

El derecho humano a la salud y sus implicancias en el acceso a estupefacientes para el tratamiento paliativo en América Latina

The Right to Health and its Implications for Access to Narcotic Drugs for Palliative Treatment in Latin America

ALICIA MAGALY GONZÁLEZ GUZMÁN¹

Resumen: El tratamiento paliativo ha sido objeto de constantes discusiones, principalmente, en torno al hecho de que los medicamentos opioides son estupefacientes controlados por acuerdos y organismos internacionales, que regulan su acceso y distribución. América Latina cuenta con distintos niveles de distribución de estupefacientes, que son determinados por factores económicos, sociales y culturales. El comercio ilícito y el consumo desmedido han generado barreras que limitan su disposición para el tratamiento paliativo. En este sentido, el presente artículo analiza normativas internas e internacionales que regulan el acceso a estupefacientes dentro del tratamiento paliativo y propone que la garantía del alivio del dolor sea consagrado, expresamente, como parte del derecho humano a la salud.

Palabras claves: Salud, estupefacientes, América Latina, tratamiento paliativo.

¹ Licenciada en Derecho y Maestra en Derechos Humanos por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Abstract: Palliative treatment has been the subject of constant discussions, mainly about the fact that opioid drugs are narcotics controlled by international agreements and organizations, which regulate their access and distribution. Latin America has different levels of narcotics distribution, which are determined by economic, social, and cultural factors. Illicit trade and excessive consumption have generated barriers that limit their availability for palliative treatment. In this sense, this article analyzes domestic and international regulations governing access to narcotics within palliative treatment and proposes that the guarantee of pain relief be expressly enshrined as part of the human right to health.

Keywords: Health, narcotics, Latin America, palliative treatment.

Recibido: 15.8.2020 Aceptado: 30.10.2020

Sumario

1. Introducción
2. El derecho a la salud en el tratamiento paliativo
3. Regulación normativa internacional de estupefacientes
4. Sistema de control de estupefacientes en Latinoamérica
5. ¿La economía es un factor determinante?
6. Propuesta
7. Conclusiones

1. Introducción

La población de América Latina continúa creciendo de manera desproporcional,² lo cual genera la preocupación de que este crecimiento traiga aparejado un marcado aumento de la población adulta mayor de 50 años. El proceso de transición demográfica pone en evidencia dos fenómenos relevantes, el envejecimiento poblacional y el fin del bono demográfico. La duración del bono depende del proceso de envejecimiento, que viene determinado por la disminución de la mortalidad, seguido de la reducción de la fecundidad y también por los procesos migratorios que afectan a los países de la región (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020).

Aunado a ello, la evolución en los índices de pobreza demuestra graves incrementos en los últimos años. En 2015 y 2016, las cifras revelan un incremento en los niveles generales de pobreza y pobreza extrema regionales, a pesar de que estos siguieron disminuyendo en la mayoría de los países. En 2016 el número de personas pobres en América Latina llegó a 186 millones, es decir, el 30,7% de la población, mientras que la pobreza extrema afectó al 10% de la población, cifra equivalente a 61 millones de personas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017).

Este crecimiento poblacional generará desafíos económicos y sociales, ya que se incrementarán los costos de atención de salud y las necesidades de cuidado a largo plazo. Esto significa que los gobiernos de la región cuentan con menos tiempo y, por tanto, menos margen de error al realizar los ajustes necesarios para hacer frente a las demandas de una población que envejece y promover una sociedad

² La población de la región pasó de 169 millones de personas en 1950 a poco más de 648 millones en 2019, y se prevé que empiece a decrecer en aproximadamente 40 años. Significa que América Latina alcanzará su máxima población en 2058. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020)

equitativa e inclusiva para todas las edades Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017).

La percepción, a simple vista, es de un grupo poblacional con gran probabilidad de requerir medicamentos, lo cual significa una necesaria transición, no solamente económica y normativa, sino también en la implementación de políticas, prácticas y actitudes, mediante las cuales se debe concientizar sobre las necesidades de una población mayor que requiere medicamentos opioides.

2. El derecho a la salud en el tratamiento paliativo

La compleja forma en la que se fundamentan los derechos humanos responde a un fin: asegurar la satisfacción de necesidades para preservar la dignidad y la calidad de vida de las personas. “Los derechos humanos han de significar la juridificación de los medios pertinentes para superar las causas de dicha negatividad, y a la vez han de ser instrumentos de lucha para transformar adecuadamente las instituciones, con el fin de aumentar la vida de toda la comunidad” (Rosillo, 2013, p. 148).

Hinkelammert afirmó: “la satisfacción de las necesidades, hace posible la vida; la satisfacción de las preferencias, la hace agradable. Pero, para poder ser agradable, antes tiene que ser posible” (Hinkelammert, 2002, p. 322). Los derechos humanos y la satisfacción de necesidades se correlacionan por lo siguiente: si las personas sufren carencias, que les impiden vivir dignamente, significa que la intervención del derecho no se está integrando al desarrollo de la sociedad.

La salud como derecho humano³ indica que todos tienen derecho a “disfrutar del mejor estado de salud física y mental

³ Se encuentra consagrado en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que toda persona tiene derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y

alcanzable” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12). Es cierto que la interpretación de su contenido es extensa y no incluye expresamente al tratamiento paliativo, por ello, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales declaró que, “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas (...) a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos. (...) La prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

El derecho humano a la salud se relaciona con otros derechos, por ejemplo, el derecho a la alimentación, a la vivienda digna y al trabajo en condiciones adecuadas, los cuales buscan asegurar el bienestar de las personas. Esta interconexión de derechos es crucial cuando se habla del alivio del dolor y su tratamiento, ya que establecerlo exclusivamente dentro del derecho a la salud es una limitante, debido a la afectación que tiene en la calidad de vida. Puesto que el fin del constante contacto que existe entre los derechos humanos es mantener la integridad, bienestar y dignidad de las personas, la ausencia de alguno de ellos tiene como consecuencia violación a otros derechos.

Retener o impedir el acceso a estupefacientes, por parte de quienes los necesitan con fines médicos para el tratamiento paliativo, se considera una forma de tortura. La imposibilidad de los pacientes de acceder a tratamientos para el dolor severo también puede significar una violación de la prohibición de ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes (Human Rights Watch, 2009). Se

Culturales, el órgano encargado de supervisar el cumplimiento del PIDESC, ha determinado que los Estados deberán contar con un número suficiente de “establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”, y que estos servicios deben ser accesibles.

habla, entonces, de una correlación que existe entre derechos, formada por la necesidad de aliviar el dolor.

Dentro de la evolución normativa de los derechos de los pacientes, no existe un instrumento del derecho internacional de los derechos humanos, emitido por una instancia supranacional de carácter gubernamental, que específicamente aborde el tema del alivio del dolor. La referencia más evidente y repetida es el derecho a la salud. Sin embargo, el Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud de Naciones Unidas (Hunt, 2008), elaboraron directrices para el periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes en 2009 y 2013, entre las que señalan la garantía de acceso a medicamentos esenciales para el alivio del dolor. “La incapacidad del Estado para garantizar el acceso a fármacos controlados para el alivio del dolor, amenaza los derechos fundamentales a la salud y a la protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes” (Saruwatari, 2012, p. 147-156). En este contexto es posible interpretar que el trato cruel, inhumano o degradante puede presentarse en el ámbito público o privado de la atención a la salud.⁴

Todos los Estados deberían incorporar estos derechos humanos en las políticas concernientes a la salud, tanto a escala nacional como internacional, e involucrar a los trabajadores de la salud en la campaña por la realización del derecho a la salud. Al respecto, los Estados deben sopesar el potencial impacto de estas políticas en el precio y la calidad de los productos, las facilidades y los servicios de la salud (Hunt, 2008). Los avances en los últimos años que muestra Latinoamérica son reflejados en distintas investigaciones (Asociación

⁴ En el Informe Técnico sobre Alivio del Dolor en Cáncer y Cuidados Paliativos, la Organización Mundial de la Salud trata el tema de la disponibilidad de opioides en relación a lo que señalan los Relatores, la OMS no hace un llamamiento a los particulares, sino que precisamente insta a los Estados a facilitar la disponibilidad de estos fármacos. Esto quiere decir que el Estado es interpelado a cumplir con su obligación de proveer los medios para el cuidado de la salud.

Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2013), en donde ciertas regiones muestran un progreso significativo, mientras que en otras partes los opioides son inaccesibles,⁵ demostrando que las naciones no terminan de adaptar su legislación a los requerimientos internacionales de garantizar el alivio del dolor.

3. Regulación normativa internacional de estupefacientes

La fiscalización mundial de sustancias psicoactivas se asienta en los tratados multilaterales concertados entre 1912 y 1972. La Comisión Internacional del Opio —primer órgano internacional relacionado con los estupefacientes—, estaba integrada por representantes de 13 países y se reunió por primera vez en Shanghai, en 1909 (Rexed, 1984, p. 19). El funcionamiento del sistema internacional se basa en la fiscalización nacional que llevan a cabo los distintos Estados dentro de los límites de su jurisdicción. En cumplimiento de las disposiciones de esos tratados, las partes deben adoptar medidas legislativas apropiadas, introducir las medidas administrativas y de ejecución que sean necesarias y cooperar con los órganos internacionales, como así también, con otros países (Rexed, 1984, p. 18).

En los años de la preguerra, todos los productos sometidos a fiscalización estaban relacionados con tres plantas: la adormidera, la coca y el cannabis. Sin embargo, en el Protocolo de 1948, se sometió a fiscalización distintos compuestos sintéticos toxicomanígenos.⁶

⁵ Se estima que los países de ingresos bajos y medianos, que comprenden el 88% de la población mundial, consumen menos del 10% de los opioides farmacéuticos (“Informe Mundial sobre las Drogas 2020”).

⁶ Esto es realizado por el Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas, actualmente Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, labor encomendada desde la creación de la OMS en 1948. Habida cuenta de que la OMS tiene la responsabilidad absoluta de esta función, ninguna sustancia se puede fiscalizar internacionalmente sin que haya sido previamente evaluada por la OMS.

Finalmente, con el Protocolo sobre el Opio de 1953, se introdujo una nueva y más estricta fiscalización de la adormidera,⁷ que culminó en una producción legal de opio, cuya exportación fue restringida a un pequeño número de países.

Todo el sistema fue revisado y modernizado por la Convención Única sobre Estupefacientes, adoptada en 1961. El primer objetivo consistió en agrupar y codificar los tratados multilaterales existentes, si bien se mantuvieron en vigor ciertas disposiciones iniciales —tales como el requisito de permisos de importación y exportación y el sistema de provisiones e información estadística (Rexed, 1984, p. 18). A su vez, se establecieron directrices que los países firmantes debían adoptar para el tráfico de las sustancias allí categorizadas.⁸

Dentro de estas distinciones, se determinó que sustancias psicotrópicas que pueden ser utilizadas para tratamiento médico por medio de recetas, y cuales, por su capacidad por producir alteraciones en el sistema nervioso, efectos sobre el estado de ánimo y comportamiento que produzca dependencia, solo se permiten para investigación, bajo restricciones sanitarias, y requieren autorización por medio de licencias o permisos.⁹ La Convención hace hincapié en la prevención del uso indebido de drogas, mediante el acceso a la información y la educación en dicha materia; y, a su vez, en la necesidad de medidas que aseguren el tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de los afectados. Este es uno de los instrumentos internacionales base, que actualmente establecen las

⁷ La utilización y el comercio internacional del opio se limitaron a las necesidades de salud establecidas y se eliminó el exceso de producción legal recurriendo al método indirecto de limitar las exigencias de la droga mantenidas por cada Estado.

⁸ En la parte final del Convenio se diferencian las cuatro listas: Lista I: Receta oficial de estupefacientes; Lista II: Receta médica; Lista III: Receta médica; Lista IV: Prohibidos. Los estupefacientes de la Lista IV, son los que se encuentran en la Lista I del Convenio pero que cada país firmante del Convenio considera que por medidas de salud puede prohibir su tráfico, sólo se permiten para investigación y bajo la autorización de Sanidad.

⁹ También se pueden encontrar en el artículo 8 y 9 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas.

facultades de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

Perspectiva internacional de estupefacientes

Como consecuencia de haber firmado y ratificado estos instrumentos internacionales, los países tienen una doble obligación con respecto a asegurar medicamentos fiscalizados, basada en un imperativo cuádruple, que se sustenta en fundamentos legales, políticos, de salud pública y morales: deben garantizar que estas sustancias estén disponibles para fines médicos y deben proteger a sus poblaciones del abuso y la dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2012, p. 4).

Esta responsabilidad cerca el respeto, la protección y promoción del más alto estándar de salud física y mental de sus pueblos, de una manera equitativa y no discriminatoria (OMS, 2012, p. 4). Entonces, ¿por qué no se percibe un cambio en las estadísticas de consumo de medicamentos opioides? Porque el acceso a los medicamentos es un tema sensible por dos aspectos interrelacionados: la accesibilidad física y la asequibilidad.

La introducción de los opioides como medicamentos indispensables para el alivio del dolor, permite afrontar la problemática y aspirar a una calidad de vida estable para los pacientes. Sin embargo, son clasificados como narcóticos¹⁰ y, por lo tanto, están controlados por la Convención Única de Viena de 1961 y la JIFE.¹¹

¹⁰ Los opioides se clasifican como estupefacientes por su potencial de abuso. Por lo tanto, se reglamentan mediante tratados internacionales y políticas nacionales de fiscalización de drogas. Se tienen contemplados analgésicos opioides como la codeína y la morfina (“Logrando Equilibrio en las Políticas Nacionales de Fiscalización de Opioides” 2001).

¹¹ La adquisición de los medicamentos opioides se hace bajo la supervisión de la JIFE a través de la autoridad nacional encargada, que efectúa los procesos de requisición,

La Junta Internacional de las Naciones Unidas vela por que esas sustancias estén disponibles para usos médicos y científicos y, por otro lado, colabora con los gobiernos suscritos a la Convención Única para prevenir sus usos ilegales. En estos países es obligatorio tramitar la adquisición de medicamentos opiáceos con la JIFE, mediante la autoridad nacional encargada, la cual lleva a cabo los procesos de requisición, importación, nacionalización y distribución (De Lima, 1997). En la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se incluyen la morfina y la codeína, ambos analgésicos opiáceos (OMS, 1995). Aun así, en algunos países su consumo es restringido, debido al temor de que su uso prolongado cause adicción y a la posibilidad de que se comercialice por conductos ilegales.¹²

La JIFE tiene derecho a señalar a la Comisión y al Consejo toda propuesta que formule a los gobiernos con fines de consulta o de estudio, así como los casos en que corran grave peligro los objetivos de los acuerdos y no haya sido posible solucionar el asunto de otra forma (Convención Única, artículo 15). Además, establece regulaciones para los países que no logran controlar la distribución ilegal en su territorio, con medidas de prevención que incluyen el apoyo de la JIFE, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la cooperación de los demás países firmantes.¹³ También, puede imponer medidas más autoritarias, como el cese de importación y exportación de ciertas sustancias a los países que no satisfacen las recomendaciones de la JIFE.¹⁴ Resulta inevitable contemplar las

importación, nacionalización y distribución del medicamento
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>>

¹² Los opioides siguen siendo las drogas más perjudiciales, ya que, durante la última década, el total de muertes relacionadas con su consumo aumentó un 71%, con un incremento del 92% entre las mujeres, en comparación con el 63% entre los hombres (“Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC”).

¹³ Artículo 35 de la Convención Única y artículo 21 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, y todo lo dispuesto en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

¹⁴ Pese a que esta medida parece un “bloqueo medicinal”, es el último recurso que la Junta Internacional y los países miembros del Convenio están de acuerdo en hacerla

restricciones para el acceso a estas sustancias, ya que, si bien el adecuado uso de las mismas alivia a millones de personas que sufren dolor, es también una alarma constante, por las consecuencias del uso no médico y el comercio ilícito al que es propenso.

4. Sistema de control de estupefacientes en Latinoamérica

La distribución, acceso y control de opioides es heterogénea, tanto entre los distintos países como dentro de los países mismos. La distribución de opioides en América Latina y el Caribe es variable, con niveles moderados de consumo —según los estándares internacionales—¹⁵, si observamos Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, Costa Rica, Uruguay y la mayor parte del Caribe; y niveles relativamente bajos de distribución en otros países, particularmente en Guatemala, Honduras y Bolivia. La OMS manifestó que los opioides son insustituibles en el tratamiento del dolor severo y sugirió que la magnitud de su utilización en un país, podría reflejar lo adecuado del tratamiento (Moyano, 2016).

En Latinoamérica hay 3.3 millones de personas que viven y mueren diariamente con dolor asociado a enfermedades,¹⁶ las cuales requieren opioides para el alivio de sus síntomas. Por ello, la intervención legislativa se ha involucrado en la creación, y continuo

valer y respetar. Prueba de ello son las actualizaciones de la Lista Verde que emite la JIFE, con el fin de ayudar a los Gobiernos a elaborar el informe estadístico anual sobre las sustancias psicotrópicas, en la tercera parte, se encuentra la “Prohibición y restricciones a la exportación e importación de conformidad con el artículo 13 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971”, en donde aparecen los países a quienes les han prohibido realizar cualquiera de estas actividades comerciales con los medicamentos que estableció la JIFE, y la fecha en que fueron notificados por el Secretario General de la ONU.

¹⁵ 1–10 mg de equivalentes de morfina/cápita/año.

¹⁶ 365 adultos de cada 100,000 se encuentran en necesidad de atención para alivio de dolor y manejo de síntomas. (Pereira, 2016, 19)

desarrollo, de normas que regulan de manera delimitada el acceso a los medicamentos esenciales que alivien el malestar.

A pesar de estos datos, con el objetivo de regular los medicamentos opioides y evitar situaciones de uso inadecuado, se han impuesto restricciones jurídicas excesivas para su distribución, entorpeciendo la práctica y limitando aún más el acceso.¹⁷ Estas barreras, a las que se les puede agregar factores económicos, discriminatorios y políticos, vuelven esta realidad más compleja para el acceso a medicamentos fiscalizados. Esta problemática es alarmante, puesto que resulta evidente que la sociedad ha normalizado el dolor en las personas.

Entre las constantes crisis que enfrenta Latinoamérica, en las que el derecho no ha podido reaccionar de manera oportuna, se encuentra asegurar el acceso a opioides para fines médicos. El aumento de personas que afrontan dolor por enfermedades no transmisibles, contribuye a que la disposición de los opioides que lo controlan continúe desarrollándose inequitativamente. “Surge la ilegalidad debido a que el cumplimiento de las prestaciones sociales se hace fuera del marco de la ley y sólo si satisfacen las necesidades de los grupos de presión más fuertes en el mercado político” (Moreno, 2007, p. 828).

En la regulación normativa de los medicamentos opioides, no solo se contempla las consecuencias que el alivio del dolor conlleva, sino también las barreras impuestas por las regulaciones nacionales. Cada una de ellas varía entre las naciones e influencia directamente la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos controlados, en particular, los analgésicos opioides. Estos pueden incluir (Joranson, 2010):

¹⁷ Colombia, por ejemplo, exige que los hospitales y clínicas, oficiales y privados, y los establecimientos farmacéuticos, oficiales y privados, lleven un libro de control de medicamentos y drogas que producen dependencia y sus precursores, además de ser sometidos a la inspección y vigilancia del Ministerio de Salud. (“Ley 30 de 1986” 2018, 26)

- límites en el número de días de abasto expedido en una receta;
- límites en las dosis;
- limitantes a quién puede recetar, en algunos países solo determinado grupo de doctores pueden expedir una receta;
- procedimientos “especiales” para recetar opioides, los cuales hacen que el proceso sea más complicado, al incluir formas “específicas”, difíciles de obtener, o el requisito de llenar múltiples formas;
- los pacientes necesitan “registrarse” o “recibir permiso especial”, para asegurar elegibilidad;
- “penalizaciones excesivas” por errores en la receta o el “mal manejo de opioides”;
- número limitado de farmacias con capacidad o voluntad para distribuir opioides;
- requisitos de almacenamiento desproporcionados.

Estas son prácticas tanto inaceptables como innecesarias, que crean un ambiente de miedo para los médicos, que temen equivocarse al tener que cumplir un régimen tan estricto, con riesgo de ser enjuiciados (Comisión Global de Política de Drogas, 2015). Para los pacientes, estas prácticas altamente restrictivas pueden ser exacerbadas por otros factores, en países de bajo y medio ingreso, como vivir en un área rural en la que deben viajar a una ciudad para poder acceder a opioides y esto puede no ser posible, debido a la escasez de dinero o transporte.

La problemática política de la “guerra contra las drogas”

Si bien los países latinoamericanos son similares culturalmente, existe una gran diversidad, basada en lazos históricos. Estas naciones forman una región heterogénea con una variabilidad sustancial en el desarrollo económico, social y sanitario. Evidentemente, en muchos países de la región los sistemas de atención médica funcionan con infraestructuras inadecuadas, sistemas administrativos deficientes, pobreza, oportunidades educativas limitadas y otros desafíos (Cleary, 2013, p. 24).

Un informe creciente sobre la atención del cáncer en América Latina y el Caribe destacó que es una epidemia de rápido crecimiento y cada vez más mortal en la región. Se estima que, para el 2030, 1.7 millones de casos de cáncer serán diagnosticados en la región y más de un millón de personas morirán de cáncer cada año (Goss, 2013, p. 391). Las tasas de mortalidad, por todos los tipos de cáncer, son más altas que las observadas en América del Norte y Europa. El informe concluyó que América Latina y el Caribe están mal equipados para hacer frente al aumento alarmante de la incidencia de cáncer y las tasas de mortalidad desproporcionadamente altas.

En contra de una política de acceso a medicamentos fiscalizados para aliviar el dolor de personas que lo requieren, América Latina ha experimentado la política de “guerra contra las drogas”,¹⁸ como solución ante la distribución y el consumo de estupefacientes con fines no médicos. Con ello, y como parte del compromiso internacional de combatir esta situación, el panorama legislativo para la regulación de estas sustancias está colmado de intervenciones normativas que prevén sanciones y restricciones. Es decir, se limita a

¹⁸ El término “guerra contra las drogas”, fue utilizado en junio de 2011 por la Comisión Global de Política de Drogas en su primer informe, en el que concluyó: “La guerra global contra las drogas ha fracasado, con consecuencias nefastas para individuos y sociedades alrededor del mundo. Tras 50 años del inicio de la Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes, y 40 años después que el presidente Nixon lanzó la Guerra Contra las Drogas del gobierno de EE.UU. se hacen necesarias, de manera urgente, reformas fundamentales a nivel nacional y mundial sobre las políticas de control de droga” <<https://www.tni.org/es/publicacion/informe-de-la-comision-global-de-politicas-de-drogas>>

reducir el panorama de la región, manteniendo políticas antinarcóticos. Sobre decir que esta intervención y abordaje prohibicionista ha fracasado.¹⁹

Los proponentes de un abordaje represivo frente a las drogas no han sido capaces de demostrar reducciones reales en la producción, venta o consumo de sustancias fiscalizadas alrededor del mundo. Por el contrario, los investigadores han demostrado que estos abordajes, enfocados en la reducción de la oferta, han generado consecuencias desastrosas, ya sea mensurada en términos de salud o seguridad pública (Szabó de Carvalho, 2014).

Es inverosímil hablar de un costo excesivo para la satisfacción de medicamentos paliativos. Por ejemplo, el costo para cubrir el tratamiento del dolor equivalente a la morfina, para todos los niños menores de 15 años con sufrimiento grave, en países de bajos ingresos, es de un millón de dólares por año. Esto es una miseria, en comparación con los cien mil millones de dólares al año que los gobiernos del mundo gastan en hacer cumplir la prohibición global del uso de drogas (Knaul, 2018).

Las políticas de medicamentos fiscalizados parecen reducirse a intentar impedir el acceso a sustancias psicotrópicas, pero han descuidado a un grupo vulnerable de la misma sociedad que lo requiere. El resultado es una región con problemas de violencia y salud.

Las limitaciones normativas no son más que un paternalismo jurídico, que prevé un panorama de consumo desmedido de estupefacientes en personas con calidad de vida estable. El ideal es asegurar el uso de estas sustancias para el alivio del dolor, empero, la

¹⁹ La puesta en práctica de intervenciones antinarcóticos como el Plan Colombia, la Iniciativa Mérida, y la Iniciativa de Seguridad Regional para América Central, no han resultado en mejoras en la seguridad ciudadana, si no, por lo contrario, han implicado en el crecimiento sin precedentes de la violencia, la corrupción de las instituciones del estado, enormes aumentos en las poblaciones carcelarias y la violación sistemática de los derechos humanos.

evolución social latinoamericana, producto de generaciones de “lucha contra el narcotráfico”, ha favorecido la expansión de la opiofobia, el prejuicio y la información errónea. Estos factores se extienden al uso médico apropiado de los opioides que, en el contexto de un enfoque equilibrado, reduce los riesgos de uso no médico (Knaul, 2018), y provocan que, dentro de las disposiciones legales, existan lineamientos de carácter restrictivo, en su mayoría respecto a los profesionales de la salud que tienen la facultad de prescribir estupefacientes.

En la práctica, la legislación en materia de control de drogas ha vuelto la promoción del acceso a medicamentos controlados una consideración secundaria frente a la prevención del desvío de estas sustancias (Hallam, 2014). En la resolución de 2011, se requirió a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que revisara y actualizara, donde fuera necesario, las leyes modelo, para asegurar el equilibrio apropiado entre garantizar el acceso y prevenir el desvío. Dichas leyes han sido descritas como “excesivamente estrictas” y han sido criticadas por fallar al proveer el enfoque necesario para promover leyes nacionales que garanticen el acceso (Husain, 2013, p. 108–116).

Es evidente que, en los lineamientos para el tratamiento paliativo, los médicos carecen de un ejercicio pleno de su profesión, al tener que limitarse a realizar lo que la ley dictamina. Esto no ha evitado que la disposición ilegal de opioides evolucione a la par.

5. ¿La economía es un factor determinante?

Debido a que los Estados poseen diferentes niveles de recursos, el derecho internacional no establece el tipo de salud que debe entregarse, sino que exige una “realización progresiva”. En ella, comprometiéndose con los acuerdos internacionales, un Estado acepta tomar pasos para lograr lo máximo posible con los recursos disponibles. Es decir, los países con ingresos altos deben brindar

servicios de asistencia médica de un nivel mayor que el de aquellos países que no poseen tantos recursos, sin perjuicio de que se espera que todos tomen medidas para mejorar y aumentar los servicios. Sin embargo, la escasez de recursos y el tratamiento inadecuado del dolor están claramente relacionados, en muchos países no se están atendiendo ni las necesidades más básicas de alivio del dolor (Brennan, 2005, p. 18).

Lo cierto es que las limitaciones de recursos podrían justificar el cumplimiento parcial de algunos aspectos del derecho a la salud. No obstante, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha observado que “una parte del estado no puede bajo ningún punto de vista, justificar el no cumplimiento de las obligaciones básicas, que no son derogables”.²⁰ Por otro lado, si bien el costo de la morfina oral no es excesivo (Foley, 2003, p. 983), su valor es citado frecuentemente como impedimento para mejorar el acceso al tratamiento del dolor, en especial, en aquellos países de ingresos medios o bajos. A través de un estudio realizado en 2003, se encontró que el precio de venta promedio de un suministro de morfina mensual varía, desde los 10 dólares en la India, hasta los 254 dólares en Argentina (Lohman, 2010). Esta diferencia podría explicarse a través de los siguientes factores: subsidios, regulación sobre el precio de opioides, impuestos, sistema de distribución escasamente desarrollado, licencias y costos relacionados a la importación.

Estos factores pueden suprimirse. Muchos países han logrado encontrar formas de crear capacidad para la producción local de morfina oral líquida o en tabletas a un bajo costo. En India, por ejemplo, dentro de un hospital se estableció una pequeña unidad de fabricación a partir de polvo de morfina; en Uganda, el ministerio de salud puso en servicio una instalación benéfica de aprovisionamiento y producción, para fabricar una solución de morfina que podía ser

²⁰ Entre dichas obligaciones están las siguientes: garantizar el acceso a centros, equipos y servicios sanitarios sin ningún tipo de discriminación, proporcionar medicamentos esenciales según la lista elaborada por la OMS, y formular y poner en práctica una estrategia nacional de salud pública (Lohman, 2010)

distribuida en hospitales, centros médicos y centros de cuidados paliativos; en Vietnam, una nueva regulación sobre prescripción de opioides permite al ministerio de justicia exigir a las compañías farmacéuticas estatales y paraestatales producir opioides orales e inyectables (Lohman, 2010). Estos ejemplos ilustran el potencial que existe para producir morfina oral de bajo costo de fabricación local y los efectos que tienen en el área de la salud.

6. Propuesta

La transformación y adaptación social de los derechos humanos comienza una nueva implicación en base a esta problemática, ¿puede el alivio del dolor ser un derecho humano? Establecerlo como un derecho humano conlleva determinar que la atención paliativa es un derecho garantizado a nivel internacional, no un privilegio para unos pocos. Por otro lado, implica regulaciones estatutarias que abarcan negligencia médica y sanciones penales para el personal médico, por mencionar algunas.

No es seguro que sea la respuesta universal para asegurar el tratamiento paliativo, empero, es posible que sea el inicio, como menciona Brennan, “aunque no existe ningún derecho humano internacional explícito al alivio del dolor, sí que existe el derecho “al más alto nivel de salud”, lo cual puede implicar fácilmente el derecho al alivio del dolor” (Brennan, 2005, p. 19).

7. Conclusiones

En esta investigación se realizó una descripción de las implicaciones del derecho humano a la salud en el acceso a estupefacientes para el tratamiento paliativo. Resulta evidente, en la evolución normativa internacional, que el derecho a la salud se haya expandido con el objetivo de alcanzar el panorama sanitario actual, contemplando la situación económica y social, además de asegurar el bienestar y la calidad de vida de las personas. La trascendencia del

derecho a la salud conlleva prever que las necesidades médicas que privan este derecho tienen como consecuencia la violación de otros derechos humanos.

Ciertamente, los lineamientos internacionales establecen medidas legislativas que deben adoptar los Estados para la fiscalización de estupefacientes, empero, garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos, incluidos los opioides, no solo es razonable, sino que es una obligación de los Estados. Aunado a ello, la historia cultural, social y política continua marcando un “estigma” ante los estupefacientes, considerándolos peligrosos y regulando su acceso con medidas estrictas, tanto para el personal médico como para los pacientes.

Finalmente, la discusión de establecer el derecho humano al alivio del dolor, es un estudio interdisciplinario, cuyo fin es cambiar la situación actual y visibilizar un grupo vulnerable de la sociedad. Las implicaciones incluyen regulaciones estatutarias que abarcan negligencia médica, sanciones penales y el abuso de ancianos, así como la percepción de que la falta de control del dolor se clasificaría como mala conducta profesional. No es una respuesta inmediata ante la problemática descrita. Sin embargo, ayudaría a que la atención paliativa deje de ser considerada un privilegio para unos pocos y se establezca como un derecho garantizado a nivel universal.

Referencias

- “Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, Edición Cartográfica”. 2013. *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*.
- Brennan, F. & Cousins, M. J. 2005. “Pain relief as a human right”. *Rev Soc Esp Dolor* 12, n° 1: 18.
- Cleary, James. 2013. “Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Asia: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)”. *Annals of oncology* 24: 24-26.

- De Lima, Liliana. 1997. "El empleo de analgésicos opiáceos para aliviar el dolor del cáncer". *Rev Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2, n° 2.
- "El Impacto Negativo del Control de Drogas en la Salud Pública: la Crisis Global de Dolor Evitable". 2015. *Comisión Global de Política de Drogas*. www.globalcommissionondrugs.org
- Foley, K. M. 2003. "Pain control for people with cancer and AIDS. In Disease Control Priorities in Developing Countries". *Oxford University Press*: 983.
- "Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas, Orientación para la Disponibilidad y Accesibilidad de los Medicamentos Fiscalizados". 2012. *Organización Mundial de la Salud*: 4.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75837/9789243564173_spa.pdf?sequence=1
- Goss, P. E. Lee, B. L. Badovinac-Crnjevic, T. 2013. "Planning cancer control in Latin America and the Caribbean". *The Lancet Oncol*: 391.
- Hallam, C. 2014. "The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines", *TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 26.
<https://www.tni.org/files/download/dlr26-e.pdf>
- Hinkelammert, Franz. 2002. *Crítica de la razón utópica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hunt, Paul. 2008. "Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health". *UN Human Rights Council*.
- Husain Asra S. 2013. "Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes?" *Bulletin of the World Health Organisation*: 108–116.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/>
- "Informe Mundial sobre las Drogas 2020". 2020. *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*.

- Joranson, D. E. Ryan, K. M. Maurer, M. A. 2010. "Opioid policy, availability and access in developing and Nonindustrialized Countries". *University of Wisconsin-Madison Pain and Policy Studies Group*.
- Knaul, Felicia Marie. 2018. "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report". *The Lancet Commissions* 391.
- "Ley No. 1737". 2019. *Honorable Congreso Nacional de la República de Bolivia*.
- "Ley 30 de 1986". 2018. *Congreso de Colombia*.
- "Ley General de Salud". 2018. *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*.
- "Logrando Equilibrio en las Políticas Nacionales de Fiscalización de Opioides". 2001. *Organización Mundial de la Salud*.
- Lohman, Diederik. 2010. "El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano". *BMC Medicine* 6, n° 2.
- Moreno Cruz, Rodolfo. 2007. "El modelo garantista de Luigi Ferrajoli. Lineamientos generales". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, n° 120: 828.
- Moyano Acevedo, Juan Ricardo. 2016. "Análisis del uso de opiáceos en Colombia desde dos perspectivas complementarias", Tesis de Doctorado en Farmacología, Universidad Autónoma de Barcelona.
- "Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2019, Proyecciones de Población". 2020. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe, ONU*: 11-19.
- "Observación general No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". 2000. *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Párrafo 34.
- "Panorama Social de América Latina". 2017. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe, ONU*: 27-88.

- Pereira Arana, Isabel. 2016. "Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos". *Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia*: 19.
- "Por favor, no nos hagan sufrir más... El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano". 2009. *Human Rights Watch*: 6.
- Rexed, Bror. Edmondson, K. Khan, Inayat. Samsom, Robert J. 1984. "Normas para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, en el marco de los tratados internacionales". *Organización Mundial de la Salud*: 17.
- Rosillo, Alejandro. 2013. *Fundamentación de los Derechos Humanos desde América Latina*. México: Itaca, 1ª edición.
- Saruwatari Zavala, G., & Siquetros-García, J. M. 2012. "El alivio del dolor ¿es un derecho humano?". *Rev Soc Esp Dolor*, 147-156.
- Szabó de Carvalho, Ilona. 2014. "El despertar de Latinoamérica: una revisión del actual debate sobre política de drogas". *Instituto Igarapé*.
- "Uso de medicamentos esenciales: lista modelo de medicamentos esenciales (octava lista): sexto informe del Comité de Expertos de la OMS (Informe técnico 850)". 1995. *Organización Mundial de la Salud*.