

Debate

El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano

iederik Lohman*, Rebecca Schleifer, Joseph J Amon

Health and Human Rights Division, Human Rights Watch, 350 Fifth Avenue, 34th Floor, NY 10118, USA. Correspondencia: *Email: lohmand@hrw.org

Artículo Publicado en BMC Medicine 2010, 8:8 doi:10.1186/1741-7015-8-8. Versión en inglés disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/8>

Resumen

Antecedentes: Casi diez años atrás, en 1961 varios países del mundo adoptaron la Convención Única sobre Estupefacientes, que además de referirse al tema del control de drogas ilícitas, exigía a los países trabajar en contribución del acceso universal de drogas ilícitas necesarias para aliviar el dolor y el sufrimiento. Sin embargo, a pesar de la existencia de medicamentos eficaces y de bajo costo para el alivio del dolor, millones de personas en todo el mundo siguen padeciendo, cada año, dolores moderados e intensos que no son tratados. **Discusión:** Algunos de los obstáculos importantes que impiden desarrollar un tratamiento eficaz del dolor son: el fracaso de muchos gobiernos para poner en marcha sistemas efectivos de suministro de medicamentos, el hecho de no promulgar políticas sobre el tratamiento del dolor y el cuidado paliativo, la deficiente formación de los profesionales de la salud, la existencia innecesaria de prácticas y regulaciones restrictivas de control de drogas, el miedo existente entre los profesionales de la salud sobre las sanciones legales existentes para la práctica médica legítima y el alto costo que tiene el tratamiento para el alivio del dolor. Estos obstáculos se pueden interpretar no sólo como un fracaso para proporcionar medicamentos esenciales y aliviar el sufrimiento, sino también como violaciones a los derechos humanos. **Síntesis:** Según las leyes de derechos humanos, los países tienen como obligación proporcionar medicinas para el alivio del dolor como parte de las obligaciones ligadas al derecho a la salud; el no tomar las medidas necesarias para asegurarle a las personas el acceso a tratamientos adecuados del alivio del dolor, puede tener como consecuencia la violación de la obligación con la que deben cumplir todos los estados de proteger a los individuos de todo trato cruel, inhumano y degradante.

Antecedentes

El dolor crónico además de ser una de las causas más importantes de sufrimiento y de invalidez a nivel mundial, es un síntoma común que se presenta en los pacientes con VIH/sida. Hasta un 70 % de enfermos de cáncer sufren de dolores [1] y entre los pacientes de VIH/sida, se ha registrado una gran preponderancia de dolor en todas las etapas de la enfermedad [2-18]. Aunque la prevalencia del dolor disminuye entre aquellos individuos que se someten a la terapia antirretroviral [16], estudios realizados siguen registrando una falta de reconocimiento y un tratamiento insuficiente del alivio del dolor, incluso entre aquellos pacientes tratados por el VIH [19-22]. El tratamiento del dolor también se relaciona con el sexo, ya que los hombres infectados con el VIH tienen el doble de probabilidad de recibir tratamiento por dolores que las mujeres infectadas [21].

El dolor crónico además de tener un impacto directo en la calidad de vida de las personas puede tener consecuencias en el ámbito social, psicológico y físico. También puede llegar a disminuir la movilidad lo que provoca una pérdida de fuerza, que compromete el sistema inmunológico e interfiere con la capacidad que tiene la persona para alimentarse, concentrarse, dormir e interactuar [23]. A través de un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (por su sigla en español, OMS) se descubrió que los individuos que viven con dolor crónico son cuatro veces más susceptibles de padecer depresión o ansiedad [24-25]. Además, los efectos físicos y psicológicos que tiene el dolor crónico influyen en el desarrollo de la enfermedad [26]. El dolor crónico puede influir de forma indirecta en el desenlace de la enfermedad, al reducir el cumplimiento del tratamiento.

La Escalera analgésica de la OMS recomienda la administración de diferentes tipos de fármacos para aliviar el dolor, dependiendo de la severidad de éste y además se utiliza como base del manejo del dolor actual [27]. Para tratar los dolores leves se aconseja utilizar una combinación de analgésicos simples, en general disponibles sin prescripción médica. Para los dolores leves a moderados, se aconseja una combinación de analgésicos simples y un opiáceo suave, como la codeína. Para el dolor moderado a severo se recomienda el uso de opiáceos fuertes, tales como la morfina y se subraya que éstos son “absolutamente necesarios” [28].

El reconocimiento realizado por la OMS de la absoluta necesidad de opiáceos analgésicos reflejó un consenso de décadas entre los expertos de a salud. Casi 50 años atrás, los países miembros de las Naciones Unidas (NU) adoptaron en 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes, que declaraba el uso médico de estupefacientes indispensables para el alivio del dolor y que además requiere el adecuado suministro de estupefacientes con fines médicos [29]. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (por su sigla en español, JIFE), encargada de la supervisión de la implementación de las convenciones establecidas por las NU, aclaró en 1995 que la Convención “establece una doble obligación sobre el control de drogas: asegurar un suministro adecuado de estupefacientes, incluyendo los opiáceos, para fines médicos y científicos, y al mismo tiempo prohibir la producción ilícita de estos así como su uso y tráfico” [30]. La OMS ha incluido la morfina y la codeína en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales [31]. Otros organismos internacionales, tales como el Consejo Económico y Social de las NU y la Asamblea Mundial de la Salud, también apelan a los países a que aseguren un suministro adecuado de analgésicos opiáceos [32-35].

Aún así, a pesar de que se reconoce que las medicinas para el tratamiento del dolor deberían estar disponibles, cerca del 80 % de la población mundial tiene un acceso insuficiente o simplemente no dispone de drogas para el tratamiento del dolor moderado o severo [36]. Millones de enfermos de cáncer y VIH, incluyendo un millón de pacientes de VIH en etapa terminal, sufren cada año de dolores severos sin tener tratamiento [36].

Los fármacos para el tratamiento del dolor no son distribuidos de manera equitativa en el mundo. Cerca de un 89 % del consumo total de morfina se produce en Norteamérica y en Europa [37]. Aún cuando los países de ingresos bajos y medios poseen casi la mitad de los casos de enfermos de cáncer [26] y más del 90 % de casos de VIH [39], sólo consumen un 6 % de la morfina utilizada en el mundo [38]. Sin embargo, en los países desarrollados también se registra un manejo inadecuado de tratamiento para el control del dolor. En EE.UU., la falta de disponibilidad de medicinas paliativas del dolor en farmacias, la desinformación de los pacientes y de los proveedores sobre la adicción y el temor provocado por las sanciones criminales por la prescripción de medicamentos para el alivio del dolor son factores limitantes [40]. Estudios realizados en Europa Occidental también reportan una subestimación de la severidad del dolor y del tratamiento insuficiente del dolor [17].

Este artículo resume los obstáculos comunes del suministro de tratamiento del dolor y cuidado paliativo y exige la reforma de leyes y reglamentos que dificultan el acceso al tratamiento del dolor a nivel mundial. También analiza el acceso a los fármacos que alivian el dolor en relación a las obligaciones que tienen los estados bajo las leyes internacionales de derechos humanos. La identificación de las obligaciones de los estados en el contexto de la epidemia del VIH/sida ha sido un poderoso mecanismo para llamar la atención y exigir una reacción convincente. Mediante la creación de un sistema de políticas sobre derechos humanos relacionado con el acceso a fármacos que alivian el dolor, los pacientes de VIH, como también aquellos de cáncer u otras causas de dolor, pueden de manera más efectiva unirse para exigir la responsabilidad que debe entregar el gobierno de respetar, proteger y cumplir con sus derechos.

Debate

Las barreras que impiden el acceso al tratamiento del dolor son: (1) El fracaso de los gobiernos para diseñar sistemas eficaces de suministro de drogas; (2) el fracaso para promulgar políticas sobre el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos; (3) la poca preparación de los trabajadores de la salud; (4) la existencia innecesaria de prácticas y regulaciones restrictivas de control de drogas; (5) el temor que existe entre los trabajadores de la salud sobre las sanciones legales de la práctica médica legítima; y (6) el innecesario alto costo de los tratamientos del dolor.

El fracaso de asegurar sistemas efectivos de suministro

Los analgésicos opioides son fármacos controlados y como tales, su producción, distribución y prescripción está estrictamente regulada. En 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes creó un sistema para la regulación del suministro y la demanda, supervisado internacionalmente por la JIFE y a nivel nacional por agencias de control de medicamentos especiales. Cada año, los países presentan, ante la JIFE,

cálculos sobre la necesidad que tienen de morfina y de otros fármacos controlados, ya que ésta organización es la encargada de aprobar los suministros de cada país. Las transacciones internacionales deben ser autorizadas y registradas por el mismo organismo.

Como la producción, distribución y administración de los fármacos controlados se encuentra bajo el control exclusivo del gobierno, los países también deben desarrollar sistemas efectivos de distribución para proveer a los servicios de asistencia médica y farmacias de un suministro de fármacos, adecuado y permanente. A pesar de esto, muchos gobiernos no han logrado tener éxito en el desarrollo de sistemas de suministro efectivos para el control de fármacos, debido a la falta de recursos o la falta de voluntad política [41]. Aún más, existe una falta de entendimiento común de las necesidades del uso y accesibilidad a opioides para el alivio del dolor. A través de una encuesta realizada en el 2006, por la Asociación Africana de Cuidados Paliativos (por su sigla en inglés, APCA), se descubrió que mientras las agencias del control de drogas de Kenia, Tanzania y Etiopía confían en la eficacia de los sistemas de regulación, el consumo de morfina en cada uno de estos países estaba muy por debajo de la necesidad estimada y los proveedores de cuidados paliativos encuestados expusieron una serie de problemas existentes en los sistemas de control [42].

Mientras que las convenciones de las NU exigen a cada país la entrega de un informe sobre los cálculos de la necesidad de fármacos controlados basadas en un cuidadoso análisis de las necesidades del país, algunos ni siquiera entregan informes o sólo entregan cálculos simbólicos. Por ejemplo, Burkina Faso, país de África occidental, calculó que necesitarían 49 g de morfina en el año 2009 [43]. Basado en un cálculo estimado para un enfermo terminal de cáncer o sida que necesita 70 mg de morfina diaria para un promedio de 90 días, esta cantidad sería suficiente para ocho pacientes. Incluso en países en los que se calcula una cantidad absoluta considerablemente mayor de morfina, las necesidades de la población están sobreestimadas. (Tabla 1)

Sin la existencia de un sistema de distribución efectivo, no es posible asegurar el acceso a un suministro suficiente. Ya que los fármacos controlados sólo pueden ser transferidos entre partes que hayan sido autorizadas por las leyes nacionales, los países tienen la obligación de asegurar que una cantidad suficiente de farmacias tenga la licencia para manipular morfina y que los procedimientos para la adquisición, el almacenamiento y la administración de estas drogas sean prácticos.

A pesar de esto, en algunos casos, las regulaciones estatales sólo permiten a unas pocas instituciones almacenar fármacos, casi limitando la accesibilidad [42]. En otros países, la existencia de procedimientos demasiado complicados para la obtención, administración y la justificación de estas drogas, desalientan a las instituciones de salud de conseguir la morfina necesaria [44]. Por otro lado, el robo de morfina en hospitales y farmacias donde éstas se almacenan es común [42, 45].

El fracaso de promulgar políticas sobre el cuidado paliativo y el tratamiento del dolor

En 1996, la OMS identificó una de las razones por las que los dolores producidos por el cáncer no son tratados de la manera adecuada, se trata de la ausencia de políticas nacionales sobre el alivio del dolor provocado por el cáncer y sobre los cuidados paliativos [46]. En el año 2000, el mismo organismo descubrió que el tratamiento del dolor se-

guía teniendo una prioridad baja en los sistemas de salud [28] y luego, en el 2002, se identificó un gran vacío entre la retórica y la realidad, al integrar principios de cuidado paliativo en los programas de salud pública y de control de enfermedades [26].

Aunque la OMS y los expertos del cuidado paliativo han remarcado la importancia de desarrollar una estrategia integral [47], la mayoría de los países no cuentan con servicios de cuidados paliativos ni con políticas sobre el tratamiento del dolor, ya sea como políticas individuales o como parte de los esfuerzos para controlar el cáncer o el VIH/sida [47,48]. Muchos países no han logrado agregar medicinas como la morfina oral y otros fármacos en base a opio a la lista de medicamentos esenciales, ni tampoco han establecido guías de ayuda para los trabajadores de la salud, acerca del tratamiento del dolor [42].

La JIFE señala que las leyes nacionales de control de drogas reconozcan la naturaleza indispensable de las drogas para el alivio del dolor y del sufrimiento, como también la obligación de asegurar la disponibilidad de ellas con fines médicos. No obstante, en 1995, se descubrió a través de una encuesta que sólo un 48 % de los gobiernos contaban con leyes que reflejan lo anterior y un 63 % que reflejaban lo último [30]. No se sabe con exactitud cuántos países todavía no utilizan un lenguaje pertinente en la legislación, incluso en las leyes y regulaciones recientes sobre el control de drogas de la Oficina de las NU contra la Droga y el Delito (por su sigla en español, ONUDD) no se contemplan estas disposiciones [49-52] (Apéndice 1).

La falta de preparación de los trabajadores de la salud

En muchos países, la falta de preparación de los trabajadores de la salud es uno de los mayores obstáculos que impide entregar un buen servicio de tratamiento del dolor y de cuidados paliativos. El desconocimiento de la existencia de morfina oral entre los trabajadores de la salud sigue siendo bastante común y en general el conocimiento que se tiene para evaluar y tratar el dolor, es a menudo inadecuado.

Algunas de las creencias que mantienen esta situación son: que el tratamiento con opioides conduce a la adicción; que el dolor es necesario porque permite realizar un diagnóstico; que es inevitable y que el dolor tiene consecuencias insignificantes. Todos estos mitos son falsos. Mediante muchos estudios se ha logrado establecer que el tratamiento del dolor con opioides rara vez produce adicción [28]; la mayoría de los dolores pueden tratarse de manera efectiva [28]; el dolor no es necesario para hacer un diagnóstico [23]; y finalmente tiene graves consecuencias en el ámbito social, económico y psicológico, ya que le impide a la gente que lo padece y aquellos que cuidan a los enfermos, a tener una vida productiva [23].

En la mayor parte del mundo, incluso en aquellos países industrializados, la ignorancia sobre el uso de opioides es el resultado del fracaso de proporcionar a los trabajadores de la salud una capacitación adecuada sobre el cuidado paliativo y el control del dolor. Una encuesta dirigida por la Alianza Mundial para el Cuidado Paliativo, en 69 países de América Latina, Asia y África indicó que el 82 % de los profesionales de la salud, en América Latina, el 71 % en Asia y el 39 % en África no reciben ninguna instrucción sobre el control del dolor o sobre opioides durante los estudios universitarios de medicina [53]. Mediante otros estudios se ha logrado documentar una cantidad importante de servicios médicos en África que informaron la existencia insuficiente de oportunidades

para la capacitación sobre cuidado paliativo y el tratamiento del dolor [42]. Incluso en los países desarrollados la educación sobre estos temas sigue siendo un desafío. En 1999, gracias a un estudio se descubrió que una cantidad considerable de trabajadores de la salud poseían un conocimiento práctico insuficiente sobre el control del dolor entre los pacientes de cáncer en países desarrollados. [54] (Apéndice 2)

Prácticas disciplinarias o regulaciones de control de drogas excesivamente restrictivas

La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, dispone tres criterios mínimos que los países deben seguir al establecer regulaciones nacionales sobre el manejo de opioides. Primero, los individuos deben estar autorizados para expender opioides con una licencia profesional para la práctica o contar con una autorización legal especial. En segundo lugar, el movimiento de opioides sólo puede realizarse entre instituciones e individuos autorizados legalmente. Por último, se necesita una prescripción médica previa a la entrega de opioides al paciente. Los gobiernos, bajo los términos de la convención, podrían imponer requisitos adicionales si lo consideran necesario [29].

Sin embargo, muchos países cuentan con regulaciones que van más allá de estas restricciones dando origen a procedimientos complejos para la obtención, almacenamiento y despacho de fármacos controlados, entre los que se incluyen: requisitos restrictivos obligatorios para los profesionales de la salud que prescriben estos medicamentos; procedimientos engorrosos de despacho; y restricciones con respecto a la formulación y cantidad de droga que puede ser prescrita [55]. En algunos casos, las autoridades de control de drogas o los sistemas de salud adoptan normas incluso más restrictivas que aquellas exigidas en las regulaciones oficiales. Aunque el desvío ilícito de los opioides de uso médico es en general citado como justificación para la instauración de tales políticas, la JIFE ha descubierto, que en la práctica, este desvío ilícito ocurre rara vez [56] y la OMS ha observado que "este derecho (de imponer nuevos requisitos) debe ser permanentemente balanceado con la responsabilidad de asegurar la disponibilidad de opioides con fines médicos" [46].

Un ejemplo de estas políticas excesivamente restrictivas adoptadas por muchos países es limitar la prescripción de drogas de uso médico para el alivio del dolor a médicos que califican para licencias específicas. La Convención Única de 1961, no le exige a los profesionales de la salud contar con una licencia especial para la manipulación de opioides y la OMS recomienda que "los médicos, enfermeras y farmacéuticos deben estar legalmente facultados para prescribir, despachar y administrar opioides a pacientes que lo necesiten" [46]. Aunque las licencias especiales son comunes, las enfermeras y farmacéuticos rara vez pueden prescribir este tipo de drogas. Por ejemplo, la Alianza Mundial para el Cuidado Paliativo registró que en el 2007, en Mongolia, Perú y Honduras, Kirguistán y un estado en India sólo los expertos en cuidado paliativo y los oncólogos estaban autorizados para prescribir morfina oral [53]. En Rusia, un médico especialista en sida informó que no pudo darle tratamiento a un paciente que sufría de intensos dolores, ya que él no tenía licencia para prescribir morfina y por otro lado los oncólogos tampoco le proporcionaron tratamiento, ya que el paciente no sufría de cáncer [57].

Los procedimientos especiales de prescripción para opioides, son también un obstáculo común, por ejemplo, el uso de formularios de rece-

tas específicas y la insistencia que se hace en mantener una serie de copias de las prescripciones. El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor en el Cáncer y Cuidados de Apoyo Activo observó que estas prácticas a menudo reducen la prescripción de fármacos opioides para el dolor en un 50 % o incluso más [46]. En 1995, la JIFE descubrió que el 65 % de los países que participaron en la encuesta tenían procedimientos de prescripción especiales [30].

Otra práctica de este tipo es que las prescripciones hechas por los trabajadores de la salud deben ser autorizadas por colegas o superiores y que el despacho de éstas debe ser presenciado por varios profesionales de la salud. En Ucrania, por ejemplo, la decisión de prescribir morfina debe ser realizada por un grupo de al menos tres médicos y uno de ellos debe ser oncólogo [58]. En Sudáfrica, dos enfermeras deben presenciar la entrega de los opioides [42].

Si bien, la OMS ha recomendado que “los médicos son los más indicados para decidir que tipo de droga usar, la cantidad y el tiempo de duración de la terapia, basándose en las necesidades de cada individuo y no en las regulaciones” [46], es común encontrar regulaciones que imponen restricciones sobre la dosis de morfina oral que puede ser prescrita diariamente o la cantidad de días que pueda ser prescrita. A través de una encuesta realizada por la JIFE, en 1995, se logró establecer que el 40 % de los países que participaron en ella establecieron una cantidad máxima de morfina que podía ser prescrita una sola vez a un paciente hospitalizado y el 50 % de los países encuestados estableció restricciones para pacientes que son atendidos en sus hogares [30]. Las restricciones impuestas a aquellos pacientes que se encuentran en su hogar, en general eran más bajas que aquellos impuestos a los pacientes hospitalizados. En algunos casos, esto correspondió a la mitad de la dosis típica diaria [16]. También se descubrió que el 20% de los países participantes, estableció un período máximo de tiempo en el que un paciente hospitalizado podía recibir morfina y el 28% había impuesto tales restricciones para los pacientes que se encontraban en casa. En algunos casos, las prescripciones de morfina no podían exceder la cantidad establecida para una semana; en otros países esta no era renovable [30]. Aunque no se cuenta con una actual visión exhaustiva de países que impongan este tipo de restricciones, estas siguen siendo generalizadas [53, 59].

Temor de frente a sanciones legales

Si bien la JIFE ha recomendado que los profesionales de la salud puedan suministrar fármacos opioides sin sentir temor de ser sometidos a acciones legales por violaciones involuntarias que impedirían el suministro o la administración [60], la ambigüedad presente en las regulaciones, la falta de información entregada por los organismos reguladores de drogas a los trabajadores de la salud con respecto a la reglamentación para manejar opioides, la existencia de sanciones severas (incluyendo sentencias obligatorias mínimas) y en algunos países, las acciones legales en contra de los trabajadores de la salud por violaciones involuntarias, provocan el temor entre los médicos. Existe poca información publicada que documente el alcance e impacto del temor que sienten los trabajadores de la salud con respecto a la práctica de prescribir este tipo de fármacos. A través de un reciente estudio realizado en Estados Unidos sobre casos administrativos y criminales contra médicos, relacionados con la prescripción de opioides, se encontró que hay una tendencia creciente de procesos legales lo que produce aprensión sobre la práctica médica [61]. Algunos autores señalan

que los médicos tienen la obligación individual de tratar pacientes que sufren de dolores severos y que deberían hacerse responsables frente a un fracaso en el tratamiento del dolor, mediante una acusación de mala práctica y en casos extremos de negligencia médica [62].

Costo

Si bien el costo de la morfina oral no es excesivo [16], el valor de ella es citado frecuentemente como impedimento para mejorar el acceso al tratamiento del dolor y los servicios de cuidado paliativo, en especial en aquellos países de ingresos medios y bajos. A través de un estudio realizado en el 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 [63]. Paradojalmente, mediante este estudio se pudo establecer que el costo promedio de un suministro de morfina era dos veces mayor o más, en los países de ingreso medio y bajo (112 dólares) que en los países industrializados (53 dólares). Esta diferencia podría explicarse a través de los siguientes factores: medicamentos subsidiados por países industrializados; las regulaciones de países industrializados sobre el precio de opioides, impuestos, licencias y otros costos relacionados a la importación del producto final; una gran sobrecarga de la producción local; sistemas de distribución escasamente desarrollados; la baja demanda; y los requisitos reguladores que aumentan el costo. Además, a través de un informe realizado en 2007, se descubrió que el fomentar el uso de los analgésicos opioides no genéricos y de muy alto costo hacía inasequibles los fármacos para el alivio del dolor, en algunos lugares, mientras que las fórmulas de menor costo eran retiradas cuando aparecían opioides de mayor valor en el mercado [64].

Muchos países han logrado encontrar formas de crear capacidad para la producción local de morfina oral líquida o en tabletas a un bajo costo. Por ejemplo, en India se estableció en un hospital una pequeña unidad de fabricación que produce tabletas de morfina a bajo costo y de liberación inmediata, fabricada a partir de polvo de morfina [64]. 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 distribuida en hospitales, centros médicos y centros de cuidado paliativo [65]. 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 [66]. Estos ejemplos ilustran el potencial que existe para producir morfina oral de bajo costo de fabricación local.

La salud como derecho humano

La salud es un derecho humano fundamental consagrado en una serie de instrumentos de derechos humanos. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (por su sigla en español, PIDESC) indica que todos tienen derecho a “disfrutar del mejor estado de salud física y mental alcanzable” [67]. EL Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (por su sigla en español, CDESC), órgano supervisor del tratado, señala que el estado debe asegurar el acceso y disponibilidad suficiente a los servicios de salud pública y centros de asistencia médica operativos, así como también de bienes y servicios y programas” [68].

Debido a que los estados poseen diferentes niveles de recursos, el derecho internacional no establece el tipo de salud que debe entregarse sino que por el contrario, exige una "realización progresiva". Comprometiéndose con los acuerdos internacionales, un estado acepta "tomar pasos... para lograr el máximo con los recursos disponibles" para alcanzar la completa realización del derecho de salud. Los países que cuentan con ingresos altos, por lo general, deben brindar servicios de asistencia médica de un nivel más alto que el de aquellos países que no poseen tantos recursos, pero se espera que todos tomen medidas para mejorar y aumentar los servicios.

El CDESC también establece que existen ciertas obligaciones básicas tan fundamentales que los estados tienen la obligación de cumplir con ellas. Si bien las limitaciones de recursos podrían de alguna forma justificar el cumplimiento parcial de algunos aspectos del derecho de salud, el Comité 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". Entre otras obligaciones básicas, el Comité ha identificado las siguientes: asegurar el derecho al acceso de servicios médicos, de bienes y servicios no discriminatorios, en especial para los grupos más vulnerables o marginales; de proporcionar drogas esenciales, ocasionalmente definido en el Programa de Medicamentos Esenciales de la OMS; asegurar la distribución equitativa de todos los servicios de salud, bienes y servicios; y la adopción e implementación de una estrategia de salud pública y un plan de acción, sobre la base de evidencia epidemiológica, tratando las preocupaciones médicas de la población mundial [68].

El tratamiento del dolor y el derecho a la salud

Puesto que la morfina y codeína se encuentran en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS [31], los estados tienen como obligación proporcionar estas drogas como parte de sus obligaciones básicas bajo el derecho de la salud, sin importar si estos fármacos están o no incluidos en sus propias listas de medicamentos [68]. Los países tienen la obligación de asegurar que estas drogas se encuentren disponibles en cantidades suficientes y que estén física y financieramente disponibles para aquellos que las necesiten.

Debido a que la fabricación y distribución de los fármacos controlados, tales como la morfina y la codeína, están completamente bajo el control del gobierno, el estado debe poner en marcha un sistema de obtención y distribución eficaz y crear un marco regulatorio que permita a los sistemas de atención pública en el sector público y privado, obtener, prescribir y despachar estos fármacos. Cualquier regulación que impida de forma arbitraria la obtención y distribución de estos fármacos estará violando el derecho a la salud. Los estados tienen la obligación de adoptar e implementar una estrategia y plan de acción para extender el tratamiento del dolor y los servicios de cuidado paliativo. Este plan y esta estrategia tienen como objetivo identificar los problemas que existen para mejorar los servicios y tomar acciones para acabar con ellos.

Los gobiernos también deberían medir regularmente el progreso hecho para asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los fármacos para el alivio del dolor. El requisito de accesibilidad física significa que estos fármacos deben estar "dentro del alcance físico para todos los niveles de la población, especialmente aquellos grupos vulnerables o marginales, como los enfermos de VIH/sida" [68]. Esto quiere decir que los

gobiernos deben asegurar la existencia de una cantidad adecuada de servicios de salud o farmacias almacenen y despachen morfina y codeína y que una cantidad adecuada de trabajadores de la salud estén capacitados y autorizados para prescribir estos fármacos. La accesibilidad financiera significa que el derecho a la salud no implica exigir a los gobiernos ofrecer medicamentos de manera gratuita, estos deben ser "asequibles para todos". De acuerdo al Comité, el pago por los servicios de salud deben estar basados en la equidad y las familias más pobres no deberían ser perjudicados con el costo [68].

Los países también tiene la obligación de implementar servicios de cuidado paliativo, que, de acuerdo con la OMS, deben tener "un estatus prioritario dentro de la salud pública y los programas de control de enfermedades" [26]. Los estados deben asegurar una política adecuada y un sistema regulatorio, desarrollar planes para la implementación de estos servicios y tomar todas las medidas necesarias que sean razonables dentro de los recursos disponibles para llevar a cabo el plan. Si no se logra darle la prioridad adecuada al desarrollo de servicios de cuidado paliativo en los servicios de asistencia, se estará violando el derecho a la salud [55].

El tratamiento del dolor y el derecho a no ser sometido a un trato cruel, inhumano y degradante

El derecho a no ser sometido a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes o castigos también es un derecho humano fundamental que es reconocido en muchos organismos internacionales de derechos humanos [69-75]. Este derecho crea una obligación positiva para los estados de proteger a las personas en su jurisdicción de la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes y del castigo. En una carta dirigida al presidente de la Sesión 52 de la Comisión de Estupefacientes de la ONU, enviada por un reportero especial de las NU sobre tortura, castigos y tratos crueles, inhumanos o denigrantes junto a un reportero especial de las NU sobre derecho a la salud, se daba a conocer que los gobiernos no habían tomado medidas que aseguraran la accesibilidad a un tratamiento del dolor, hecho que amenaza este derecho fundamental [75].

Resumen

La falta de medicamentos para el tratamiento del dolor es un hecho desconcertante y a la vez injustificable. El dolor provoca un sufrimiento terrible, aunque las drogas para su tratamiento son baratas, seguras, efectivas y en general fáciles de administrar. Además, las leyes internacionales obligan a los países a contar con medicamentos que estén disponibles para todos. En estos últimos 20 años, la OMS y la JIFE le han recordado en diversas oportunidades esta obligación con la que deben cumplir los países. Sin embargo, no se ha hecho mucho al respecto y miles de millones de personas siguen sufriendo del dolor en sí o de sus consecuencias.

Bajo las leyes internacionales sobre derechos humanos, los gobiernos deben asegurar que la gente tenga un acceso adecuado a los tratamientos para el alivio del dolor. Como mínimo, los países deben asegurar la disponibilidad de morfina, los fármacos principales para el tratamiento del dolor moderado a severo. La violación del derecho a la salud se debe principalmente al fracaso de tener disponibles, medicinas esenciales como la morfina, más precisamente, tomar medidas para poner

al alcance de todos los servicios de cuidado paliativo y control del dolor. En algunos casos, el fracaso de asegurar que los pacientes tengan acceso a tratamientos para los dolores severos provoca la violación a la prohibición a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Existen muchas razones para la gran cantidad de vacíos existentes entre la necesidad de tratamiento del dolor y la ayuda real que se brinda, no obstante la razón más importante es que muchos países prefieren quedarse de brazos cruzados frente a esta situación. La sobrerregulación de los gobiernos y la ignorancia de los servicios de salud se combinan para dar origen a un círculo vicioso de tratamiento insuficiente. Ya que el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos no son una prioridad para los gobiernos, los profesionales de la salud no reciben la capacitación necesaria para evaluar y tratar el dolor. Esto incrementa la existencia de un tratamiento insuficiente y la baja demanda que existe de morfina. Del mismo modo, las complejas regulaciones de abastecimiento y prescripción, y el miedo que provocan los severos castigos que tienen los errores involuntarios al manejar la morfina, desalienta las farmacias y hospitales de almacenar drogas y a los trabajadores de la salud de prescribir estos fármacos, lo que nuevamente tiene como resultado una baja demanda. La falta de prioridad de medicinas opioides no se debe a una baja prevalencia del dolor, sino a la ignorancia que existe sobre quiénes realmente lo padecen.

Para terminar con este círculo, cada gobierno y la comunidad internacional deben cumplir con sus obligaciones bajo las leyes internacionales de derechos humanos. Los gobiernos tienen que tomar medidas para eliminar las barreras que impiden la disponibilidad de fármacos para el tratamiento del dolor. Se deben establecer políticas sobre el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos; ofrecer capacitación a los profesionales de la salud, incluso a aquellos que ya están trabajando; modificar aquellas regulaciones que impiden de forma innecesaria el acceso a drogas para tratar el dolor; y tomar medidas para asegurar el acceso a estos fármacos. Aunque esta es una tarea complicada, varios países como Uganda y Vietnam, han demostrado que una propuesta más razonable es posible en países de ingresos bajos y medios. Otras naciones pueden aprender de estas experiencias y trabajar para la realización del completo acceso a los fármacos para el tratamiento del dolor.

Conflictos de interés

Los autores señalan que no tienen conflictos de interés. Esta investigación contó con el apoyo de la organización independiente no gubernamental, Human Rights Watch.

Contribución de los autores

D.L. y J.J.A. concibieron este artículo y revisaron la bibliografía existente. D.L. se encargó de la redacción y R.S. junto a J.J.A. revisaron y contribuyeron con la versión corregida. Todos los autores revisaron y aprobaron el texto final.

Apéndice 1

Análisis del caso de Uganda

En 1998, las autoridades del gobierno ugandés, representantes de organizaciones no gubernamentales y la OMS acordaron ciertas medidas para que todos tuvieran acceso al tratamiento del dolor. Entre éstas se incluyen: establecer políticas sobre el alivio del dolor en pacientes de cáncer y sida; implementar cursos de capacitación para complementar los programas de estudio actuales sobre cuidados paliativos y aumentar la cantidad de proveedores capacitados; crear nuevas regulaciones sobre drogas; actualizar la lista de drogas esenciales; realizar cálculos estimados de la necesidad médica de morfina; y que las autoridades encargadas del control de drogas soliciten un aumento de la concesión nacional de la JIFE [77].

Luego de realizar este acuerdo, Uganda tuvo un progreso considerable en reducir o eliminar barreras que tradicionalmente impedían el acceso a las medicinas para el tratamiento del dolor. El quinto año del Plan Estratégico de Salud para el año 200-2005, el gobierno descubrió que los cuidados paliativos eran un servicio clínico esencial para todos los ugandeses y de esta forma se convirtió en el primer país en África en lograrlo. También fue el primer país de África en agregar la morfina líquida a la lista de drogas esenciales, adoptaron una nueva serie de guías de ayuda para el manejo de drogas clase A para los médicos profesionales y autorizaron que la prescripción de morfina sea hecha por enfermeras que hayan recibido capacitación sobre cuidados paliativos. A principios del 2009, 79 enfermeras y profesionales de la salud recibieron entrenamiento sobre el manejo del dolor y fueron autorizados a prescribir morfina oral, varios miles de trabajadores de la salud han tomado cursos sobre el manejo del dolor y los síntomas y 34 de los 56 distritos de Uganda contaban con morfina oral disponible y en uso [65]. A pesar de este impresionante progreso, aún queda mucho por hacer, por ejemplo: asegurar el acceso y uso de morfina oral en toda Uganda; mantener estas drogas asequibles, prevenir el agotamiento de existencias y capacitar a todos los trabajadores de la salud pertinentes.

Apéndice 2

Análisis del caso de Vietnam

Desde el 2005, Vietnam ha tenido un progreso considerable en expandir el acceso a los servicios paliativos y de tratamiento del dolor. Un grupo de profesionales del cuidado paliativo, incluyendo representantes de la salud, de organismos no gubernamentales y médicos, dirigieron una situación de estudio rápido diseñada para evaluar la disponibilidad y la responsabilidad de cuidados paliativos en Vietnam. A través de este análisis se descubrió que a pesar de que el dolor crónico era una situación común entre los enfermos de cáncer y VIH/sida, la disponibilidad de analgésicos opioides era limitada, los servicios de cuidado paliativo no estaban aún disponibles y los médicos no poseían el entrenamiento adecuado para este tipo de situación [78]. El grupo encargado del estudio recomendó el desarrollo de guías de ayuda sobre el cuidado paliativo, la creación de políticas nacionales sobre el control de opioides, la expansión de la capacitación de los trabajadores de la salud y que se mejoraran el acceso y la calidad de los servicios de cuidado paliativo.

En el 2006, el ministerio de salud estableció una detallada guía de ayuda para los médicos sobre el cuidado paliativo y el manejo del dolor y en el 2008, entregó nuevas guías sobre la prescripción de opioides que disminuyeron la cantidad de barreras reguladoras claves. El mi-

nisterio también aprobó un paquete de cursos de capacitación para médicos practicantes. Actualmente dos de ellos ofrecen instrucción sobre el cuidado paliativo para estudiantes universitarios de medicina y enfermería. Sin embargo, hasta ahora sólo unos cuantos trabajadores de la salud han recibido capacitación, el conocimiento de los cuidados paliativos entre los funcionarios de la salud sigue siendo limitada, aún persisten varias barreras reguladoras y pocas farmacias y hospitales almacenan morfina oral.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Katherine Todrys, Seth Davis, Olena Baev, Emily Dauria y Mignon Lamia por su ayuda en el desarrollo del artículo y a aquellos que trabajan entregando cuidados paliativos en todo el mundo, por su dedicación y compasión. Traducido por Carolina Andrades Rivas

Referencias

1. Beuken-van Everdingen MHJ, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patjin J: Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Onc* 2007, 18:1437-1449.
2. McCormack JP, Li R, Zarowny D, Singer J: Inadequate treatment of pain in ambulatory HIV patients. *Clin J Pain* 1993, 9:279-283.
3. Singer EJ, Zorilla C, Fahy-Chandon B, Chi S, Syndulko K, Tourtelotte WW: Painful symptoms reported by ambulatory HIV infected men in a longitudinal study. *Pain* 1993, 54:15-19.
4. Lebovits AH, Smith G, Maignan M, Lefkowitz M: Pain in hospitalized patients with AIDS: analgesic and psychotropic medications. *Clin J Pain* 1994, 10:156-161.
5. Shofferman J: Pain: diagnosis and management in the palliative care of AIDS. *J Palliat Care* 1988, 4:46-49.
6. Moss V: Patient characteristics, presentation and problems encountered in advanced AIDS in a hospice setting: a review. *Palliat Med* 1991, 5:112-116.
7. Dixon P, Higinson A: AIDS and cancer pain treated with slow release morphine. *Postgrad Med J* 1991, 67:S92-S94.
8. Martin C, Pehrsson P, Osterberg A, Sonnerborg A, Hansson P: Pain in ambulatory HIV-infected patients with and without intravenous drug use. *Eur J Pain* 1999, 3:157-164.
9. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD, McDonald MV, Thaler H, Portenoy RK: The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1996, 65:243-249.
10. Fantoni M, Ricci F, Del Borgo C, Izzi I, Damiano F, Moscati AM, Marasca G, Bevilacqua N, Del Forno A: Multicentre study on the prevalence of symptoms and symptomatic treatment in HIV infection. *J Palliat Care* 1997, 13:9-13.
11. Fontaine A, LaRue F, Lasauniere JM: Physicians' recognition of the symptoms experienced by HIV patients: how reliable? *J Pain Symptom Manage* 1999, 18:263-270.
12. Mathews W, McCutcheon JA, Asch S, Turner BJ, Gifford AL, Kuromiya K, Brown J, Shapiro MF, Bozzette SA: National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Med Care* 2000, 38:762.
13. Vogl D, Rosenfeld B, Breitbart W, Thaler H, Passik S, McDonald M, Portenoy RK: Symptom prevalence, characteristics, and distress in AIDS outpatients. *J Pain Symptom Manage* 1998, 18:253-262.
14. Selwyn PA, Rivard M, Kappell D, Goeren B, LaFosse H, Schwartz C, Caraballo R, Luciano D, Post LF: Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. *J Palliat Med* 2003, 6:461-474.
15. Harding R, Molloy T, Easterbrook PE, Frame K, Higginson IJ: Is antiretroviral therapy associated with symptom prevalence and burden? *Int J STD AIDS* 2006, 17:400-405.
16. Foley KM, Wagner JL, Joranson DE, Gelband H: Pain control for people with cancer and AIDS. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2003:981-994.
17. Larue F, Fontaine A, Colleau SM: Underestimation and under-treatment of pain in HIV disease: a multicentre study. *BMJ* 1997, 314:23.
18. Dalakas MC: Peripheral neuropathy and antiretroviral drugs. *J Periph* 2001, 6:14-20.
19. Breitbart W, Patt RB, Passik SD, Reddy KS, Lefkowitz M: Pain: clinical updates. *IASP* 2006, 4:1-8.
20. Harding R, Easterbrook P, Dinat N, Higginson IJ: Pain and symptom control in HIV disease: under-researched and poorly managed. *Clin Infect Dis* 2005, 40:491-492.
21. Hewitt D, McDonald M, Portenoy R, Rosenfeld B, Passik S, Breitbart W: Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1997, 70:117-123.
22. Patel P, Hanson DL, Sullivan PS, Nowak RM, Moorman AC, Tong TC, Holmberg SD, Brooks JT, Adult and Adolescent Spectrum of Disease Project and HIV Outpatient Study Investigators: Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general population in the United States, 1992-2003. *Ann Intern Med* 2008, 148:728-736.
23. Brennan F, Carr DB, Cousins MJ: Pain management: a fundamental human rights. *Anesth Analg* 2007, 105:205-222.
24. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R: Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998, 80:147-151.
25. Rosenfeld B, Breitbart W, McDonald MV, Passik SD, Thaler H, Portenoy RK: Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. *Pain* 1996, 68:323-328.
26. World Health Organization: National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: WHO; 2002.
27. O'Neill JF, Selwyn PA, Schietinger H: A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS. Washington, DC: Health Resources and Services Administration; 2003. World Health Organization: Achieving Balance n National Opioids Control Policy. Geneva: WHO; 2000. United Nations: Single Convention on Narcotic Drugs. [http://www.incb.org/incb/convention_1961.html] website UN; 1961.
28. International Narcotics Control Board: Availability of Opiates for Medical Needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995. [http://www.incb.org/pdf/e/ar/1995/suppl1en.pdf] website INCB; 1996.
29. World Health Organization: WHO Model List of Essential Medicines. [http://www.who.int/medicines/publications/08_ENGLISH_indexFINAL_EML15.pdf] website 15th edition. Geneva: WHO; 2007.
30. United Nations Economic and Social Council: Resolution 2005/25: Treatment of Pain Using Opioid Analgesics. [http://www.un.org/docs/ecosoc/documents/2005/resolutions/Resolution%202005-25.pdf] website UN; 2005.
31. United Nations Economic and Social Council: Resolution 1990/31. 1990.
32. United Nations Economic and Social Council: Resolution 1991/43. 1991.
33. World Health Assembly: Resolution WHA 58.22 on Cancer Prevention and Control. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-en.pdf] website UN; 2005.
34. World Health Organization: Briefing Note: Access To Controlled Medications Programme. Geneva: WHO; 2008.
35. International Narcotics Control Board: Report of the International Narcotic Control Board for 2007. E/INCB/2007/1. INCB; 2008.
36. International Narcotics Control Board: Report of the International Narcotics Control Board for 2004. INCB; 2005.
37. UNAIDS: Report on The Global AIDS Epidemic 2008. UNAIDS; 2008.
38. Foley KM: Ideas For an Open Society: Pain Management. 2002.
39. International Narcotics Control Board: Report of the International Narcotic Control Board for 1999. E/INCB/1999/1. INCB; 1999.
40. Harding R, Powell RA, Kiyange F, Downing J, Mwangi-Powell F: Pain-Relieving Drugs in 12 African PEPFAR Countries: Mapping Current Providers, Identifying Current Challenges and Enabling Expansion of Pain Control Provision in the Management of HIV/AIDS. Kampala: African Palliative Care Association; 2007.
41. International Narcotics Control Board: Narcotic Drugs Estimated World Requirements of Narcotic Drugs for 2009. E/INCB/2008/2. INCB; 2009.
42. Email correspondence with Liliana de Lima, Executive Director of the International Hospice and Palliative Care Association. 2009.
43. Interview with Liliana de Lima, Executive Director of the International Hospice and Palliative Care Association. 2009.
44. World Health Organization: Cancer Pain Relief: a Guide To Opioid Availability. 2nd edition. Geneva: WHO; 1996.
45. Stjernsward J, Clark D: Palliative medicine: a global perspective. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by: Doyle G, Hanks WC, Cherny N, Calman K. New York: Oxford University Press; 2003:1199-222.
46. DFID Health Resource Center: Review of Global Policy Architecture and Country Level Practice on HIV/AIDS and Palliative Care. DFID; 2007.

47. United Nations Office on Drugs and Crime: Model Drug Laws Designed For Civil Law Countries: Document A - Model Law On The Classification of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Precursors and on the Regulation of the Licit Cultivation, Production, Manufacture and Trading of Drugs. UN; 2003.
48. United Nations Office on Drugs and Crime: Model Regulation Establishing an Interministerial Commission for the Coordination of Drug Control. UN; 2002.
49. Model Drug Abuse Bill [http://www.unodc.org/unodc/en/legal-tools/Model.html] webcite
50. Do international model drug control laws provide for drug availability? [http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/model_law_eval.pdf] webcite
51. Adams V: Access to pain relief - an essential human right. J Pain Palliat Care Pharmacother 2008, 22:101-129.
52. Green K, Kinh LN, Khue LN: Palliative Care in Vietnam: Findings from a Rapid Situation Analysis in Five Provinces. Hanoi: Vietnam Ministry of Health; 2006.
53. Human Rights Watch: Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care [http://www.hrw.org/en/node/86153] webcite HRW; 2009.
54. International Narcotics Control Board: Report of the International Narcotic Control Board for 2008. United Nations; 2009.
55. Proceedings of the 2nd Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference: 3-5 May 2008. Moscow. 2008.
56. The Ministry of Health of Ukraine: Order No. 356.
57. Anderson E, Beletsky L, Burris S, Davis C, Kresina T, eds: Closing the gap: case studies of opioid access reform in China, India, Romania and Vietnam. Report for the UK Department of International Development. DID; 2008.
58. International Narcotics Control Board: Demand For and Supply of Opiates for Medical and Scientific Needs. INCB; 1989.
59. Goldenbaum DM, Christopher M, Gallagher RM, Fishman S, Payne R, Joranson D, Edmondson D, McKee J, Thexton A: Physicians charged with opioid analgesic-prescribing offenses. Pain Medicine 2008, 9:737-47.
60. Margaret Somerville: Death of pain: pain, suffering and ethics. In Progress in Pain Research and Management, Proceedings of the 7th World Congress on Pain, International Association for the Study of Pain. Volume 2. Edited by: Gerald F Gebhart, Donna L Hammond, Troels S Jensen. Washington: IASP Press; 1994:41-58.
61. De Lima L, Sweeney C, Palmer JL, Bruera E: Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. J Pain Palliat Care Pharmacother 2004, 18:63.
62. Joransen DE, Rajagopal MR, Gilson AM: Improving access to opioid analgesics for palliative care in India. J Pain Symptom Manage 2002, 24:152-59.
63. Email correspondence with Anne Merriman, Hospice Uganda. 2009.
64. Email correspondence with Kimberly Green, Family Health International Vietnam. 2009.
65. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights GA Res. 2200A (XXI). 21 U.N. GAOR Supp. No. 16 at 49. U.N. Doc. A/6316. 993 U.N.T.S. 3. art. 11 1966.
66. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14: The Right To The Highest Attainable Standard Of Health. UN; 2000.
67. International Covenant on Civil and Political Rights: GA Res. 2200A (XXI). 21 UN GAOR Supp. No. 16 at 52.
68. UN Doc. A/6316. art. 7. UN 1966.
69. UN: Universal Declaration of Human Rights. UN Doc A/810. UN 1948.
70. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: GA Res. 39/46, Annex. 39 UN GAOR Supp. No. 51 at 197.
71. UN Doc. A/39/51. art. 16. UN. 1984.
72. Inter-American convention to prevent and punish torture OAS Treaty Series No. 67. OAS 1987.
73. European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: ETS 126. 1987.
74. African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights: OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5. 21 I.L.M. 58. 1981.
75. Z v. United Kingdom. 4 EHRR 97. 2001.
76. Letter from Special Rapporteur on the question of torture and Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health to Ms. Selma Ashipala-Musavyi, Chairperson of the 52nd Session of the Commission on Narcotic Drugs. 2008.
77. Stjernsward J: Uganda: initiating a government public health approach to pain relief and palliative care. J Pain Symptom Manage 2002, 24:
78. Green K, Kinh LN, Khue LN: Palliative care in Vietnam: Findings from a rapid situation assessment in five provinces. Hanoi: Vietnam Ministry of Health; 2006 WHO Statistical Information System [http://www.who.int/whosis/en/] webcite

Publicado por **iMedPub Journals**

<http://www.imedpub.com>

ARCHIVOS DE MEDICINA

es una revista en español de libre acceso

Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de la medicina

ARCHIVOS DE MEDICINA

se hace bilingüe.

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre publicar en Archives of Medicine

(<http://archivesofmedicine.com>)

o International Archives of Medicine

(<http://www.intarchmed.com>)

