

OCTUBRE 2015

EL IMPACTO NEGATIVO DEL CONTROL DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA:

LA CRISIS GLOBAL DE DOLOR EVITABLE



COMISIÓN GLOBAL
DE POLÍTICA DE DROGAS

RECONOCIMIENTOS

Coordinación Técnica

Niamh Eastwood
Edward Fox
Maria Phelan
Khalid Tinasti

Panel de Revisión de Expertos

Marine Buissonnière
Jude Byrne
Ann Fordham
Rick Lines
Diederik Lohman
Katherine Pettus
Willem Scholten

Secretariado de la Comisión Global de Políticas de Drogas

Beatriz Alquieres
Miguel Darcy
Zara Snapp
Ilona Szabo de Carvalho
Khalid Tinasti

Apoyo

FIFHC- Fundacao Instituto Fernando Henrique Cardoso
Open Society Foundations
Virgin Unite

www.globalcommissionondrugs.org

Contact:

secretariat@globalcommissionondrugs.org

MIEMBROS DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS:



GCDP/Septiembre 2014.

Kofi Annan

Presidente de la Fundación Kofi Annan y ex secretario general de las Naciones Unidas, Ghana

Louise Arbour

Ex alta comisionada de la ONU para los derechos humanos, Canadá

Pavel Bém

Exalcalde de Praga, República Checa

Richard Branson

Empresario, activista de causas sociales, fundador del Grupo Virgin, cofundador de The Elders, Reino Unido

Fernando Henrique Cardoso

Expresidente de Brasil (presidencia)

Maria Cattau

Ex secretaria general de la Cámara Internacional de Comercio, Suiza

Ruth Dreifuss

Exministra de Asuntos Sociales y expresidenta de Suiza

César Gaviria

Expresidente de Colombia

Anand Grover

Ex relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho que toda persona tiene de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, India

Asma Jahangir

Activista de derechos humanos, ex relatora especial de la ONU sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, Pakistán

Michel Kazatchkine

Enviado especial del secretario general de la ONU para el VIH/SIDA en Europa Oriental y Asia Central, y ex director ejecutivo del Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Francia

Alexander Kwasniewski

Expresidente de Polonia

Ricardo Lagos

Expresidente de Chile

Olusegun Obasanjo

Expresidente de Nigeria

George Papandreou

Ex primer ministro de Grecia

Jorge Sampaio

Expresidente de Portugal

George Shultz

Ex secretario de Estado, Estados Unidos (presidencia honoraria)

Javier Solana

Ex Alto Representante de la Política Exterior y de Seguridad Común, España

Thorvald Stoltenberg

Exministro de Asuntos Exteriores y alto comisionado de la ONU para los refugiados, Noruega

Mario Vargas Llosa

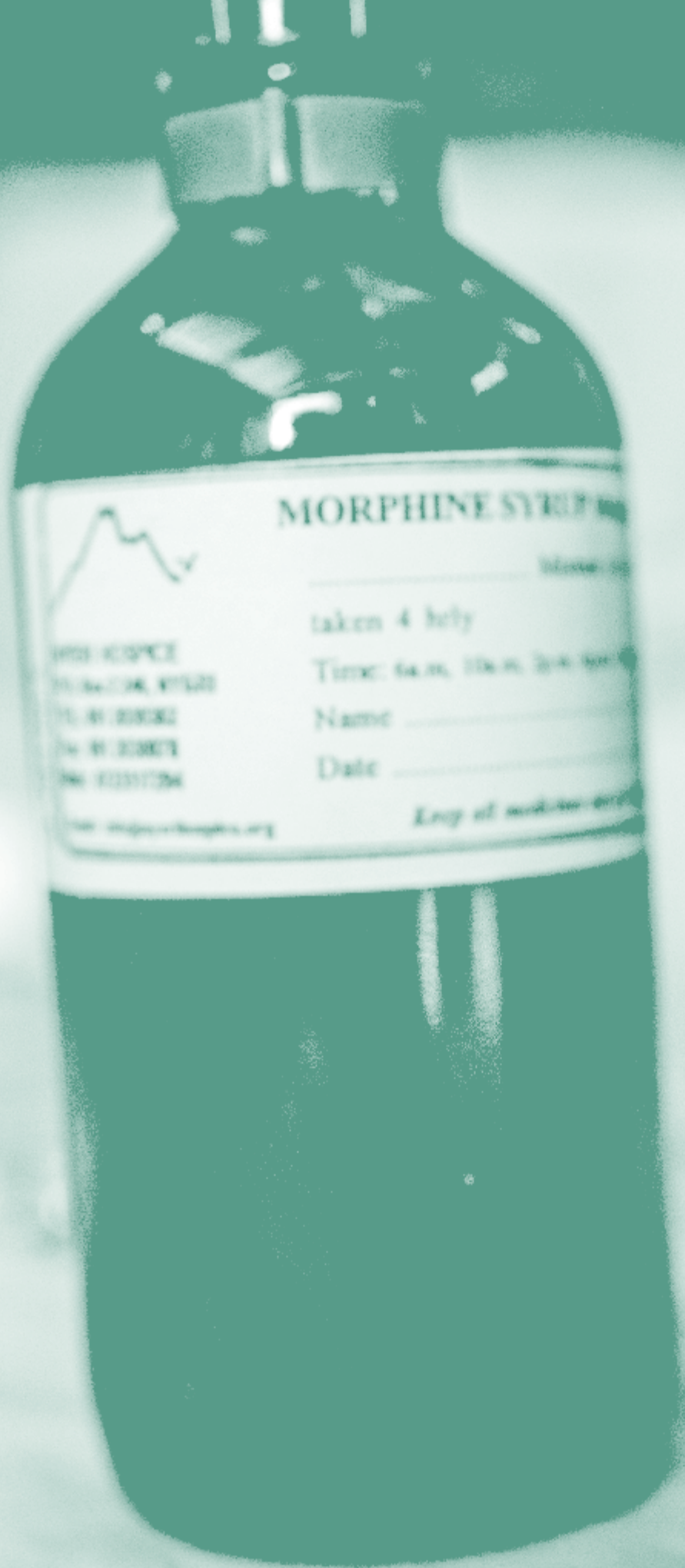
Escritor e intelectual público, Perú

Paul Volcker

Expresidente de la Reserva Federal de Estados Unidos y del Consejo Asesor para la Recuperación Económica, Estados Unidos

Ernesto Zedillo

Expresidente de México



MORPHINE SYRUP

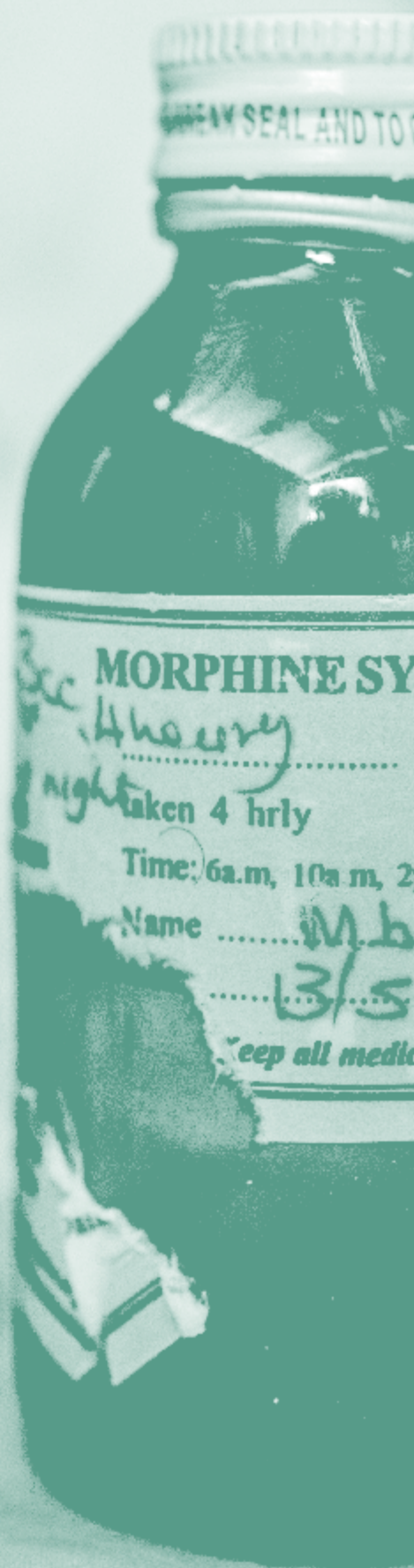
taken 4 hrly

Time: 6a.m, 10a.m, 2p.m, 6p.m

Name _____

Date _____

Keep all medicine safe



MORPHINE SYRUP

*Sec 4 hourly
night*

taken 4 hrly

Time: 6a.m, 10a.m, 2p.m, 6p.m

Name *M.B.*

..... *13/5*

Keep all medicine safe

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema internacional de control de drogas está alimentando una crisis global de acceso inequitativa a medicamentos controlados. De la población global total, un estimado de 5.5 billones de personas tienen poco o nulo acceso a analgésicos opioides, en particular a la morfina, resultando en el dolor y sufrimiento evitable, de personas alrededor del mundo. De acuerdo a la última estimación, 92 por ciento de la oferta mundial de morfina fue consumida por sólo el 17 por ciento de la población global. Este consumo se concentra principalmente en el norte global.

Los pacientes de cáncer terminal, de VIH en etapa terminal y mujeres en trabajo de parto que sufren de dolor extremo están entre los grupos más impactados, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, anualmente, decenas de millones de personas sufren de dolor no aliviado debido a una falta de acceso a medicamentos controlados. Adicionalmente, sólo una fracción de las personas que usan drogas inyectables a nivel mundial han logrado tener acceso a medicamentos controlados para tratar su dependencia hacia los opioides.

De acuerdo a la ley internacional de control de drogas y las leyes internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de medicamentos controlados para sus poblaciones; cualquier restricción a su acceso constituye una violación al derecho a la salud. A pesar de que hay un número de factores que plantean barreras al acceso, incluyendo sistemas de salud deficientes e insuficiente capacitación del personal de la salud que trabaja en el campo, el sistema internacional de control de drogas ha sido responsable de perpetuar la continua escasez en el suministro de medicamentos controlados.

Dicha escasez se debe a la priorización de gobiernos y organismos internacionales de la ONU por igual, de prevenir la desviación de sustancias controladas con fines ilícitos, por encima de garantizar el acceso con fines médicos y científicos. Por ejemplo, tanto la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) tienen la doble obligación de

mantener un equilibrio entre prevenir la desviación y garantizar el acceso, aunque históricamente se ha favorecido a la primera.

Esto se ha traducido en el nivel nacional donde algunos gobiernos continuamente enfatizan el enfoque de justicia penal al control de drogas, por encima de uno de salud pública, en detrimento de la provisión de acceso a medicamentos controlados.

En algunos países, las regulaciones exageradas para prescribir medicamentos controlados, que se puede vincular con las convenciones de drogas de Naciones Unidas, crean una situación en la que las y los médicos deben trabajar en un clima de miedo y falta de certidumbre legal, ya sea real o percibida. Como resultado de esto, muchos tienen miedo de recetar medicamentos controlados por temor a ser perseguidos o enfrentar cargos por conducta poco profesional al no adherirse a regímenes estrictos. Más aún, este ambiente contribuye de manera importante a ampliar las actitudes sociales y la estigmatización de personas que usan sustancias controladas, ya sean lícitas o ilícitas.

La JIFE y la ONUDD han empezado a dar pasos para rectificar la burda inequidad en el acceso alrededor del mundo, y el involucramiento creciente en la última década de la OMS en este asunto son pasos clave en la dirección correcta. Sin embargo, hay bastante trabajo por hacer para reparar el daño causado tras décadas de privilegiar las medidas de anti-desviación en el control de drogas.

Con un número creciente de Estados y organismos de la ONU atrayendo atención a la falta de acceso a los medicamentos controlados, estamos llegando a una encrucijada crítica, particularmente con la próxima Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre drogas a realizarse en 2016. Ahora es el momento para las acciones concretas. Una nueva iniciativa global debe ser explorada y se le debe dar mayores recursos y poder a la OMS, para atacar el acceso inequitativo a medicamentos controlados. Sin acciones así, millones de personas continuarán sufriendo innecesariamente.

RECOMENDACIONES

- 1** Los Estados y organismos internacionales de Naciones Unidas deben utilizar la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas en 2016, para reconocer y empezar a enfrentar forzosamente la enorme zanja en el acceso a medicamentos controlados, particularmente a los opioides para el alivio del dolor. Más de 75 por ciento de la población mundial tiene escaso o nulo acceso a dichos medicamentos, lo que conduce al dolor y sufrimiento evitable de millones de personas. Se debe reconocer que el sistema internacional de control de drogas representa una barrera para el acceso a medicamentos controlados.
- 2** Los Estados deben reconocer que tienen la obligación, bajo la legislación internacional de garantizar el acceso a medicamentos controlados para sus poblaciones. Esta obligación se deriva del principal tratado del sistema internacional de control de drogas, la Convención Única sobre Estupefacientes, y está enraizada en el derecho al más alto estándar de salud alcanzable según la legislación internacional de Derechos Humanos.
- 3** Los organismos internacionales de Naciones Unidas y los Estados deberán reconocer que las políticas de drogas, tanto a nivel nacional como internacional, están desequilibradas, con un énfasis en prevenir la desviación de sustancias controladas por encima de garantizar el acceso a sus usos médicos. Esto tiene profundas implicaciones para la salud pública y los derechos humanos alrededor del mundo.
- 4** Se le debe dar alta prioridad al tratamiento de dolor físico y mental asegurando el acceso a medicamentos controlados, incluidos los opioides para el alivio del dolor, cuidados paliativos, anestesia, dependencia y todas las otras formas de sufrimiento. Mientras que los Estados tienen la obligación de garantizar la producción y/o importación de cantidades suficientes de tales medicinas, especialmente las que se encuentran en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS, la OMS, la ONUDD y la JIFE deberán proveer a los gobiernos con el apoyo técnico y financiero que sea necesario.
- 5** Los gobiernos deberían proveer el financiamiento necesario para un programa internacional renovado que sería supervisado por la OMS, en colaboración con la ONUDD y la JIFE, para asegurar el acceso adecuado y razonable a medicamentos controlados en lugares donde no están disponibles.

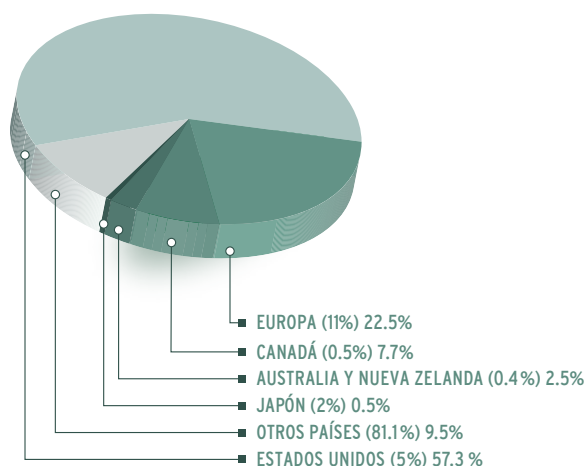
- 6 Se debe dar prioridad a expandir el espectro de tratamientos para la dependencia de opioides, respetando la dignidad humana y ofreciendo la posibilidad de recetar medicamentos controlados como la metadona y buprenorfina (incluidas en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS) o diamorfina. Esto puede realizarse en línea con la Guía Técnica: para que los países establezcan metas para el acceso universal a prevención de VIH, tratamiento y atención para personas que usan drogas inyectables. Los Estados y los organismos de Naciones Unidas relevantes en el tema, deberán trabajar juntos para enfrentar el fracaso de muchos países al implementar adecuadamente la Terapia de Sustitución de Opioides (TSO) para personas dependientes de opioides.
- 7 Los gobiernos deberían establecer planes claros para quitar las barreras para asegurar el acceso a medicamentos controlados, incluyendo: políticas de drogas nacionales ancladas en una perspectiva de justicia penal, en lugar de una perspectiva de salud pública y derechos humanos; marcos regulatorios nacionales engorrosos; actitudes sociales estigmatizadas que conducen al miedo a recetar opioides para aliviar el dolor y el tratamiento a la dependencia de opioides; escaso conocimientos sobre estos medicamentos por profesionales de la salud y reguladores; además de ser sobre-valorado.
- 8 La JIFE debe tomar pasos más asertivos para trabajar con países que consistentemente fallan en garantizar el acceso adecuado a medicamentos controlados, y deberían trabajar cada vez más con gobiernos y autoridades nacionales de salud pública para asegurar que provean estimaciones basadas en evidencia sobre la necesidad de medicamentos controlados.
- 9 Los gobiernos y organismos de Naciones Unidas deberían reconocer y enfrentar las brechas y oportunidades perdidas en relación al uso médico de investigación médica sobre sustancias controladas, incluyendo cannabis. Deberían revisar las tablas de las convenciones de drogas de 1961 y 1971 a la luz de evidencia científica y priorizar la exploración de los beneficios médicos de sustancias controladas, basadas en recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia.
- 10 Las Naciones Unidas y la comunidad internacional deben enfrentar urgentemente el acceso inadecuado a medicamentos controlados como una prioridad global de salud pública. La demanda de estos medicamentos es impulsada no por conveniencias políticas, sino por la susceptibilidad humana universal a la enfermedad y el dolor. No es aceptable esperar a un consenso de los Estados en una reforma de política de drogas amplia. Es tiempo de actuar.

Hay una necesidad urgente de garantizar mayor acceso a medicamentos controlados alrededor del mundo

El sistema internacional de control de drogas está atizando una crisis global de acceso inequitativo a medicamentos controlados, resultando en el dolor y sufrimiento evitable de personas alrededor del mundo. Los medicamentos controlados se utilizan en campos tan diversos como la neurología, la psiquiatría y la anestesia. Este reporte examinará a profundidad la situación que corresponde al acceso a medicamentos para el tratamiento del dolor y la dependencia de opioides.

Un estimado 5.5 mil millones de personas –mas del 75 por ciento de la población global– cuenta con escaso o nulo acceso a analgésicos opioides,² los cuales son controlados bajo el tratado pilar del sistema de control de drogas, la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de Naciones Unidas (Convención Única). En el caso de la morfina, uno de los analgésicos vitales para el tratamiento de dolor moderado a severo, 92 por ciento de la oferta mundial es consumida tan solo por el 17 por ciento de la población mundial, ese consumo se concentra principalmente en el norte global. A partir de 2014, los

FIGURA 1:
MORFINA:
DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO 2013



Nota: Los porcentajes entre paréntesis se refieren a la porción de la población mundial (i.e. población total de los países reportados).
Fuente: INCB

opioides y opiáceos fuertes se volvieron virtualmente inaccesibles en mas de 150 países³.

Los medicamentos hechos de o que contienen opioides son esenciales, no solo en el tratamiento del dolor, sino también para el tratamiento de la dependencia de opioides. La metadona y buprenorfina se utilizan principalmente en la Terapia de Sustitución de Opio (TSO), un tratamiento médico para personas que sufren dependencia de opioides, y ambas están controladas bajo los tratados de drogas de Naciones Unidas⁴. Éstas, junto con la morfina, están incluidas en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS,⁵ la cual sirve como guía básica para que los gobiernos nacionales e instituciones determinen qué medicamentos deberían ser accesibles en sus sistemas de salud.

La Convención Única afirma en su preámbulo que el uso médico de sustancias controladas bajo el tratado "continuará siendo indispensable para mitigar el dolor" y que "deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad"⁶. Sin embargo, muchos países han fracasado en el cumplimiento de este objetivo. En su lugar, los miedos a la dependencia a opioides controlados y su desviación hacia el mercado ilícito han prevalecido sobre la preocupación por su disponibilidad con fines médicos. Esto a pesar del hecho de que la investigación, aún siendo limitada, ha mostrado que entre los pacientes sin historial de abuso de sustancias que fueron tratados con opioides analgésicos, solo el 0.43% abusó de sus medicamentos, mientras que sólo el 0.05% desarrolló dependencia⁷.

En los Estados Unidos, el mayor consumidor de analgésicos opioides, hay una alerta por el aumento de muertes registrado de 1999 a 2011 relacionado con el abuso⁸, lo que podría sugerir que la disponibilidad generalizada contribuye al abuso. Sin embargo, la investigación reciente en este sentido ha encontrado que el único indicador común en el abuso de medicamentos para aliviar el dolor es el abuso problemático de drogas ilícitas en el último año⁹. Estos hallazgos subrayan que si no hay historial de abuso de sustancias entonces la probabilidad de desarrollar dependencia o abuso de analgésicos opioides será baja.

Tristemente, esto significa que los pacientes con historial de uso o abuso de drogas, suelen tener dificultades en el acceso a medicamentos opioides para aliviar el dolor, en parte como resultado del

¿Qué son los medicamentos esenciales controlados?

Las Sustancias controladas bajo la legislación internacional se utilizan rutinariamente en el cuidado a la salud en campos tan diversos de la medicina como la analgesia, anestesia, dependencia de drogas, salud maternal, salud mental, neurología y cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido doce medicamentos que contienen sustancias controladas internacionalmente en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales; estos medicamentos deberían ser accesibles a cualquiera que los necesite

miedo a que sean más susceptibles de desarrollar dependencia. Este miedo nunca debería ser razón para retener el tratamiento, y los analgésicos opioides deberían ser recetados siempre que haya necesidad clínica¹⁰.

La falta de acceso a medicamentos controlados ha creado una crisis de salud pública y derechos humanos, resultando en el sufrimiento de millones de personas

El alivio del dolor a través del uso de medicamentos controlados es un componente esencial de los cuidados médicos para distintos grupos de personas, entre los cuales están: pacientes de cáncer terminal, mujeres en trabajo de parto que sufren dolor no controlado, pacientes de SIDA en etapa terminal con dolor y personas que sufrieron lesiones a causa de accidentes o violencia. Mas de dos tercios de los pacientes de cáncer y la mitad de los pacientes en etapas avanzadas de VIH/SIDA¹¹, incluyendo a muchos que, ya sea que no cuentan con acceso a tratamientos antiretrovirales (ART) o acceden a él muy

tarde, experimentarán dolor moderado a severo. El alivio del dolor podría ser requerido también durante el trabajo de parto o en ambiente de cirugía o post-cirugía.

La OMS estima que cada año decenas de millones de personas sufren de dolor no aliviado que aumenta debido a un escaso acceso a medicamentos controlados¹², particularmente opioides.

El acceso a cuidados paliativos, una especialidad médica que busca aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida para personas con enfermedades que limitan la vida y a analgésicos opioides, es de particular importancia para pacientes con cáncer en países de bajo y mediano ingreso, pues con frecuencia son diagnosticados una vez que la enfermedad está en etapas avanzadas¹³, o simplemente no cuentan con acceso a quimioterapia y radioterapia por la débil infraestructura del sistema de salud pública¹⁴. La escasez de oferta de servicios de cuidados paliativos en estos países significa que nueve de cada 10 personas alrededor del mundo que necesitan dichos cuidados no los están recibiendo¹⁵.

El severo déficit de disponibilidad y acceso a medicamentos para el alivio del dolor tiene implicaciones físicas, sociales y económicas más amplias que el inmediato fracaso en el alivio del sufrimiento; por ejemplo, los pacientes privados del acceso a medicamentos controlados pueden sufrir

"La evidencia es clara: alrededor del mundo, vemos que los países que integran a la salud pública en el trabajo de control de drogas logran mejores resultados en la salud y mayores beneficios sociales, mientras que al mismo tiempo mejora la aplicación de la ley y la seguridad. Nuestra prioridad debe ser promover respuestas basadas en la salud que ofrezcan atención para personas que usan drogas. Debemos asegurar el acceso a sustancias controladas con fines médicos legítimos."¹

Jan Eliasson, Vice Secretaría General de las Naciones Unidas, 2015

una subsecuente pérdida de energía y movilidad¹⁶. En términos de impacto social y económico, el fracaso para asegurar el acceso a medicamentos para el alivio del dolor puede resultar en la incapacidad a futuro de trabajar o atender adecuadamente a niños y niñas, y causar angustia innecesaria a los familiares. En algunos casos severos, algunas y algunos pacientes privados de medicamentos controlados para el alivio del dolor han resuelto quitarse las vidas¹⁷.

Existen beneficios adicionales que pueden derivarse de administrar analgésicos opioides más allá del alivio del dolor. En la Asamblea Mundial por la Salud (WHA por sus siglas en inglés), el profesor Chris Baggoley, Oficial Médico en Jefe de Australia, compartió su experiencia profesional, subrayando que proveer alivio para el dolor "no solo brindó alivio a ... pacientes, si no que también aceleró la capacidad de diagnosticar con mayor certeza y rapidez, y de tratar sus aflicciones"

El acceso inadecuado a medicamentos controlados y las consiguientes implicaciones en la salud pública no se limitan al alivio para el dolor; TSO para atender la dependencia de opioides solo está disponible en 80 países y territorios¹⁸. Peor aún, estimaciones recientes a nivel global sugieren que solo entre el 6 y el 12 por ciento de las personas que se inyectan drogas reciben TSO¹⁹, a pesar de la eficacia probada de este tratamiento para frenar la expansión de VIH y hepatitis C.

A pesar de los avances médicos del último siglo, no hay alternativas a los opioides fuertes para tratar el dolor de moderado a severo que se hayan descubierto hasta ahora. Esto subraya la importancia de aumentar el suministro para atender el sufrimiento imperdonable de algunas de las poblaciones más vulnerables. La comunidad internacional tiene la capacidad de sobreponerse al grave déficit en la disponibilidad de medicamentos opioides a través del planeta, y aún hoy ha sido incapaz de hacerlo por incontables factores. Mientras que reconoce la importancia de estas dinámicas, este reporte explora el rol del sistema internacional de control de drogas en limitar el acceso a medicamentos controlados y el enfoque indebido en sostener componentes que frecuentemente contravienen a los derechos humanos reconocidos en la legislación internacional.

Los Estados tienen la obligación bajo el derecho internacional de garantizar el acceso a medicamentos controlados

Como enuncia en su preámbulo, la Convención Única promueve el acceso a medicamentos controlados, reconociendo que "deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disposición de estupefacientes con tal fin [el uso médico]"²⁰. Este principio está operacionalizado dentro del tratado a través de la creación de obligaciones y mecanismos designados para asegurar que las provisiones adecuadas de medicamentos controlados estén disponibles para los Estados.

El preámbulo de la Convención Única implica una obligación, no solo para tener provisiones de medicamentos controlados disponibles para los Estados, sino también para que los Estados aseguren la disponibilidad de los medicamentos controlados para sus poblaciones. Esta obligación implícita dentro de la legislación internacional de control de drogas está explícita dentro de la legislación internacional de derechos humanos: El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha clarificado que el acceso a "drogas esenciales" es un elemento del derecho al más alto estándar asequible de salud física y mental (a partir de ahora "el derecho a la salud") bajo el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)²¹. Bajo el marco del derecho a la salud, articulado por primera vez en la Constitución de la OMS de 1946²², los Estados Parte tienen la clara obligación de garantizar el ejercicio del derecho a la salud²³, incluyendo la provisión y el acceso a medicamentos. Esto incluye aquellos que puedan ser también sustancias controladas de acuerdo a las convenciones de control de drogas y las leyes nacionales para la implementación de dichas convenciones; el hecho de que una sustancia esté clasificada bajo una convención de control de drogas no exime las obligaciones de los Estados de garantizar el acceso con fines médicos.

De hecho, las obligaciones bajo la Convención Única y el PIDESC son complementarias y se refuerzan mutuamente²⁴. Sin embargo, estas obligaciones no son cumplidas por demasiados Estados, violando así el derecho a la salud y dando ejemplo de abusos de derechos perpetuados en nombre del control de drogas.

Un precedente peligroso: el intento de someter a la ketamina al control internacional

La ketamina, una sustancia de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, es el único anestésico para cirugías esenciales en la mayoría de las áreas rurales en países de ingresos medios y bajos, hogar de más de 2 mil millones de personas³⁴. A diferencia de otros medicamentos esenciales discutidos en este reporte, no está controlada bajo las convenciones de drogas de la ONU. Sin embargo, antes de la 58 Sesión de la Comisión de Estupefacientes de 2015, China –preocupado por el uso indebido a nivel nacional- empujó para controlar a la ketamina bajo la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

Someter a la ketamina al control internacional, como a los opioides, crearía una crisis de salud pública y derechos humanos que resonaría a través de muchos países en desarrollo. El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS ha recomendado en tres ocasiones diferentes –2006, 2012 y 2014– que la CND no someta a la ketamina al control internacional, haciendo notar en su reporte de 2014 que la clasificación "limitaría el acceso a cirugías esenciales y de emergencia ... en países donde no hay disponibilidad de otros anestésicos a precios accesibles³⁵." Finalmente, China retiró su propuesta y la votación en la CND ha sido pospuesta, al menos por ahora.

El hecho de que todavía se pueda realizar la votación es, sin embargo, preocupante. Primero, si se tomara la decisión de controlar la ketamina, esto perpetuaría el desequilibrio en los tratados de drogas de la ONU, permitiendo que los miedos al uso indebido y la priorización de la prevención de la desviación, se sobreponga al muy necesitado acceso con fines médicos y científicos. En segundo lugar, el rechazo de ciertos Estados a considerar propiamente las recomendaciones de la OMS sobre la ketamina establece un precedente preocupante, subrayando la necesidad de que los temas de acceso global a los medicamentos esenciales – controlados o no– sea firmemente incorporada en el mandato de la OMS.

Dichos abusos están bien documentados, desde detenciones forzadas en los llamados centros de rehabilitación²⁵, que ofrecen muy poco en un sentido de cuidados médicos para tratamiento de drogas (y que están repletos con otras formas de tortura y otros tratamientos crueles)²⁶, hasta el uso continuo de la pena de muerte para delitos relacionados con drogas, una sanción que viola la legislación internacional²⁷. La Convención Única, aunque expresa en su preámbulo preocupación por la "salud física y moral de la humanidad", ha sido criticada por no mencionar la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 –una ausencia que en parte ha permitido que el control de drogas socave a las obligaciones de derechos humanos de los Estados²⁸. En efecto, esto es exacerbado por el Artículo 39 de la Convención Única, que permite a los Estados "adoptar medidas de fiscalización más estrictas o rigurosas que las previstas en la Convención"²⁹.

Los observadores y organismos de Naciones Unidas por igual han subrayado continuamente las claras violaciones a derechos humanos al restringir el acceso a medicamentos controlados, aunque con poco éxito. En 2008, por ejemplo, dos Relatores Especiales designados por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU enviaron una carta conjunta a la Comisión de Estupefacientes (CND por sus siglas en inglés)³⁰, el organismo de Naciones Unidas encargado de la elaboración de políticas en materia de drogas, recordando a los gobiernos sus "obligaciones básicas mínimas bajo el derecho a la salud" para promover medicamentos controlados, e hicieron un llamado a que la escasez de acceso sea "tratado forzosamente en la estrategia de control de drogas para los próximos diez años"³¹. Sin embargo, aunque se ha avanzado progresivamente desde 2008 en algunos Estados, en otros los avances han sido muy lentos o nulos.

El sistema internacional de control de drogas no opera por fuera de la legislación internacional de control de drogas. Mas bien, estos regímenes legales operan simultáneamente, como parte de un espectro amplio de compromisos legales internacionales. Por lo tanto, el cumplimiento de las obligaciones de los Estados bajo los acuerdos en materia de drogas, debe hacerse en conformidad con las obligaciones inherentes de derechos humanos³².

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el cuerpo de expertos independientes establecido para monitorear los tres tratados internacionales de control de drogas, ha defendido de manera continua las convenciones de drogas como acordes con las normas de derechos humanos, y ha recomendado que los Estados otorguen la "debida consideración" tanto a las normas de derechos humanos como a su obligación de garantizar el acceso a medicamentos controlados³³. Sin embargo, ese lenguaje carece de la fuerza debida para garantizar que los Estados cumplan con sus obligaciones bajo la legislación internacional, y es el corazón de los problemas del sistema internacional de control de drogas y quienes han sido asignados para su sostenimiento: la priorización implícita de la restricción de la disponibilidad, en lugar de asegurar el acceso con fines de salud pública.

El sistema internacional de control de drogas contiene un "desequilibrio profundo" que favorece enfoques punitivos por encima del acceso a medicamentos controlados

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 sustancias³⁶. En el proceso de elaboración del borrador de la Convención Única, gran parte del enfoque fue hacia enfrentar el comercio ilícito de estupefacientes y la "toxicomanía", descrita en el preámbulo de la Convención Única como un "mal grave". Este enfoque en la prevención del desvío es evidente en las obligaciones de los tratados,

que requieren a los Estados penalizar varios actos, incluyendo el cultivo, manufactura, venta y posesión de sustancias controladas. En cambio, previsiones específicas como estas, están notablemente ausentes en cuanto se trata de asegurar el acceso a medicamentos controlados. De este modo, hay un "profundo desequilibrio en el texto [de la Convención]"³⁷.

El reconocimiento de este desequilibrio por parte de los organismos de control de drogas de la ONU, y sus roles implícitos en su difusión y propagación, han estado seriamente ausentes, al igual que los esfuerzos por enfrentarlo. Por un lado, la CND históricamente se ha mantenido inactiva en el tema del acceso, con resoluciones que promueven la accesibilidad adecuada que fueron adoptadas apenas en 2010 y 2011³⁸. En tanto que estos han sido pasos muy importantes y bienvenidos, las décadas de silencio en la materia resaltan el arraigo de la priorización de los elementos de control de drogas en las convenciones.

Respecto a la resolución de 2011, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) fue requerida para revisar y actualizar, 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 acceso³⁹. Por ello, la revisión de la legislación modelo sobre control de drogas de la ONUDD es bienvenida; sin embargo, cuatro años después de la solicitud a la CND, queda pendiente terminarla y existe preocupación de que las modificaciones propuestas –con base en indicaciones hechas durante el proceso de elaboración del borrador– puedan no tomar referencia de fracasos previos. Esto, a fin de cuentas, deja un vacío considerable en la provisión de asistencia a los Estados al implementar las leyes nacionales de control de drogas de forma desequilibrado.

Cuando se trata de la JIFE, este organismo ha jugado desde 1989, un rol muy importante en resaltar la falta de disponibilidad de medicamentos controlados; sin embargo, sus declaraciones no han estado al parejo de acciones concretas para aliviar el problema. La JIFE frecuentemente ha colocado exclusivamente en los gobiernos nacionales la responsabilidad por el fracaso al garantizar el acceso, aislándose de la crítica a las barreras creadas por el sistema internacional de control de drogas en su conjunto. Así, se ha fracasado en el reconocimiento de su rol perpetuando el desequilibrio



PFoto: Hospicio Nyeri, parte de KEHPCA, Asociación de Hospicios y Cuidados Paliativos de Kenia.
©Sven Torfinn para la Fundación Open Society

Iniciativa de Hospitales Libres de Dolor en Kenia

"El dolor es real y no le temo a la morfina si mi paciente está sufriendo dolor severo", fue el comentario de un trabajador de la salud que tendía en la Iniciativa de Hospitales Libres de Dolor (PFHI por sus siglas en inglés). Kenia es un país que ha hecho esfuerzos significativos para aumentar el acceso a analgésicos opioides. La PFHI aborda la brecha de conocimiento y capacitación a través de un curso educativo dirigido a pacientes y personal. Este curso busca asegurarse de que el personal clínico reciba sesiones de capacitación constante para asistirlos en su conocimiento de manejo del dolor. Además, el programa se asegura de que haya un abasto adecuado de medicamentos controlados para el alivio del dolor.⁴²

enfocado en la priorización histórica de la aplicación de la ley y el control de drogas⁴⁰. El énfasis colocado por muchos gobiernos nacionales en la sobre-regulación se deriva de los elementos altamente prohibicionistas inculcados por la Convención Única y organismos clave de la ONU.

A nivel operativo, la JIFE ha fracasado en el uso adecuado de su influencia para reducir barreras sistemáticas contenidas en la Convención Única. El principal obstáculo es el sistema de "estimaciones" que maneja la JIFE, en el que se le requiere a los países entregar cifras anuales sobre sus necesidades de sustancias controladas con fines médicos y científicos, previo a que puedan importarlas. (Éste sistema será criticado más tarde en el informe).

El esfuerzo de la JIFE por atraer atención internacional en el asunto es admirable. Sin embargo, está fallando al no usar su influencia al máximo para promover un enfoque efectivo y equilibrado, y como tal ha contribuido con muchas de las barreras que existen para garantizar la disponibilidad adecuada de medicamentos controlados.

El acceso a medicamentos controlados está siendo seriamente afectado por una serie de elementos clave paralelos al sistema internacional de control de drogas

Además del sistema internacional de control de drogas, hay una serie de otros factores que impiden significativamente el acceso a medicamentos controlados. Los sistemas de salud pública débiles y carentes de financiamiento y recursos son un problema fundamental, que impacta, inevitablemente, en la disponibilidad de medicamentos controlados.

Más aún, la carencia de educación clínica y formación para profesionales de la salud es un serio obstáculo

"Un enfoque predominante en la criminalización del uso de drogas ha resultado en el acceso severamente limitado a, o una carencia absoluta de, opioides en algunos Estados por la preocupación de que sean desviados para usos ilícito. . . . El fracaso al ofrecer acceso a opioides para tratamiento médico legítimo es una violación al derecho a la salud y necesita ser abordado así en los Estados que han eliminado, o limitado severamente, su uso".⁵¹

Navi Pillay, ex Alta Comisionada de la ONU para los derechos humanos, 2014

Human Rights Watch: "Lo único que puedo hacer es llorar": Cáncer y la lucha por los cuidados paliativos en Armenia

Armenia tiene uno de los regímenes más restrictivos para la prescripción de opioides en Europa. La morfina oral no está disponible, sólo habiendo en distribución formas inyectables. Más aún, el uso de dichos medicamentos controlados está limitado a aquellos que tienen cáncer y cuyo diagnóstico debe ser confirmado por biopsia. Sólo médicos oncólogos pueden extender una receta y no se puede extender ninguna receta sin que el caso sea presentado a una Comisión Permanente compuesta de muchos individuos, que no estarán de acuerdo con la distribución de opioides hasta que hayan visto al paciente en su propia casa. La receta debe ser sellada por cuatro agencias y normalmente solo proveerá opioides suficientes para 24-48 horas. Además, quienes recetan deben compartir los detalles confidenciales de pacientes con la policía, violando el derecho de las personas a la privacidad y su derecho a la confidencialidad, ambos principios fundamentales del derecho a la salud. El sistema deja a miles de personas en dolor innecesario y para aquellos pacientes de cáncer con todo el derecho al acceso a opioides, la naturaleza engorrosa significa morir antes de lograr acceso a los medicamentos para el alivio del dolor.⁵⁷

- En Georgia, las farmacias que distribuyen medicamentos opioides están instaladas en estaciones de policía a las cuales los pacientes deben ir a recoger su medicamento.⁶¹
- Diez países africanos limitaron las recetas de analgésicos opioides a no más de dos semanas; en Ghana específicamente sólo es de dos días.⁶²

para la provisión adecuada de medicamentos controlados, particularmente analgésicos opioides. Millones de médicos, enfermeras, farmacéuticos y funcionarios del control de drogas poseen poco conocimiento, o capacitación formal, sobre cuidados paliativos y manejo del dolor. La resolución WHA 67.19 de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud reconoció esta brecha y recomendó que los Estados eleven la capacitación para profesionales de la salud en relación a cuidados paliativos y para quienes trabajen con pacientes en condiciones en que la vida peligra; esto incluye garantizar el acceso a medicamentos controlados para el manejo del dolor⁴¹.

Muchos de estos impedimentos no pueden ser vistos aislados de las leyes de drogas de un país pues en parte son influenciados por el hecho de que el uso y/o la posesión de versiones ilegales de medicinas controladas son criminalizadas en la mayoría de los países. Esta combinación/asociación de productos médicos lícitos con sustancias ilícitas contribuye al ambiente antidrogas en el que los medicamentos controlados son demonizados a pesar de su necesidad en ámbitos de salud pública. Una explicación para esta asociación puede ser que los medicamentos controlados están clasificados en ciertos países como "venenos"⁴³ o "drogas peligrosas"⁴⁴ por los organismos gubernamentales encargados de controlarlos y distribuirlos. Esto puede influenciar las prácticas y perspectivas de los profesionales de la salud, familiares y pacientes, y puede resultar en miedo a prescribir, familiares reteniendo o pacientes que rechacen el medicamento para el alivio del dolor⁴⁵.

Al final, esto alimenta las actitudes sociales que juegan un rol principal para limitar el acceso. Pacientes, familias y profesionales de la salud frecuentemente se oponen a recetar dichos medicamentos por el estigma asociado con su uso y el miedo de que usarlos terminará inevitablemente en una dependencia, a pesar de la evidencia que rechaza esto⁴⁶.

Finalmente, los precios y la procuración de medicamentos controlados, aún cuando sea un área compleja de explorar debido a los muchos factores que contribuyen a los altos precios por medicamentos que son ostensiblemente baratos, ha probado ser un impedimento, donde los países con bajos niveles de consumo frecuentemente enfrentan los precios más altos⁴⁷. A pesar de que la morfina no tiene patente, y es barata de fabricar y producir, la sobre-regulación a nivel nacional, los sistemas de importación/exportación agobiantes y excesivamente

complicados, la carencia de un mercado seguro en países donde los opioides con fines médicos están ampliamente inaccesibles, y los bajos márgenes de ganancias anticipados resultan en precios altos para los consumidores en países en los que ni se subsidia la importación ni se producen los medicamentos. En Filipinas, por ejemplo, el abasto de un mes de morfina oral de liberación inmediata es el equivalente a un mes de salario mínimo⁴⁸. A pesar de que muchos gobiernos subsidian medicamentos y fórmulas más caros, sólo unos pocos –aquellos que se han comprometido con la accesibilidad de medicamentos controlados para el alivio del dolor y cuidados paliativos– subsidian la importación de morfina y distribuyen ellos mismos la medicina⁴⁹.

La Comisión Global reconoce que estos factores son serios impedimentos para el acceso y alienta a que los gobiernos nacionales y los organismos de la ONU asuman una estrategia coordinada para superarlos. La Guía de Políticas para Sustancias Controladas de la OMS, que orienta a los gobiernos sobre políticas y legislación respecto a la disponibilidad, accesibilidad y económicamente⁵⁰; y la Resolución WHA 67.19, deberían servir como referencias en este proceso.

Los gobiernos limitan el acceso a medicamentos controlados al asumir el enfoque de justicia criminal en lugar de un enfoque de salud pública, basado en evidencia y con orientación de derechos humanos

Por décadas, tanto la JIFE como la ONUDD han proporcionado muy poca información sobre la incapacidad de los Estados al implementar su obligación legal de garantizar el acceso a medicamentos controlados, enfocándose abrumadamente en la labor de prevenir el desvío de sustancias con fines ilícitos⁵². Esto es evidente en los reportes anuales de la JIFE y en el Informe Mundial sobre las Drogas que entrega anualmente la ONUDD. El Informe Mundial sobre las Drogas de 2015, por ejemplo, continúa enmarcando el "problema mundial de las drogas" solamente como materia

de producción, oferta y uso de sustancias ilícitas, con la falta de acceso a medicamentos controlados siendo apenas mencionada en el prefacio⁵³. De las 12 ediciones del Informe Mundial sobre las Drogas que se han publicado desde que se concibió en 2004, el tema del acceso a medicamentos controlados está ausente en 9 de ellas.

Apenas recientemente la JIFE ha empezado a dar pasos para abordar el desequilibrio que existe, a pesar de su mandato para monitorear el cumplimiento de la obligación dual contenida en los tratados de garantizar el acceso y prevenir el desvío⁵⁴. A la luz de esta disparidad histórica, muchos comentaristas se han referido a un enfoque desequilibrado de la JIFE, la ONUDD, el CND, los Estados y en algún grado las convenciones mismas, en las que una preocupación por el uso médico de ciertas sustancias controladas ha estado ausente⁵⁵.

Contrario al fondo de este enfoque desequilibrado, que los gobiernos nacionales han implementado marcos regulatorios demasiado engorrosos para la provisión de medicamentos controlados, con medidas que en muchos casos van más allá de lo que se requiere en los tratados internacionales de drogas⁵⁶.

Las barreras en las regulaciones nacionales varían mucho entre las naciones e influyen directamente la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos controlados, en particular a los analgésicos opioides. Esto puede incluir:^{58 59 60}

- límites en el número de días de abasto expedido en una receta;
- límites en las dosis;
- limitantes a quien puede recetar, en algunos países solo cierta clase de doctores pueden expedir una receta;
- procedimientos "especiales" para recetar opioides haciendo el proceso más complicado, incluyendo 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, espantándolos por fallar en cumplir un régimen tan estricto, arriesgando así ser enjuiciados. 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 viajar a una ciudad por opioides es requerido y puede no ser posible debido a la escasez de dinero y/o transporte.

Un número de países no sólo imponen condiciones onerosas para la manufactura y distribución de medicamentos controlados, sino que también sujetan a los productores autorizados a castigos rudos aún por fallos menores, como llevar registro. Como resultado, las compañías farmacéuticas evitan manejar medicamentos controlados, limitando así el acceso a los pacientes.

Muchos estados tienen organismos nacionales designados para supervisar su obligación dual bajo los tratados internacionales de drogas. Sin embargo, en un número de países el enfoque desequilibrado, derivado del sistema internacional de control de drogas, resulta en recursos y personal concentrado en combatir al mercado ilícito de sustancias controladas.

Mientras estos organismos nacionales estén abrumadamente enfocados en manejar todos los aspectos del tráfico de sustancias controladas a través de la lente de justicia criminal, los Estados deberían establecer un organismo con enfoque de salud pública, bajo el control de los Ministerios de Salud o algún otro ministerio relevante, para tratar de arrebatar el rol de asegurar el acceso a medicamentos controlados. El control internacional de drogas y los organismos relevantes de la ONU deberían apoyar este proceso a través de la promoción de un modelo de salud pública basado en evidencias, con soporte técnico de la OMS y personal de la ONUDD en los países o regiones. Los Estados deben asegurar que sus leyes nacionales sean consistentes con las obligaciones bajo el derecho internacional para sostener el derecho a la salud.

El sistema de estimaciones global ha fallado en asegurar el acceso adecuado a medicamentos controlados. La JIFE debe tomar pasos asertivos para enmendar sus deficiencias

La naturaleza desequilibrada del sistema internacional de control de drogas se muestra en los párrafos operativos de la Convención Única que establece el énfasis en los actos para penalizar y prohibir, mientras niega proporcionar orientación específica sobre cómo los países deberían asegurar el acceso a medicamentos controlados. Las únicas medidas que enfrenta el segundo principio son los Artículos 12, 19 y 20, y están relacionados al sistema de "estimaciones" y al requisito de reportar consumo de medicamentos controlados⁶³.

Muchos países regularmente presentan estimados a la JIFE que no reflejan sus necesidades médicas, mientras que algunos ni siquiera presentan cifras. El sistema por sí mismo ha fracasado en lograr el objetivo de asegurar provisiones adecuadas a los Estados, cuando las nuevas estimaciones anuales suelen basarse en el consumo de medicamentos controlados en el país el año anterior, lo que significa que en muchos países sigue habiendo una escasa e inadecuada provisión. Históricamente, la JIFE no ha presionado a los gobiernos lo suficiente como para aumentar sus estimaciones para empatar con la obvia necesidad médica, así asegurando un ciclo sin fin de subestimación.

Por ejemplo, las cifras de 2006 sobre consumo global de equivalentes de morfina muestra que para asegurar el abasto adecuado a nivel global sería necesaria seis veces la cantidad que se consumió ese

año⁶⁴. Este déficit sorprendente, persiste hoy en día y debe ser abordado, aunque no cuente con el mismo grado de prevalencia.

La JIFE, trabajando con la OMS, ha dado pasos para enfrentar este asunto en los últimos años, publicando en 2012 la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*⁶⁵. Esta publicación busca ayudar a las autoridades nacionales relevante a calcular mejor y preparar estimaciones de sustancias controladas necesitadas para fines médicos y científicos para entregar a la JIFE. La Comisión exhorta a la JIFE, en colaboración con la OMS y ONUDD, a que sigan dando pasos asertivos alentando a los Estados a entregar estimaciones que reflejen con precisión las necesidades médicas de sus poblaciones. Si esta acción no se materializa, hay un riesgo muy real de que persista la subestimación continua.

El Tratamiento para dependencia de opioides con medicamentos controlados mejora la salud pública y es costo-eficiente. El acceso a ellos debe aumentar.

La metadona y buprenorfina son los medicamentos controlados de uso más común para la Terapia de Sustitución de Opioides (TSO) y están incluidas en la *Lista Modelo de Medicamentos esenciales* de la OMS. Sin embargo, algunos países también proveen alternativas como morfina y codeína de liberación lenta, o tratamiento asistido de heroína.

La TSO disminuye o elimina las prácticas de inyección entre la gente que usa drogas, reduciendo la transmisión de VIH y hepatitis C en este grupo

"La existencia de una política nacional de reducción de daños (incluyendo TSO) no es inevitablemente igual a la provisión de una respuesta adecuada ni en calidad ni en magnitud."⁷²

Harm Reduction International, 2014

El éxito del tratamiento asistido de heroína en Suiza

En 1988, 74 por ciento de la población suiza decía que las drogas ilícitas eran el segundo problema más urgente del país. Como un reflejo de la escena de consumo de drogas en espacios públicos, Suiza condujo un estudio científico sobre la prescripción de heroína, hoy conocido como Tratamiento Asistido con Heroína (TAH) con el objetivo de valorar:

- la conveniencia de este método de tratamiento para personas que sufren adicción a la heroína y que han fracasado con otros tratamientos, y;
- el impacto de dicho tratamiento en la salud y los resultados sociales.

Consecuentemente, los pacientes deberían volverse más saludables, volver a trabajar, abstenerse de consumir sustancias no prescritas y abstenerse de la delincuencia.

En respuesta a las recomendaciones de la JIFE, Suiza solicitó a la OMS montar un grupo de expertos internacionales independientes para la evaluación.

Las principales conclusiones del estudio y evaluación fueron:

- Salud: Mejoras significativas en el estado de salud del paciente y altos niveles de retención en el TAH se encuentran entre los resultados más sorprendentes.
- Seguridad pública y ciudadana: Se lograron cambios significativos respecto al empleo y comportamiento criminal. La evaluación mostró una baja general de 68% en contacto con la policía.
- Costo eficiencia: Los beneficios sobre compensan los costos del TAH con ganancias claras en la inversión en el área de comportamiento legal (reducción de días de encarcelamiento, y mejores condiciones de salud de los participantes).

En 1998 el TAH se volvió accesible como un tratamiento regular con los siguientes requisitos de admisión:

- edad mínima de 18 años;
- al menos dos años de adicción a opioides;
- al menos dos intentos de tratamiento no exitosos;
- deficiencias médicas, psicológicas o sociales causadas por la adicción

En un referendo nacional, TAH fue confirmada por la mayoría (54.4 por ciento) del electorado suizo en 1999.

En 2008, después de otro referendo nacional, el electorado suizo aceptó con una mayoría de 68.1 por ciento – anclar el TAH como una opción de tratamiento en la legislación federal de Suiza sobre estupefacientes.

Fuente: Diane Steber Büchli, Swiss Federal Office of Public Health, SFOPH

FIGURA 2:
SUFICIENCIA DE CONSUMO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES (2010)



Las fronteras y nombres mostrados y las designaciones usadas en este mapa no implican la expresión de opinión alguna por parte de la Organización Mundial de la Salud concerniente a la situación legal de algún país, territorio, ciudad o región o sus autoridades, o concerniente a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas en las cuales puede no haber total acuerdo todavía.

© OMS 2012

.Data source: OMS.

de personas, resultado para el cual hay una buena base de evidencia⁶⁶. Basados en la eficiencia de este tratamiento, el acceso a él es patrocinado por organismos de Naciones Unidas, organismos científicos de investigación, y muchos gobiernos alrededor del mundo⁶⁷.

Mas allá de combatir la transmisión de VIH y hepatitis C, cuando la TSO se ha implementado a escala, se pueden observar la reducción de las sobredosis, las muertes relacionadas con drogas y los delitos⁶⁸. Más aún, se ha mostrado como un componente crítico en el aumento de la adherencia a la terapia antirretroviral y el tratamiento para tuberculosos⁶⁹, mientras que el beneficio de retorno para TSO se estima que sería cuatro veces el tratamiento del costo⁷⁰; de acuerdo al Instituto Nacional de Abuso de Drogas en Estados Unidos, el tratamiento con metadona está "entre los tratamientos más costo-eficientes, generando ahorros de \$3 o \$4 por cada dólar gastado"⁷¹.

A pesar de la abrumadora evidencia a favor de la TSO, la cobertura global es extremadamente baja, con tratamiento disponible solamente en alrededor de la mitad de los países que reportan uso de drogas inyectables. Lo que es más, este panorama mundial no captura la calidad de la cobertura a nivel nacional de TSO; en algunos países la TSO sólo está disponible en el contexto de desintoxicación o

facilidades de rehabilitación, y la provisión adecuada está típicamente concentrada en países de ingresos altos, replicando el escenario ya visto con acceso inequitativo a medicamentos controlados para el alivio del dolor.

En muchos países la cobertura de TSO muestra niveles mucho menores a los que recomiendan las guías internacionales⁷³; por ejemplo, en Asia, 5 países- Afganistán, India, Myanmar, Sri Lanka y Vietnam- reportan niveles de cobertura de menos de 20 por ciento, muy bajo para los estándares de guía internacional.

Una contribución clave a esta falta de acceso es el ambiente estigmatizante creado por el régimen de tratados de drogas, que, como se mencionó antes, enfatiza la necesidad de suprimir la "adicción," descrita en el preámbulo de la Convención Única como un "grave mal" que los Estados tienen la "obligación de prevenir y combatir."⁷⁴ Este miedo a la adicción, y la resultante estigmatización de personas que usan drogas, ha derivado en un exceso de confianza en los modelos regulatorios a nivel doméstico que dan prioridad a la prevención del desvío en lugar de asegurar el acceso a TSO. De hecho, algunos países han tendido a crear una "jerarquía" entre pacientes que necesitan medicamentos controlados, priorizando aquellos con dolor de cáncer sobre pacientes con

Su rechazo a criticar a países como Rusia, cuyos abusos a los derechos humanos de las personas que usan drogas son evidentes, solo es un ejemplo. Rusia activamente prohíbe el TSO, el cual, junto con la ausencia de programas de intercambio de jeringas y agujas, ha desembocado en una situación en la que el número de casos de VIH en el país aumentó 80 por ciento entre 2004 y 2014⁸¹. Dentro de los próximos 5 años, 3 millones de personas en el país podrían ser VIH positivas⁸². El silencio de la JIFE es un fracaso en el reconocimiento de una brecha significativa del derecho a la salud reconocido en la legislación internacional de derechos humanos – incluyendo el PIDESC, el cual ha sido ratificado por Rusia y por lo tanto se ha comprometido a sostener.

Existen mecanismos para abordar estos asuntos; el Artículo 14 de la Convención Única permite a la JIFE: iniciar un proceso de consulta; solicitar explicaciones; y proveer recomendaciones a los Estados Parte para que adapten sus políticas si las "finalidades de la presente Convención corren un grave peligro porque una Parte, un país o un territorio no haya cumplido las disposiciones de la presente Convención"⁸³.

Sin embargo, la JIFE nunca ha usado este mecanismo para dirigirse a la falla de algún país para proveer estimaciones adecuadas, o se niega abiertamente a

asegurar el acceso a medicamentos controlados para su población. La JIFE debería invocar al Artículo 14 en conjunción con el Artículo 14 bis, lo que proveería de asistencia técnica y financiera a países que repetidamente han incumplido con su obligación bajo la legislación internacional⁸⁴.

Asimismo, la JIFE debería reconocer el rol importante que puede jugar en resaltar los abusos a los derechos humanos como parte del sistema internacional de control de drogas, incluyendo, pero no limitándose a, el fracaso al proveer medicamentos controlados.

La ONUDD, que tiene más recursos que la JIFE y el personal de campo en los países o regiones, podrían ejercer un papel más activo en ayudar a escalar el acceso a medicamentos controlados brindando apoyo técnico a los países para ayudarlos a evaluar si sus leyes nacionales impiden el acceso. Mientras actualmente es difícil evaluar los niveles de apoyo existentes en este tema, la evidencia anecdótica sugiere que los recursos —humanos, técnicos y económicos— se enfocan desproporcionadamente en construir la capacidad de las agencias de aplicación de la ley en relación a la prohibición. A la luz de esto, la ONUDD debería proveer información transparente sobre el enfoque de las operaciones de campo y donde se colocan los recursos. Asimismo, la ONUDD,

Donde el conflicto dificulta el acceso: La reducción de TSO en Ucrania del Este

El suministro de medicamentos controlados a Donbass, Ucrania, se volvió más difícil debido a restricciones de seguridad y controles regulatorios establecidos por el Decreto Presidencial de noviembre 2014 (nº. 875) sobre "medidas urgentes para estabilizar la situación socioeconómica en las regiones de Donetsk y Luhansk." El gobierno ha recortado financiamiento a todas las instituciones de salud (incluyendo salarios de personal) que se mantuvieron en el territorio del Área No Controlada por el Gobierno (ANCG) por miedo a que los fondos del presupuesto nacional acabaran en manos de grupos armados. La metadona y la buprenorfina, en particular, fueron consideradas como "medicinas estupefacientes" y "armas potenciales" y por lo tanto fueron sujetas a procedimientos regulatorios muy específicos y complejos. A pesar de los esfuerzos repetidos de la comunidad internacional, incluyendo la sugerencia hecha por Médicos Sin Fronteras en Donetsk de monitorear la distribución y utilización de metadona para abordar las preocupaciones del gobierno de Ucrania, los convoys humanitarios de la ONU no tenían permitido entregar estos medicamentos. Con base en datos recogidos en Ucrania por la Alianza Internacional de VIH/SIDA, a partir de julio de 2015, más de 1,000 pacientes residentes en Donbass perdieron acceso a TSO debido a la falta de equipo médico y al cierre de sitios de administración de TSO.

"El control de drogas no debería ser abordado como un objetivo en si mismo, sino como una herramienta para optimizar la salud pública. Un enfoque debería ser la prevención del abuso y la dependencia; el otro, evitar los daños colaterales. Los resultados deberían ser juzgados tanto por los daños del abuso que previene, como por los daños que causa a través de, por ejemplo, la falta de acceso."

OMS, 2011⁸⁵

que alberga al secretariado de la CND, debería asegurar que los recursos sean implementados para apoyar países que cumplen con todas sus obligaciones bajo los tratados internacionales de control de drogas y la legislación internacional de derechos humanos.

La JIFE y la ONUDD deben asegurarse que están cumpliendo con los requerimientos de sus mandatos y que su trabajo se enfoque igualmente en prevenir el desvío y asegurar el acceso a medicamentos controlados, mientras se adhiere a las obligaciones internacionales de derechos humanos. Esto tiene que ser central a todos los aspectos de su trabajo, en todas las áreas, incluyendo las oficinas regionales o en los países de la ONUDD. Ambos organismos, en colaboración con la OMS, deben implementar un enfoque equilibrado, pro-activo y coordinado para asegurar el acceso a medicinas controladas.

Los gobiernos deberían financiar un programa internacional renovado bajo el liderazgo de la OMS para asegurar el acceso equitativo a medicamentos controlados.

La OMS reconoce claramente la necesidad de trabajar hacia un modelo mejor equilibrado para garantizar el acceso, en conjunción con la creencia expresa de que el control de drogas debe ser usado para optimizar la salud pública, resaltando la necesidad de su involucramiento en el tema. En efecto, en la última década su rol se ha expandido con el lanzamiento

en 2007 del Programa de Acceso a Medicamentos Controlados (PAMC), una iniciativa conjunta con la JIFE que apunta a proveer asistencia técnica a los gobiernos para identificar y remover barreras clave para el acceso.

Sin embargo, mientras que el PAMC fue instrumental en una serie de desarrollos clave –notablemente desarrollando la anteriormente mencionada *Guía de Políticas para Sustancias Controladas* y la *Guía para la Estimación de requisitos para sustancias bajo control internacional*- su trabajo se ha visto severamente afectado por una escasez de financiamiento en los últimos años. Desde 2008, la OMS ha sido incapaz de financiar el programa por si misma, y aunque hubo financiamiento interino proveído por la Comisión Europea y el Gobierno Holandés, el trabajo de PAMC se ha detenido sustancialmente en los años recientes.

La Comisión Global reitera la recomendación de su reporte de 2014, "Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces," de que la OMS, en cooperación con la ONUDD y la JIFE asuman el liderazgo para garantizar el acceso a medicamentos controlados.

Actualmente, la OMS no tiene los recursos o la mano de obra para supervisar una iniciativa internacional nueva; esto debe abordarse como un asunto urgente con la mira hacia escalar la capacidad de la agencia para garantizar el acceso a medicamentos controlados. Los gobiernos necesitan comprometer fondos y establecer un plan claro con plazos, delineando objetivos específicos, que verían la remoción de obstáculos nacionales e internacionales para el abastecimiento. Esto podría incluir a las oficinas regionales de la OMS/ONUDD que asistan a los gobiernos nacionales a moverse hacia un enfoque de salud pública que enfrente todos los obstáculos para asegurar el acceso a medicamentos controlados.

El sistema internacional de control de drogas contribuye a la criminalización de personas que usan cannabis con fines medicinales

Millones de personas usan cannabis con fines medicinales a nivel global, y, aunque no es un medicamento controlado, ha sido sintetizado por compañías farmacéuticas para usos médicos. Estos productos farmacéuticos han visto a muchos legisladores a nivel nacional estirar la ley en relación a el cannabis, con los productos mismos siendo controlados como un tipo de sustancia distinta. En un gran número de países, la cannabis está clasificada como "sin efecto terapéutico"⁸⁶ lo que es resultado de su clasificación bajo la Convención Única.

La Convención Única categoriza sustancias a través de tres listas⁸⁷, las cuales, basadas en el riesgo de daño y/o abuso y valor terapéutico, deberían estar sujetas a distintos grados de control. La Lista 1 contiene sustancias consideradas "altamente adictivas y susceptibles de abuso"⁸⁸ y están sujetas a *"todas [con énfasis agregado] las medidas de control aplicable a las drogas bajo esta Convención"*⁸⁹. Adicionalmente, algunas sustancias de la Lista 1 están incluidas en la Lista 4 en la que son consideradas como "particularmente peligrosas"⁹⁰ y se piensa que tienen "poco o nulo valor terapéutico"⁹¹. El cannabis es una sustancia tanto de la Lista 1 como de la Lista 4.

El cannabis tiene valor significativo por su potencial para tratar un rango de condiciones médicas. Investigadores han sugerido que varios ingredientes activos en la sustancia podrían ser benéficos para una serie de condiciones que incluyen: dolor, espasticidad (Esclerosis Múltiple [MS por sus siglas en inglés]), desórdenes de ansiedad, trastornos convulsivos, incluyendo epilepsia, psicosis, adicción, desorden de estrés post-traumático (PTSD por sus siglas en inglés) y déficit de atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)⁹².

Muchas personas usuarias de cannabis con fines médicos confirman que ésta es efectiva para la reducción del dolor, y alivia significativamente los síntomas de condiciones como Esclerosis Múltiple y epilepsia. Mientras que algunos logran acceder a medicamentos farmacéuticos con base en cannabis, la mayoría de quienes se medican no tienen opción más que arriesgarse a la criminalización, ya sea por cultivar sus propias plantas o por comprarlas en el mercado ilícito. Es una tragedia que las personas que necesitan medicamentos tengan que arriesgarse a ser encarcelados para poder aliviar su sufrimiento.



Las convenciones de drogas de la ONU contribuyen a las limitantes de investigación hacia los potenciales beneficios médicos de otras sustancias controladas

El LSD, el MDMA, la catinona y la psilocibina son todas sustancias que son sujeto del más estricto control bajo la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971. Se encuentran bajo la Lista 1 por presuntamente presentar un "alto riesgo de abuso, siendo una amenaza particularmente seria a la salud pública con poco o nulo valor terapéutico"⁹³.

Esto se refleja en muchos países, cuyas leyes nacionales consideran que estas sustancias no tienen efecto terapéutico. Como tal, la investigación está limitada por obstáculos regulatorios, y vuelve extremadamente caro comprarlos en formato de calidad médica. Por ejemplo, las regulaciones del Reino Unido permiten que los hospitales tengan licencia para sustancias de la Lista II – morfina, cocaína, etc.- pero aquellos que deseen investigar sustancias de la Lista 1 deben obtener una licencia a través de la Home Office license;⁹⁴ un estudio de 2013 remarcó que sólo tres de miles de hospitales en el Reino Unido tienen esa licencia⁹⁵.

Esta experiencia no se limita al Reino Unido; a investigadores de Canadá les tomó cuatro años importar MDMA de Suiza para un estudio que investigaba su uso terapéutico para PTSD⁹⁶. Además de la restricción regulatoria, el costo de estas tres sustancias las vuelve prohibitivas para fines de investigación. Por ejemplo, una compañía que abastece un gramo de psilocibina cobraba US\$12,000.00 por gramo⁹⁷.

Los beneficios medicinales de estas sustancias están empezando a salir a la luz como resultado de una mínima pero innovadora investigación. Hay estudios que han explorado el uso de MDMA para asistir la psicoterapia, con un estudio conducido en Estados Unidos en relación a pacientes que sufrían de "PTSD resistente al tratamiento"⁹⁸. Los resultados fueron impresionantes, 80 por ciento de los pacientes mostraron beneficios clínicos, comparado con sólo el 20 por ciento en el grupo de control⁹⁹. Otras condiciones donde la MDMA podría tener un efecto positivo incluyen el autismo y el mal de Parkinson¹⁰⁰.

Foto: Hospicio Nyeri, parte de KEHPCA, Asociación de Hospicios y Cuidados Paliativos de Kenya
©Sven Torfinn para la Fundación Open Society

REFERENCIAS

- 1 United Nations Deputy-Secretary General (2015), Multi-Sector Approach, Integrating Public Health into Substance Control Efforts Key to Winning 'War on Drugs', Deputy Secretary-General Tells General Assembly, <http://www.un.org/press/en/2015/dsgsm865.doc.htm>
- 2 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014, United Nations: New York
- 3 Global Commission on Drug Policy (2014), Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 4 Buprenorphine is controlled under the UN Convention on Psychotropic Substances, 1971. Methadone is controlled under the United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- 5 World Health Organization (2015), WHO Model List of Essential Medicines, http://www.who.int/medicines/publications/essential-medicines/EML2015_8-May-15.pdf
- 6 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- 7 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety, *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(2): 214–228
- 8 Chen, L, Hedegaard, H, & Warner, M (2014), Drug-poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics: United States, 1999–2011, NCHS Data Brief No. 166, <http://www.cdc.gov/nchs/data/data-briefs/db166.pdf>
- 9 Mowbray, O, & Quinn, A (2015), Prescription pain reliever misuse prevalence, correlates, and origin of possession throughout the life course, *Addictive Behaviors*, 50: 22–27
- 10 Joint Formulary Committee (2012), British National Formulary 63, BMA & Royal Pharmaceutical Society: London pg. 274
- 11 World Health Organization (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines, WHO: Geneva http://www.atome-project.eu/documents/gls_ens_balance_eng.pdf
- 12 Ibid.
- 13 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right, HRW: New York <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
- 14 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, *The Journal of Law Medicine and Ethics*, 35(4): 556–570
- 15 World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance (2014), Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- 16 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment
- 17 Cooper, T (2015), Dispatches: In Russia, Don't Tell the Living About the Dead, Human Rights Watch <http://www.hrw.org/news/2015/03/22/dispatches-russia-don-t-tell-living-about-dead>
- 18 Harm Reduction International (2014), The Global State of Harm Reduction 2014, HRI: London
- 19 Mathers et al (2010), HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet* 375(9719): 1014–28
- 20 Organización de Naciones Unidas, Convención única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf, 1961
- 21 UN Committee of Economic, Social and Cultural Rights 'General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health' (11 August 2000) UN Doc No E/C.12/2000, paras 12(a), 17
- 22 World Health Organization (1946), Constitution of the World Health Organization, WHO
- 23 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, arts. 2(1), 12
- 24 The obligation to provide access to medicines is also considered a component element of the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health under the Convention on the Rights of the Child. Committee on the Rights of the Child, 'General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)' (17 April 2013) UN Doc No CRC/C/GC/15, paras 73(b), E(2)(a)
- 25 Open Society Foundations (2011), Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation, OSF, New York <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf>
- 26 Elliott, R, Lines, R, Schleifer, R, & Symington, A (2011), Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers, OSF: New York <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
- 27 Gallahue, P, et al. (2012), The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012 Tipping the Scales for Abolition, HRI: London http://www.ihra.net/files/2014/08/06/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf
- 28 Barrett, D, Bewley-Taylor, D, Elliott, R, Lines, R, & Schleifer, R (2008), Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, Beckley Foundation Drug Policy Programme, http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/HR_IDP_Mar08-ENG.pdf
- 29 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- 30 The United Nations' Special Rapporteur on the prevention of torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment, and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
- 31 United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2008), Mandate of the Special Rapporteur on the question of torture, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf
- 32 United Nations General Assembly (2015), Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2014: 69/201 International cooperation against the world drug problem, UN: New York http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/201
- 33 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014
- 34 Fact Sheet on the Proposal to Discuss International Scheduling of Ketamine at the 58th CND (2015) <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ketamine-fact-sheet.pdf>
- 35 WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014), Ketamine: Update review report, Thirty-sixth meeting, WHO, Geneva, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6_2_Update.pdf

- 36 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26 <https://www.tni.org/files/download/dlr26-e.pdf>
- 37 Ibid.
- 38 Commission on Narcotic Drugs (2010), Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 53/4 http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2010/CND_Res-53-4.pdf; Commission on Narcotic Drugs (2011), Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 54/6. http://www.mccabecentre.org/downloads/Resolution_54-6.pdf
- 39 Husain Asra S, Skemp Brown, M, & Maurer (2013), 'Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes?', *Bulletin of the World Health Organisation*, 92; 108–116, <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/>
- 40 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain
- 41 World Health Assembly (2014), Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, Resolution WHA67.19, Geneva http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- 42 KEHPCA (2015), Iniciativa de Hospitales Libres de Dolor en Kenya, <http://kehpc.org/pain-free-hospital-initiative-in-kenya/>
- 43 Human Rights Watch (2010), Needless Pain: Government Failure to Provide Palliative Care for Children in Kenya, HRW: New York— See Footnote 120, p.48
- 44 Legislation in the Philippines—The Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002—defines substances used for "legitimate medical needs" as "dangerous drugs." For more information, consult, Pain and Policy Studies Group (2013), Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health <http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Global%20evaluation%202013.pdf>
- 45 Krakauer E. L. et al (2010), Opioid Inaccessibility and Its Human Consequences: Reports from the Field, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 24; 239–243, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19901en/s19901en.pdf>
- 46 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: Human Rights Watch (2009), "Please, do not make us suffer any more..." Access to Pain Treatment as a Human Right, HRW: New York
- 47 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances; Human Rights Watch (2009), "Please, do not make us suffer any more..."
- 48 International Association for Hospice and Palliative Care, Opioid Price Watch Project, <http://hospicecare.com/opioids/reports/map/>
- 49 De Lima, Liliana, et al (2014), Cross-Sectional Pilot Study to Monitor the Availability, Dispensed Prices, and Affordability of Opioids Around the Globe, *Journal of Pain and Symptom Management* 48(4): 649–659
- 50 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances
- 51 Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2014), Side event: World Drug Problem on Human 51Rights, United Nations <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14712&LangID=E>
- 52 The University of Wisconsin Pain & Policy Studies Group (2009), Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 23(2): 145–152
- 53 UNODC (2015), World Drug Report 2015, United Nations: Vienna, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
- 54 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines
- 55 Piana, R (2014), Dying without Morphine, *New York Times* http://www.nytimes.com/2014/10/01/opinion/dying-without-morphine.html?_r=0; Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines
- 56 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna
- 57 Human Rights Watch (2015), "All I can do is cry": Cancer and the Struggle for Palliative Care in Armenia, HRW: New York, <https://www.hrw.org/news/2015/07/14/armenia-needless-pain-end-life>
- 58 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 http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Joranson_2010_Bonica%20Chapter%2016.pdf
- 59 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care— progress and challenges in cancer care, *Ann Palliat Med*, 3(3): 129–138 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841689>
- 60 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna
- 61 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care
- 62 Ibid.
- 63 Ibid.
- 64 "For the actual consumption figures, we used 2006 data from the INCB for all relevant strong opioids and calculated their joint consumption in 'morphine equivalents,' i.e. the dosage of a substance that equals the analgesic potency of 1 mg oral morphine. Methadone was excluded." From - Seya M-J, et al (2011), A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(1): 6–18 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf>
- 65 International Narcotics Control Board and World Health Organization (2012), Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control, United Nations: New York
- 66 See, for example, the Lancet 2010 special series on HIV infection among people who inject drugs
- 67 For example, see: WHO Evidence for Action series: www.who.int/hiv/pub/idu/en/; WorldBank (2013) The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs, The World Bank: Washington DC.

- 68 World Health Organisation (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief, WHO: Geneva
- 69 Wolfe et al (2010), Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward, *The Lancet*, 376(9738): 355–366
- 70 World Health Organisation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004), Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention, United Nations: Geneva
- 71 Centre for Substance Abuse Treatment (2005), Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programmes. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. HHS Publication No. (SMA) 12-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- 72 Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*
- 73 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users, World Health Organization: Geneva
- 74 Convención única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- 75 Barrett, D (2013), Hidden in plain sight. Children and injecting drug use, a global snapshot of the available data, Harm Reduction International
- 76 Flavin, J & Paltrow, L (2013), The Policy and Politics of Reproductive Health: Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973–2005: Implications for Women's Legal Status and Public Health, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(2): 299-343
- 77 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users,
- 78 Rolles, S, Kushlick, D, Powell, M, & Murkin, G, (2012), The War on Drugs: Wasting Billions and Undermining Economies, Count the Costs http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics_Spanish.pdf
- 79 Csete, J, & Wolfe, D (2007), Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS, Canadian HIV/AIDS Legal Network & Open Society Institute http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/closed_20070226.pdf
- 80 Malinowska-Sempruch Kasia (2013), The International Narcotics Control Board Strains its Limited Credibility LSE Ideas, <http://blogs.lse.ac.uk/ideas/2013/03/the-international-narcotics-control-board-strains-its-limited-credibility/>
- 81 Federal Scientific and Methodological Center for Prevention and Control of AIDS (2014), HIV-infection bulletin number 39. Moscow: The Federal Service for Surveillance of Consumer Rights Protection and Human Well-being
- 82 Agence France-Presse (2015), 'Russian HIV-Aids epidemic worsening under Kremlin policies, says expert,' <http://www.theguardian.com/world/2015/may/15/russian-hiv-aids-epidemic-worsening-under-kremlin-policies-says-expert>
- 83 Organización Mundial de la Salud, Ensuring balance in national policies on controlled substances
- 84 World Health Organisation, Guidelines for the WHO Review of Dependence-Producing Psychoactive Substances for International Control, WHO/EDM/QSM/2000.5,2000; cited by Taylor, A in *Addressing the Global Tragedy of Needless Pain*, at page 567
- 85 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol
- 86 For example, see, United Kingdom's Misuse of Drug Act 1971; United States' Controlled Substances Act 1970
- 87 United Nations (2013), The International Drug Control Conventions Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, as at 25 September 2013, United Nations: New York, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf
- 88 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25 <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/la-clasificacion-en-el-sistema-internacional-spanish-version.pdf>
- 89 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (1) 84 https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- 90 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (5) 84 https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- 91 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System United Kingdom, Misuse of Drugs Act 1971, Section 7
- 92 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System
- 93 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation, *Nature Reviews, Neuroscience*, 14: 577–585, <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n8/full/nrn3530.html>
- 94 United Kingdom, Misuse of Drugs Act 1971, Section 7
- 95 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation
- 96 Ibid.
- 97 Grob C.S. et al (2011), Pilot Study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced stage cancer, *Arch. Gen. Psychiatry*, 68: 71–78; cited by Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation
- 98 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation
- 99 Ibid
- 100 Ibid

RECURSOS ADICIONALES:

Calcula los costos

www.countthecosts.org

Cupihd

www.cupihd.org

Drug Policy Alliance

www.drugpolicy.org

Comisión Global de VIH y Derecho
(convocada por el PNUD)

www.hivlawcommission.org

Harm Reduction International

www.ihra.net

Human Rights Watch

www.hrw.org

Instituto Igarapé

www.igarape.org.br

Intercambios

www.intercambios.org.ar

Centro Internacional por la Ciencia en la Política de Drogas

www.icsdp.org

Doctores Internacionales por Políticas
de Drogas más Saludables

www.idhdp.com

Consorcio Internacional de Política de Drogas

www.idpc.net

Red Internacional de Personas que Usan Drogas

www.inpud.net

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

www.incb.org

Talking Drugs

www.talkingdrugs.org

Transform Drug Policy Foundation

www.tdpf.org.uk

Transnational Institute; recursos para la
reforma de leyes sobre drogas

www.druglawreform.info

The Beckley Foundation

www.beckleyfoundation.org

Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito

www.unodc.org

Oficina de Washington para Asuntos Latinoamericanos
– Programa de Política de Drogas

www.wola.org/program/drug_policy

Comisión de Drogas de África Occidental

www.wacommissionondrugs.org

Organización Mundial de la Salud: Programa
de Acceso a Medicamentos Controlados

[http://www.who.int/medicines/areas/
quality_safety/access_to_cmp/en/](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_cmp/en/)

Organización Mundial de la Salud:

Medicamentos Esenciales

http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/

REPORTES DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGA

- La Guerra Contra las Drogas (2011)
- La Guerra contra las Drogas y el VIH/SIDA: Cómo la Criminalización del Uso de Drogas fomenta la Pandemia Global (2012)
- El impacto negativo de la Guerra contra las Drogas en la Salud Pública: La epidemia oculta de Hepatitis C (2013)
- Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces (2014)

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

El propósito de La Comisión Global De Políticas De Drogas es llevar al plano internacional la discusión científicamente fundada acerca de las maneras humanitarias y efectivas de reducir los daños causados por las drogas a las personas y la sociedad.

OBJETIVOS

- Revisar los supuestos básicos, la efectividad y las consecuencias del abordaje de la 'guerra' contra las drogas
- Evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales al problema de las drogas
- Desarrollar recomendaciones factibles y basadas en evidencias para una reforma constructiva legal y de políticas