

*“Numerosos estudios han identificado problemas comunes que impiden disponibilidad y acceso de medicinas controladas para el tratamiento de dolor. Muchos países no reconocen cuidados paliativos y tratamientos para el dolor como prioridades del cuidados de salud, o bien o no tienen políticas relevantes, o no han valorado la necesidad de tratamiento para el tratamiento de dolor, o no se ha examinado si la necesidad es requerida, por último no se han examinado los obstáculos de dicho tratamiento...La falla de asegurar acceso a medicinas controladas para el alivio del dolor y sufrimiento amenaza derechos de salud fundamentales y de protección en contra de tratamientos crueles, inhumanos y degradantes.”*

– Anand Grover y Manfred Nowak, Enviados Especiales de la ONU para la Salud y Tortura<sup>1</sup>

*“Aunque la Organización Mundial de la Salud (WHO) considera que el acceso controlado a medicinas, incluyendo la morfina y la codeína, es un derecho humano, es virtualmente no existente en más de 150 países.”*

– Profesor Sevil Atasoy, Presidente the International Narcotics Control Board<sup>2</sup>

## Acceso a medicinas esenciales controladas: la brecha en el tratamiento

Algunas drogas en la Lista Modelo de las Medicinas Esenciales de la OMS, incluye morfina, metadona, y buprenorfina, éstas también son sustancias controladas bajo las convenciones internacionales de control de drogas.<sup>3</sup> Estos medicamentos son esenciales en el tratamiento de dolor moderado a severo, y para dependencia de opiáceos. Una falta de acceso médico a estas medicinas esenciales lleva a un problema global. La OMS estima que:

- Cada año, decenas de millones de gente sufre de dolor moderado a severo no tratado, 1 millón de pacientes de VIH/SIDA y 5.5 millones de pacientes de cáncer terminal.
- Si la terapia de sustitución de opiáceos fuera disponible globalmente, podría prevenir más de 130,000 infecciones de VIH anualmente; y así reducir el contagio de la hepatitis C, y otras enfermedades llevadas en la sangre, y así disminuir muertes por sobredosis de opiáceos a un 90 por ciento.<sup>4</sup>

## Barreras al acceso

Medicinas controladas bajo las convenciones de control de medicamentos son sujeto de una más estricta regulación que para otras medicinas: la autorización del gobierno es necesaria para importar, manufacturar o distribuir medicinas, éstas quizás sólo puedan ser otorgadas con una prescripción, los doctores y farmacias frecuentemente requieren licencias especiales o permisos para recetar y venderlos.<sup>5</sup> Estas regulaciones tienen por objetivo el prevenir la circulación de medicinas controladas para uso ilícito.

Mientras que estas regulaciones persiguen una meta legítima, es decir, que los gobiernos deben de asegurar que no se impida acceso médico innecesariamente. El objetivo de prevenir el mal uso debe ser balanceado con la obligación que tiene el gobierno para asegurar el acceso a medicamentos esenciales.<sup>6</sup> En muchos países de alrededor del mundo, ese balance no se ha alcanzado. Regulaciones innecesariamente estrictas y complejas pueden ser reconocidas como una barrera mayor al acceso a medicamentos controlados.<sup>7</sup>

Algunas otras barreras que controlan el acceso a medicamentos esenciales son parte, y se encuentran frecuentemente relacionadas con el problema de una regulación incesantemente estricta o compleja. Muchos doctores poseen miedos infundados, como el de que prescribir medicinas esenciales llevarán a la adicción, ya que éstos no han recibido entrenamiento con base en las recomendaciones de la OMS para la prescripción de opiáceos, o de medicamentos para manejar el dolor y para la terapia de sustitución.<sup>8</sup> Si los médicos no poseen entrenamiento suficiente con respecto al manejo de dolor, y cometen un error al recetar este tipo de medicinas controladas, con base en las normas vigentes de salud de su país, se les impedirá recetar, por el miedo a que éstos pierdan su licencia médica, o por ser llevados a juicio.<sup>9</sup> Muchos gobiernos no tienen políticas para promover el acceso de la terapia de sustitución de opiáceos, de cuidado paliativo, manejo del dolor, o bien, tienen una oferta pobre de medicamentos y de sistemas de distribución para medicinas controladas.<sup>10</sup> Aunque la morfina y la metadona se encuentran disponibles a precios muy bajos en el mercado internacional, la complejas normas y pobres sistemas de distribución pueden incrementar sus precios dramáticamente, creando así al precio como una barrera más para muchos pacientes.<sup>11</sup> Por ejemplo, en algunos países existen fórmulas opiáceas más caras, como las tabletas de morfina de liberación prolongada, por otro lado, los parches de fentanilos transdérmicos se encuentran disponibles, pero fórmulas más baratas como la morfina oral básica en tabletas o en polvo no lo están. En algunos casos compañías farmacéuticas retiran la morfina oral del mercado para promover la venta de fórmulas más caras. En algunos países, las fórmulas más baratas de morfina no poseen aprobación regulada.<sup>12</sup>

En muchos países de bajo a medio salario, con epidemias provocadas por inyección, existen políticas gubernamentales que otorgan criterios para el acceso y mantenimiento de tratamiento para usuarios de drogas, las cuales pueden actuar como barreras al acceso para dicho tratamiento. Human Rights Watch, the International Harm Reduction Association, the Open Society Institute, entre otras organizaciones, han documentado instancias en donde el criterio de acceso regular al tratamiento de drogas, opera efectivamente como barreras en los países en donde las regulaciones son forzadas. Por ejemplo, esto ha ocurrido con leyes dirigidas a usuarios de droga que toman múltiples pruebas fisiológicas o que son revisados por paneles médicos antes de ser admitidos al tratamiento. Esta condición puede significar que usuarios de droga deben de elegir entre continuar con el uso de drogas ilícitas o enfrentar la abstinencia sin medicamentos. Aún así, las pruebas y evaluaciones pueden ser conducidas después de la admisión, cuando los usuarios hayan tenido acceso al tratamiento mientras que las pruebas son llevadas a cabo.

Del mismo modo, los posibles pacientes deben de mostrar sus experiencias en múltiples documentos relacionados con tratamientos libres de droga, antes de que sean admitidos a programas de tratamiento y mantenimiento, incluso en los lugares en donde el tratamiento libre de drogas es inasequible o no está disponible; esto viene a imponer restricciones regulatorias aún más en los ajustes de las dosis que los pacientes con medicinas opiáceas reciben, en lugar de dejar que los doctores tomen la decisión con respecto a la prescripción de medicinas. Asimismo, se impone una expulsión automática de los programas de tratamiento si se hace uso de drogas ilícitas mientras se está en tratamiento, sin embargo cuando existe dependencia de droga – reconocida ya como condición médica crónica recurrente -, es el estado de salud el que se está tratando, y todas estas regulaciones crean barreras innecesarias. Los países deberían revisar regularmente los criterios de entrada, para asegurar que no se impida acceso al tratamiento de dependencia de droga.<sup>13</sup>

## **Acceso controlado de medicinas esenciales y el derecho del nivel más alto de estándares de salud**

En 2009, Human Rights Watch documentó la pobre disponibilidad de tratamiento de dolor y cuidado paliativo en India.<sup>14</sup> En su reporte, “Dolor insoportable: La Obligación de India para Asegurar Cuidado Paliativo,” se encontró que cientos de pacientes con cáncer avanzado sufren de dolores severos sin acceso a morfina u otros medicamentos fuertes que quitan los dolores. Las personas que hayan sufrido de dolor sin tratamiento afirmaron constantemente a Human Rights Watch que su sufrimiento era tan severo que preferían morir a tener que vivir con el dolor. La organización atribuyó esta situación a la construcción de políticas inadecuadas por parte del gobierno, también a una falta de instrucción en cuidado paliativo para los trabajadores de salud, y por las innecesariamente restrictivas regulaciones de droga en más de uno de los estados de India.

Muchos otros países de alrededor del mundo enfrentan problemas como los existentes en India porque los gobiernos no han tomado los pasos necesarios para asegurar cuidado paliativo como parte integral de las estrategias nacionales para el cáncer y VIH, para que los doctores y enfermeras sean entrenados, y que las regulaciones de droga no innecesariamente impidan la disponibilidad de los medicamentos para el dolor como la morfina. Como resultado, millones en el mundo sufren de dolor atroz sin necesidad alguna.

En su sesión número 12 en 2009, Human Rights Council adoptó una resolución que reconoció “acceso a la medicina es un elemento fundamental en lograr progresivamente la completa realización del derecho de todos a tener acceso al más alto estándar posible de salud física y mental.”<sup>15</sup> La misma resolución puso énfasis en “la responsabilidad de los Estados para asegurar acceso a todos, sin discriminación, de medicinas, en particular medicinas esenciales, que son asequibles y de buena calidad.”

La protección sobre la discriminación incluye también gente viviendo con VIH/SIDA<sup>16</sup> y personas que utilizan drogas.<sup>17</sup>

En el 2005, el Economic and Social Council (ECOSOC) pasó una resolución en el “tratamiento del dolor utilizando analgésicos opiáceos” en los cuales “reconoce la importancia de mejorar el tratamiento de dolor, incluyendo el uso de analgésicos opiáceos...y llama a Estados Miembros a remover barreras al uso médico de estos analgésicos.”<sup>18</sup>

En su Comentario General sobre el derecho a tener acceso al más alto estándar posible de salud, el Committee on Economic, Social and Cultural Rights enfatizó que la provisión de medicamentos esenciales, definidos así por la OMS, es una obligación de base en el derecho a la salud.

El Comité también enfatizó que la necesidad de “atención y cuidado de personas con enfermedades crónicas y terminales, dosifica dolor inevitable y así les posibilita morir con dignidad.”<sup>19</sup>

En sus Observaciones Concluyentes sobre el reporte de Ucrania bajo el Pacto, in 2008, el Comité afirmó que “se encontraba gravemente consternado por la alta prevalencia de VIH/SIDA...y por el acceso limitado a los usuarios de terapia de sustitución.”<sup>20</sup> Los usuarios de droga por inyección quienes dieron a luz en Rusia y Ucrania reportaron que hospitales de maternidad no ofrecen frecuentemente el tratamiento de sustitución que las madres requieren y que se encuentran recibiendo metadona o buprenorfina, o todos aquellos que son usuarios activos de droga, dejan el hospital prematuramente para evitar síntomas dolorosos de abstinencia.<sup>21</sup>

En una carta al Presidente de la 52nd Commission on Narcotic Drugs, Anand Grover, Enviado Especial para el derecho al más alto estándar posible de salud, y Manfred Nowak, enviado especial en hechos de tortura y otros tratamientos o castigos crueles, inhumanos y degradantes, escribieron que “la ley de derechos humanos necesita de gobiernos que otorguen las medicinas esenciales – en las que se incluyen, entre otros, analgésicos opiáceos – como parte de sus obligaciones mínimas de base, con base en el derecho a la salud.”<sup>22</sup>

## **Libertad de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes**

En el reporte de enero de 2009 del Human Rights Council, Manfred Nowak, Enviado Especial para el derecho al más alto estándar posible de salud, manifestó:

“desde una perspectiva de derechos humanos, la dependencia de drogas debería de ser tratada como otra condición de salud... la negación a un tratamiento médico y/o ausencia de acceso a un cuidado médico en situaciones de custodia puede constituir un tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante, con base en la ley internacional de derechos humanos...Los Estados tienen la obligación positiva de asegurar el mismo acceso a la prevención y al tratamiento en tanto lugares de detención como fuera de ellos”

El Enviado especial también afirmó que:

“Dada la falta de acceso a tratamiento de dolor y analgésicos opiáceos para pacientes en necesidad puede equivaler a un tratamiento cruel, inhumano y degradante, todas las medidas deben de ser tomadas para asegurar el acceso completo y así superar las regulaciones prevalecientes, los obstáculos educacionales y actitudinales para asegurar acceso completo al cuidado paliativo.”<sup>23</sup>

## Dercho a buscar, recibir e impartir información

El derecho a buscar, recibir e impartir información es un determinante subyacente importante de salud. Asegurar que la información adecuada esté disponible puede significar muchas cosas en diferentes contextos. En algunas instancias podría significar simplemente que algunas medicinas son reflejadas correctamente en la literatura oficial, mientras que en el caso de India, significaría mejorar la educación sobre cuidado paliativo en la escuela de medicina.

Los Estados deberían de trabajar para remover barreras relacionadas con información sobre medicina disponible, para así cumplir los derechos y obligaciones cívicos y políticos. La información debería de estar disponible y accesible para la gente para que que pudieran de esta manera llevar a cabo elecciones informadas con base en su cuidado médico. El Committee on Economic, Social and Cultural Rights ha puesto en claro que “los estados deberían de abstenerse de ...censurar, retener o intencionalmente tergiversar información relacionada con la salud.”<sup>25</sup>

1. Letter from Manfred Nowak, Special Rapporteur on Torture, and Anand Grover, Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, to Her Excellency Ms Selma Ashipala-Musavyi, Chairperson of the 52nd Session of the Commission on Narcotic Drugs, December 10, 2008, [http://www.hrw.org/sites/default/files/related\\_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf](http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf) (accessed November 6, 2009), p. 4.
2. Statement by Professor Sevil Atasoy, President of the International Narcotics Control Board, to the Economic and Social Council, 30 July 2009, [http://www.incb.org/documents/President\\_statements\\_09/2009\\_ECOSOC\\_Substantive\\_Session\\_published.pdf](http://www.incb.org/documents/President_statements_09/2009_ECOSOC_Substantive_Session_published.pdf) (accessed November 6, 2009).
3. WHO, Model List of Essential Medicines, 15th List, March 2007, <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (accessed August 5, 2009); Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, adopted March 30, 1961, 520 U.N.T.S. 151, entered into force December 13, 1964; Convention on Psychotropic Substances, 1971 adopted February 21, 1971, 1019 U.N.T.S. 175, entered into force August 16, 1976.
4. WHO, “WHO Briefing Note: Access to Controlled Medications Programme,” February, 2009, <https://intranet.hrw.org/Program%20Central%20Style%20Guide%20Documents/citationstyle.pdf> (accessed August 24, 2009), p. 1.
5. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961; Convention on Psychotropic Substances, 1971; Human Rights Watch, “Please, Do Not Make Us Suffer Any More...”: Access to pain treatment as a human right, March, 2009, <http://www.hrw.org/en/reports/2009/03/02/please-do-not-make-us-suffer-any-more>, pp. 26-35.
6. See WHO, “Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment,” (Geneva: WHO, 2000) WHO/EDM/QSM/2000.4, <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.pdf> (accessed November 9, 2009); The international drug conventions recognize the need for balance between ensuring medical access to controlled narcotic and preventing diversion to illicit use. The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 states that “the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes,” preamble, and the Convention on Psychotropic Substances, 1971 similarly states that “that the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted,” preamble.
7. International Narcotics Review Board, Report of the International Narcotics Control Board for 2008, (New York: United Nations, 2009), <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health1009web.pdf> (accessed November 6, 2009), p. iii; Human Rights Watch, “Please, Do Not Make Us Suffer Any More...”: Access to pain treatment as a human right, March, 2009, <http://www.hrw.org/en/reports/2009/03/02/please-do-not-make-us-suffer-any-more>, 26-35.
8. Human Rights Watch, “Please, Do Not Make Us Suffer Any More...”, 25-26.
9. *Ibid*, pp. 33-35.
10. *Ibid*, pp. 18-25. Palliative care seeks to improve the quality of life of patients with life-limiting illness, by assessing and treating pain and other physical symptoms and providing psychosocial and spiritual care to the patient and their family: see WHO, “WHO Definition of Palliative Care,” <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, (accessed October 23, 2009).
11. Human Rights Watch, “Please, Do Not Make Us Suffer Any More...”, 35-37.
12. *Ibid*, p. 36; E. D. Bruera and L. De Lima, “Opioid cost: a global problem,” *Palliative Medicine*, vol. 19 no. 6, 2005, p. 504; Email from Liliana De Lima, September 10, 2009.
13. International Harm Reduction Development Program. Barriers to Access: Medication-Assisted Treatment and Injection-Driven HIV Epidemics. New York: Open Society Institute; 2008; Human Rights Watch, “Rehabilitation Required: Russia’s Human Rights Obligation to Provide Evidence-based Drug Dependence Treatment,” vol. 19, no. 7(D) (2007); See also International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction*, 2008
14. Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India’s Obligation to Ensure Palliative Care*, 28 October 2009, 1-56432-555-5
15. Human Rights Council, *Access to medicine in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/RES/12/24, 12 October 2009
16. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, *Fact Sheet No. 31, The Right to Health*, June 2008, No. 31, page 21.
17. Ban Ki-Moon (2008) *Message on the International Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking*, 26 June 2008.
18. UN Economic and Social Council, “Treatment of pain using opioid analgesics,” ECOSOC 2005/25, E/2005/INF/2/Add.1, p. 70.
19. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights,” General Comment No. 14, *The right to the highest attainable standard of health*, E/C.12/2000/4 (2000), para. 12(a), 17, 34, 25 and 43(d).
20. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “Consideration of Reports Submitted by States Parties Under Article 16 and 17 of the Covenant, Ukraine, Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights,” E/C.12/UKR/CO/5, January 4, 2008, [www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/.../E.C.12.UKR.CO.5.doc](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/.../E.C.12.UKR.CO.5.doc) (accessed 9 November, 2009), para. 28, 51.
21. International Harm Reduction Development Program. *Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*. New York: Open Society Institute; 2009.
22. Letter from Manfred Nowak and Anand Grover to Special Rapporteur to Her Excellency Ms Selma Ashipala-Musavyi, p. 4.
23. Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, A/HRC.10/44, January 14, 2009, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>, (accessed November 10, 2009), para. 74(e).
24. ICCPR, Art. 19(2)
25. CESCR, General Comment 14, para 34.