insufficient in the Caribbean region.

Improving Data

Limited institutional, human and financial capacity and coordination among national mechanisms lead to inadequate responses to victims in need of protection.

Reinforcing national capacity

Recommendations

- Ratify and implement international and regional human rights standards in order to ensure that all women and girls in the Caribbean are able to exercise and enjoy the full spectrum of human rights
- Conduct systematic and regular data collection and analysis, disaggregated by gender, age, location, disability, ethnicity, types of offences against women and girls, in compliance with international standards on data protection and the right to privacy.
- Strengthen collaboration among stakeholders, including Government, Civil Society, Private Sector and the United Nations in the field of sexual and reproductive health
- Develop public-information campaigns and raise awareness with education and training programmes for national and local authorities, the police, judiciary, social services, the mass media, civil society organisations and women and girls themselves

* Source: WHD, Intimate partner violence and non-partner sexual violence. Global Health Observatory data repository, 2016. Icon made by Freepik

La revista de biología de las adicciones (del inglés Addiction Biology), en el año 2016, emite la edición número 21, titulada *Número especial: diferencias sexuales en la investigación de adicciones*, en el artículo “Diferencias sexuales en los trastornos por uso de sustancias: enfoque en los efectos secundarios”, demuestra la falta de información disponible respecto al efecto que tienen las Sustancias Psicoactivas (Spa) en el cuerpo y el metabolismo de las mujeres; por ejemplo, las féminas son más susceptibles a desarrollar problemas de salud si consumen las mismas cantidades que los hombres; es llamativo, además, que no se conoce el efecto y dosis de los medicamentos utilizados para el tratamiento de las

adiciones. Las recomendaciones de los autores es que deben hacerse estudios para conocer mejor los efectos tanto de las Spa como de los medicamentos en las mujeres. En la actualidad, solo se han hecho extrapolaciones de los estudios realizados con hombres (Note 2) (Agabio, 2016).

En España, la Asociación Proyecto Hombre, en su revista *Proyecto*, en la edición número 96, de mayo de 2018, documenta las jornadas de la asociación y este número se llama Proyecto Género. Asimismo, en el país de la Península Ibérica, no se tienen marcos de Política Pública con enfoque de género y, Proyecto Hombre, hace apenas una reflexión al respecto. En este país también se tiene un enfoque de la política androcéntrico y patriarcal y en los artículos se hace mención a fenómenos como el post-machismo en España y en el tratamiento de TUS en mujeres (Hombre, 2018).

Conclusiones

La mujer con Trastorno por Uso de Sustancias tiene un doble estigma: uno por tener un Tus; el otro, por salirse de los esquemas sociales y culturales en una sociedad androcéntrica y patriarcal. Generando mayor exigencia y presión por parte del personal de salud, incurriendo en la misoginia institucional, causando alienación y obligándola a desarrollar su vida en entornos inapropiados. Queda en evidencia que la “misoginia institucional” es un fenómeno que amerita desarrollarse como categoría de análisis y postularse como objeto de investigación.

En la revisión bibliográfica no se incluye enfoque de género en la Política Pública y abordaje clínico del tratamiento del Tus en mujeres. El Estado hace un esfuerzo para incluir los temas de género, pero aún prevalece la perspectiva patriarcal y androcéntrica, perpetuando el rol de mujer en funciones reproductivas, domésticas y de cuidado a otros. Limitando los esfuerzos a engancharlas en cadenas productivas e insertándolas al mercado laboral, como apuesta para mejorar sus condiciones de vida, omitiendo la manera en que los determinantes sociales de salud, los entornos y las dinámicas propias del país repercuten en el ejercicio de sus derechos.

Desde el Estado colombiano se han promulgado normas que en se hacen para cumplir con los lineamientos de la Organización de Naciones Unidas (Onu), quedando solo en el papel, sin abrir espacios de implementación basados en evidencia, para tener políticas públicas transformadoras de género y equidad con enfoque de género.

En el ámbito de la Política Pública de salud hay vacío respecto a la definición de mujer con Tus como un grupo de riesgo específico, la evidencia encontrada demuestra que las mujeres tienen una mayor carga de enfermedad y el Tus solo es una pequeña manifestación de un fenómeno social a gran escala, agravado por el desplazamiento forzado y la producción de drogas ilícitas.

La evidencia sobre Tus, demuestra las pocas investigaciones existentes y el desconocimiento de la biología, fisiología y estructura

psicológica de las mujeres, abriendo caminos a nuevas preguntas de investigación y recomienda no extrapolar datos de estudios hechos con hombres, para relacionarlos en función de las mujeres.

Recomendaciones

Se propone la “misoginia institucional” como categoría de análisis para describir los fenómenos que crean barreras intangibles de acceso a servicios de salud para mujeres con Tus; desde esta posición, es posible evidenciar las brechas que tienen las instituciones para generar espacios de reflexión sobre equidad de género cuando se plantea el abordaje de Tus. También se crea la necesidad desarrollar investigaciones desde esta categoría para conceptualizar, describir e identificar este fenómeno que se muestra de forma somera en el artículo.

Para encontrar un mecanismo que cierre brechas de equidad en el abordaje del Tus es necesario la construcción de política pública basada en evidencia, lo que promueve espacios de construcción social, teniendo en cuenta a la población a la que va dirigida.

Destinar recursos para el desarrollo de investigación en los campos clínicos y psicosociales; de esta forma, se puede tener evidencia de nuestro contexto para definir a la mujer como ser humano, cerrar brechas de equidad con enfoque de género y crear modelos útiles para el abordaje de este fenómeno social y de salud pública.

Note 1: Diálogo entre dos usuarias de un servicio de tratamiento.

Note 2: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/13691600/2016/21/5>

Conflict of Interest

This manuscript is an original work that has not been submitted to nor published anywhere else. All authors have read and approved the paper and have met the criteria for authorship. All authors declare they have no conflict of interest.

Informed Consent

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (5). Informed consent was obtained from all patients for being included in the study.

Funding Sources

N/A.

Referencias

- Congreso de la república. (31 de Julio de 2012). *LEY 1566 DE 2012*. Obtenido de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf>
- Cusick, L. (1998). FEMALE PROSTITUTION IN GLASGOW: DRUG USE AND OCCUPATIONAL SECTOR. *Addiction Research & Theory*.
- DNE. (2008). *Consumo de Drogas en Colombia*. Obtenido de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>
- Jabato Orozco, B. (2018). VIOLENCIA DE GENERO Y ADICCIÓN . *Revista de la Asociación Proyecto Hombre* , 35.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2016). Ley 1566, 2012. Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2013) Ley 1616, 2013. Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2018) Circular 002 de 2018. Bogotá [en línea]. Disponible en internet: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20No.%20002%20de%20%202018.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley estatutaria 1751, 2015. Bogotá, 2015 [en línea]. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 429 de 2016. Bogotá, 2016. [en línea]. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de atención integral para trastorno por uso de sustancias Psicoactivas en Colombia. Convenio 656 de 2015, 2016 [en línea]. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ruta integral de atención en Salud sustancias psicoactivas 2016. Bogotá, 2016 [en línea]. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-spa.zip>
- NACIONES UNIDAS OFICINA CONTRA LA DROGA Y EL DELITO, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Principios del tratamiento de la toxicomanía [en línea]. Disponible en internet: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2016/02/Principios-de-tratamiento-de-la-toxicomania.pdf>
- NIH. (Agosto de 2018). *NIH National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de NIH National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>
- OMS. (2018). *OSRGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD* .
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Curso virtual En género y salud: conocimiento análisis y acción, 2018 [en línea]. Washington, 2018. Disponible en internet: <https://mooc.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=4>
- Ramos Escandón, C. (1997). El concepto de "género" y su utilidad para el análisis histórico. *La aljaba, segunda época, II*.

Romo Avilés, N., & Pavón Benítez, L. (2018). LAS DESIGUALDADES DE GENERO EN SALUD PÚBLICA Y DROGODEPENDENCIA. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 12 .

Sánchez Pardo, L. (s.f.). *Género y Drogas*. Galicia.

Tosar López, P. (2018). PATRIARCADO, MACHISMO Y POSMACHISMO DEL ORIGEN A LA ACTUALIDAD . *Revista de la Asociación Proyecto Hombre* , 3.

This paper was presented at: Latin America Virtual Conference on Mental Health and Addictions (2022), Bogota, Colombia. This event was organized by Nuevos Rumbos (www.nuevosrumbos.org).