



Estado global del tratamiento del dolor

El acceso a cuidados paliativos como derecho humano

H U M A N
R I G H T S
W A T C H



Estado global del tratamiento del dolor

El acceso a cuidados paliativos como derecho humano

Copyright © 2011 Human Rights Watch
All rights reserved.
Printed in the United States of America
ISBN: 1-56432-771-X
Cover design by Rafael Jimenez

Human Rights Watch
350 Fifth Avenue, 34th floor
New York, NY 10118-3299 USA
Tel: +1 212 290 4700, Fax: +1 212 736 1300
hrwnyc@hrw.org

Saga Building
Damascus Road, Saifi District
11-4399 Riad El Solh
Beirut, Lebanon
Tel: Tel: +961-1-217670, Fax: +961-1-217672

Poststraße 4-5
10178 Berlin, Germany
Tel: +49 30 2593 06-10, Fax: +49 30 2593 0629
berlin@hrw.org

Avenue des Gaulois, 7
1040 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 732 2009, Fax: + 32 (2) 732 0471
hrwbe@hrw.org

51, Avenue Blanc
1202 Geneva, Switzerland
Tel: +41 22 738 0481, Fax: +41 22 738 1791
hrwgva@hrw.org

First Floor, Audrey House
16-20 Ely Place
London EC1N 6SN, UK
Tel: +44 20 7713 1995, Fax: +44 20 7713 1800
hrwuk@hrw.org

27 Rue de Lisbonne
75008 Paris, France
Tel: +33 (1) 43 59 55 35, Fax: +33 (1) 43 59 55 22
paris@hrw.org

1st Fl, Wilds View
Isle of Houghton, Boundary Road
Parktown, 2198 South Africa

1630 Connecticut Avenue, N.W., Suite 500
Washington, DC 20009 USA
Tel: +1 202 612 4321, Fax: +1 202 612 4333
hrwdc@hrw.org

Web Site Address: <http://www.hrw.org>



MAYO DE 2011

ISBN 1-56432-771-X

Estado global del tratamiento del dolor

El acceso a cuidados paliativos como derecho humano

Términos fundamentales en el área de cuidados paliativos y tratamiento del dolor	i
Resumen	1
I. Antecedentes: Cuidados paliativos y tratamiento del dolor	5
La necesidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor	5
Consecuencias de la falta de tratamiento del dolor y de la ausencia de cuidados paliativos	7
Impacto de los cuidados paliativos y el control del dolor	7
Los cuidados paliativos y la brecha en el tratamiento del dolor	8
Obstáculos que afectan los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor	9
II. Resultados de la encuesta: análisis general de los obstáculos que afectan el tratamiento del dolor	10
Disponibilidad de políticas que promueven los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor	12
Capacitación de trabajadores de atención de la salud	14
Disponibilidad de fármacos	16
Sistema de suministro y distribución de analgésicos opioides	17
Reglamentaciones en materia de drogas	19
Costo de los medicamentos opioides	25
Mejores prácticas: abordar los obstáculos que afectan el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos a través de una reforma integral	28
Mapa de África	31
III. África subsahariana	32
Análisis regional	35
Disponibilidad de fármacos	38
Reglamentaciones en materia de drogas	39
Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Uganda	42
Mapa de América	44
IV. América	45
Análisis regional	47
Disponibilidad de fármacos	49
Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Colombia	52

Mapa del Medio Oriente y África del Norte	54
V. Medio Oriente y África del Norte	55
Análisis regional.....	57
Disponibilidad de fármacos.....	59
Desarrollar los cuidados paliativos: Jordania	61
Mapa de Europa	63
VI. Europa.....	64
Análisis regional.....	67
Disponibilidad de fármacos.....	70
Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Rumania	73
Mapa de Asia	75
VII. Asia.....	76
Análisis regional.....	78
Disponibilidad de fármacos.....	80
Desarrollar los cuidados paliativos: Vietnam	83
VIII. Obligaciones internacionales de derechos humanos y tratamiento del dolor.....	85
La salud como derecho humano	85
Tratamiento del dolor y derecho al más alto nivel posible de salud	87
El tratamiento del dolor y el derecho a no sufrir un trato cruel, inhumano y degradante	89
IX. Recomendaciones	91
Para los gobiernos de todo el mundo	91
Generales	91
Garantizar un sistema de suministro efectivo	91
Desarrollar y formular políticas sobre control del dolor y cuidados paliativos.....	92
Garantizar la formación de los trabajadores de atención de la salud	92
Reformar las reglamentaciones en materia de drogas	92
Garantizar la asequibilidad de los medicamentos.....	93
Para los responsables de la elaboración de políticas mundiales sobre drogas	93
Para la AMS, OMS, ONUSIDA y la comunidad de donantes	94
Para la comunidad internacional de derechos humanos.....	94
X. Metodología.....	95
Agradecimientos	98
Anexo 1 – Lista de participantes encuestados.....	99
Anexo 2 – Preguntas de la encuesta	102
Anexo 3 – Cuadro de cálculos utilizados para elaborar mapas	107

Términos fundamentales en el área de cuidados paliativos y tratamiento del dolor

Medicamento esencial: Medicamento incluido en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Cuidados paliativos: Área, dentro de la atención de la salud, que se propone mejorar la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades incapacitantes, a través de la mitigación del dolor y los síntomas, y mediante el apoyo psicosocial a los pacientes y sus familias. Los cuidados paliativos pueden brindarse en forma paralela a los tratamientos de curación; pero su finalidad es atender, no curar.

Enfermedad incapacitante: Grupo amplio de condiciones en las que se producen síntomas de dolor o sufrimiento. Si bien puede haber períodos de actividad saludable, habitualmente existe al menos la posibilidad de muerte prematura.

Centro para pacientes terminales: Un establecimiento médico especializado que brinda cuidados paliativos. Los centros para pacientes terminales pueden ser unidades de internación o para pacientes ambulatorios.

Dolor crónico: En el presente informe, se refiere al dolor que persiste durante semanas, meses o años en lugar de durar algunas horas o días. Debido a su duración, el dolor crónico moderado a severo debe tratarse con opioides orales y no con inyecciones reiteradas, especialmente en el caso de niños y personas que están debilitadas por enfermedades como el cáncer y el VIH/SIDA.

Opioides: Drogas derivadas de plantas de adormidera y drogas sintéticas similares. Todos los analgésicos fuertes, incluidas la morfina y la petidina, son opioides. Entre los opioides más leves se pueden mencionar la codeína y el tramadol.

Morfina: Medicamento opioide fuerte, el más comúnmente utilizado para el tratamiento del dolor moderado a severo. La morfina es considerada un medicamento esencial por la Organización Mundial de la Salud, tanto en su presentación inyectable como en comprimidos o solución oral. La solución oral elaborada a base de morfina en polvo es la presentación de menor costo.

Analgésicos básicos: Medicamentos no opioides para el dolor, indicados para el dolor leve. Incluyen paracetamol (también denominado acetaminofeno), aspirina, diclofenac e ibuprofeno.

Dependencia de opioides: Dependencia física experimentada por un paciente tratado con opioides durante un período prolongado, de manera que se producen síntomas de abstinencia si el opioide deja de administrarse en forma repentina. La dependencia física se trata reduciendo gradualmente la dosis del medicamento opioide. Este tipo de dependencia no debe confundirse con la adicción, un patrón de conductas que incluyen el uso compulsivo de drogas a pesar del daño que estas puedan causar, que no es frecuente en los pacientes que reciben tratamiento para el dolor con opioides.

Establecimiento de atención primaria de la salud: Establecimiento médico al que un paciente asiste en primer lugar en una situación que no constituye una emergencia, tal como una clínica o un centro de atención médica. Muchos pacientes, en todo el mundo, sólo tienen acceso a atención médica de nivel primario.

Hospital de atención terciaria: Un hospital de grandes dimensiones, que está en la cima de la escala jerárquica hospitalaria. Un hospital de atención terciaria brinda todos los servicios médicos principales en un país y admite pacientes derivados que llegan desde hospitales más pequeños con menor oferta de servicios.

Resumen

Todos los años, decenas de millones de personas de todo el mundo, afectadas por enfermedades que representan un riesgo para la vida, sufren innecesariamente dolores severos y otros síntomas que debilitan su salud por no tener acceso a cuidados paliativos. Estos cuidados son un servicio de salud de bajo costo, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con condiciones médicas graves. Según los testimonios recogidos por Human Rights Watch, en algunas ocasiones, su sufrimiento es tan intenso que preferirían morir antes que vivir con ese dolor.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) los considera un elemento integral de la atención del cáncer y ha instado a los países a tomar medidas para ampliar su disponibilidad, los cuidados paliativos siguen siendo un aspecto relegado de los cuidados de la salud: ni los responsables de elaborar políticas sobre salud ni los profesionales de atención médica los consideran prioritarios, y prácticamente no se les asignan fondos. Esta es la situación real, pese a que los expertos estiman que el 60 por ciento de las personas que fallecen cada año en los países en desarrollo —que alcanzan la asombrosa cifra de 33 millones— requieren cuidados paliativos.¹ Esto se debe, en parte, a que la mayoría de los pacientes con cáncer en los países en desarrollo reciben un diagnóstico cuando su enfermedad se encuentra en estadios avanzados y no se puede curar, de modo que los cuidados paliativos constituyen la única opción de tratamiento.

Hace exactamente 50 años, la comunidad mundial adoptó la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, en la cual se declaró que los estupefacientes son “indispensables para mitigar el dolor”, una función clave de los cuidados paliativos. La convención estableció también que los estados deben tomar las medidas necesarias para garantizar su disponibilidad. Aun así, en la actualidad, la disponibilidad de estas drogas claves para mitigar el dolor es tan baja en casi todos los países del mundo que la OMS estima que, cada año, decenas de millones de personas padecen dolor moderado a severo sin recibir tratamiento alguno, incluso 5,5 millones de pacientes con cáncer en etapa terminal, y 1 millón de pacientes que atraviesan los últimos estadios del VIH/SIDA.²

¹ J. Stjernsward y D. Clark, *Palliative Medicine: A Global Perspective*, en Derek Doyle y otros, ed., *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 3.ª ed., 2003), págs. 1199-1222.

² “Nota descriptiva: Programa de Acceso a Medicamentos Controlados de la OMS”, *Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud*, febrero de 2009, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGenrI_EN_Feb09.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010).

En 2009 y 2010, Human Rights Watch realizó una encuesta entre expertos en cuidados paliativos de 40 países, para analizar cuáles son los obstáculos que afectan la disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos y tratamiento del dolor en todo el mundo. Se les preguntó acerca de la situación en su país en tres áreas que la OMS ha identificado como críticas para el desarrollo de cuidados paliativos: política de salud, educación de los trabajadores de atención de la salud y disponibilidad de los fármacos necesarios. También se analizaron los datos que se encuentran disponibles públicamente, de todos los países, acerca del consumo de medicamentos opioides que se pueden utilizar para tratar el dolor crónico. Estos datos se compararon con los datos sobre mortalidad por cáncer y SIDA, a fin de evaluar en qué medida se satisface la necesidad de tratamiento del dolor.

La conclusión fue que existe una enorme deficiencia en el área del tratamiento del dolor. Catorce países informaron que, entre 2006 y 2008, no se había registrado consumo de analgésicos opioides, lo cual significa que, en dichos países, no hay medicamentos para tratar el dolor moderado a severo disponibles a través de canales médicos legítimos. En otros ocho países que no informan su consumo de opioides, la situación probablemente sea similar, dado que los gobiernos que participan en el régimen internacional de control de medicamentos no exportan opioides a los países que no informan dicho consumo. Otros trece países no consumen suficientes opioides como para tratar siquiera al 1 por ciento de sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA. Estos países se concentran en el África subsahariana, pero también se encuentran en Asia, Medio Oriente y África del Norte, y América Central.

Algunos de los países más poblados del mundo tienen muy baja disponibilidad de opioides para el alivio del dolor. En consecuencia, en China, India, Indonesia, Nigeria, Rusia y Sudáfrica, cada año, al menos 100.000 personas mueren de cáncer o VIH/SIDA sin tener acceso a tratamientos adecuados del dolor. El sufrimiento ocasionado por la falta de analgésicos opioides en todo el mundo es cada vez mayor. Nuestros cálculos confirman que más de 3,5 millones de pacientes terminales con cáncer y VIH/SIDA mueren cada año sin tener acceso a un tratamiento adecuado del dolor. Esta es una estimación muy conservadora que supone que todos los opioides se utilizan para tratar a este grupo de pacientes, y debe considerarse como un mero indicador de la enorme necesidad insatisfecha que existe en lo que respecta a los tratamientos contra el dolor. En la realidad, la escasa cantidad de opioides que se encuentra disponible se utiliza para tratar a pacientes que sufren dolor provocado por otras causas también. Entonces, la cantidad real de pacientes terminales de cáncer y VIH/SIDA que no reciben tratamiento para el dolor debe ser mayor, y muchos otros pacientes con cáncer, VIH/SIDA y otras enfermedades que no se encuentran en la etapa terminal también padecen dolor sin recibir tratamiento.

En muchos de los 40 países relevados en la encuesta, se encontraron múltiples obstáculos que dificultan los cuidados paliativos en cada una de las tres áreas. Solamente 11 de los países incluidos en la encuesta tienen una política nacional de cuidados paliativos, pese a que la OMS recomendó la formulación de tales políticas. La mayoría de los países examinados no cuenta con oportunidades adecuadas de formación médica en las áreas de control del dolor o cuidados paliativos, y en cuatro de los países relevados — Camerún, Etiopía, Jordania y Tanzania—, directamente no existe este tipo de formación.

De los 40 países relevados, 33 imponen algún tipo de reglamentación restrictiva sobre la prescripción de morfina, pese a que esta no es una exigencia establecida por las convenciones internacionales sobre medicamentos. En 31 de los países examinados se exige que se utilice un recetario especial para prescribir morfina, y 14 de ellos requieren que los médicos obtengan una licencia especial para hacerlo. Si bien la OMS ha recomendado que los países evalúen la posibilidad de permitir que el personal de enfermería recete morfina para ampliar la accesibilidad de este medicamento esencial, solamente dos países (Estados Unidos y Uganda) lo han puesto en práctica.³

Nuestra encuesta también identificó algunos puntos positivos. Países como Colombia, Jordania, Rumania, Uganda y Vietnam han puesto en marcha programas de reforma integrales para ampliar el acceso a los cuidados paliativos. En estos países, los líderes de la comunidad médica han trabajado con las ONG nacionales e internacionales y con sus propios gobiernos para evaluar cuáles son los obstáculos que impiden que los pacientes accedan a tratamiento del dolor, y abordarlos a través del desarrollo de políticas, reformas legislativas, la mejora de la formación médica y el suministro de medicamentos.

Los gobiernos tienen la obligación de ocuparse del sufrimiento innecesario, que afecta a tantas personas, causado por la escasa disponibilidad de cuidados paliativos en todo el mundo. En virtud de las normas internacionales de derechos humanos, los gobiernos deben asegurar un acceso equitativo al derecho a la salud y adoptar las medidas necesarias para proteger a todas las personas contra el trato inhumano y degradante. Esto debe significar que todas las políticas de salud aborden las necesidades de las personas que requieren servicios de cuidados paliativos; que quienes trabajan en el área de atención de la salud tengan conocimientos y habilidades, al menos de nivel básico, en cuidados paliativos; que los medicamentos como la morfina se encuentren disponibles en

³ En Estados Unidos, la mayoría de los estados, pero no todos, permiten que personal de enfermería recete morfina. En Camerún, el personal de enfermería con capacitación en cuidados paliativos receta morfina en la práctica, pero no está claramente establecido si la ley lo autoriza.

todo el país; y que las reglamentaciones en materia de drogas no sean un obstáculo para los pacientes que padecen dolores severos y necesitan acceder a tratamientos adecuados. No tomar estas medidas posiblemente constituirá una violación del derecho a la salud. En algunos casos, la imposibilidad de los pacientes de acceder al tratamiento del dolor severo también significará una violación de la prohibición del trato cruel, inhumano y degradante.

La comunidad internacional debe ocuparse, de manera inmediata, de la escasa disponibilidad de cuidados paliativos. Si bien la OMS ha instado a los países a asegurar la disponibilidad de los cuidados paliativos, su órgano de gobierno, la Asamblea Mundial de la Salud, prácticamente no se ha pronunciado sobre la cuestión, a pesar de la gran cantidad de personas que requieren cuidados paliativos y el enorme sufrimiento que causa la carencia de estos servicios. La OMS debe dar señales de liderazgo en forma urgente y exigir a sus miembros que tomen medidas efectivas para mejorar los cuidados paliativos.

En los últimos años, los órganos responsables de la definición de políticas sobre drogas de la ONU, la Comisión de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs, CND), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) han dedicado mucha más atención a la disponibilidad de analgésicos fuertes. En 2010, la CND adoptó una resolución sobre el tema, y la ONUDD analizó la cuestión en detalle en el Informe Mundial sobre las Drogas, su publicación insignia. En 2011, la JIFE publicó un suplemento especial a su Informe Anual dedicado a este tema. Mejorar el acceso a los medicamentos esenciales debería ser uno de los aspectos centrales en la promoción de los derechos humanos, en el marco del trabajo de los órganos responsables de la definición de políticas sobre drogas de la ONU. En reconocimiento al 50.º aniversario de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, estos organismos de la ONU deberían aprovechar este impulso y desarrollar planes concretos para implementar la resolución de la CND y la recomendación de la JIFE.

I. Antecedentes: Cuidados paliativos y tratamiento del dolor

La necesidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor

Los cuidados paliativos constituyen una respuesta compasiva al sufrimiento de pacientes con enfermedades incapacitantes, como el cáncer o el VIH/SIDA. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en relación con la enfermedad incapacitante. A diferencia de la atención de la salud con fines curativos, la finalidad de los cuidados paliativos no es curar al paciente ni extender su vida, sino evitar y aliviar el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se dice que Dame Cicely Saunders, fundadora del primer centro para pacientes terminales y tenaz defensora de los cuidados paliativos, lo expresó diciendo que los cuidados paliativos consisten en “agregar vida a los días, no días a la vida”.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que los cuidados paliativos son un aspecto integral de la atención de la salud para el cáncer, el VIH/SIDA y varias otras afecciones, y que deberían estar disponibles para las personas que los necesiten.⁴ Si bien los cuidados paliativos suelen asociarse con el cáncer, un círculo mucho más amplio de pacientes con afecciones de la salud que limitan su capacidad de llevar una vida normal pueden beneficiarse con estos cuidados, incluidos aquellos que sufren demencia; enfermedad cardíaca, hepática o renal; o lesiones crónicas y debilitantes. A menudo, los cuidados paliativos se brindan junto con servicios de cuidados curativos.

La OMS ha destacado que los cuidados paliativos son particularmente importantes en los países en desarrollo, donde el VIH/SIDA alcanza los mayores índices de incidencia, el tratamiento no está disponible de manera universal, y muchos pacientes con cáncer solicitan atención médica recién cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado, en que ya no puede curarse, pero causa un dolor severo.⁵ Si bien los proveedores de cuidados paliativos pueden ofrecer servicios en centros para pacientes terminales u hospitales, normalmente se centran en los cuidados domiciliarios para personas con enfermedades terminales o con condiciones incapacitantes para la vida, que de otro modo no tendrían ningún acceso a servicios de atención de la salud, como el control del dolor. La OMS ha instado a los países con recursos limitados a focalizarse en desarrollar servicios de cuidados paliativos domiciliarios, que pueden ser brindados por

⁴ OMS, “Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y Pautas para la Gestión”, segunda edición, págs. 86-87.

⁵ Organización Mundial de la Salud, “Programas nacionales de lucha contra el cáncer, Directrices sobre política y gestión”, 2002, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2010) págs. 85-86.

un profesional de enfermería o un trabajador de atención de la salud de la comunidad que visite al paciente en su hogar, bajo la supervisión de un médico. Con esta modalidad, los cuidados paliativos podrían brindarse de manera efectiva en función de los costos.⁶

El dolor moderado a severo es un síntoma común del cáncer y del VIH/SIDA, así como de muchas otras afecciones de la salud.⁷ Un informe reciente sobre estudios del dolor en pacientes con cáncer determinó que más del 50 por ciento de los pacientes experimentan dolor,⁸ y las investigaciones han demostrado reiteradamente que entre el 60 y el 90 por ciento de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor de moderado a severo.⁹

Pese a que no se han publicado estudios de base poblacional sobre el dolor relacionado con el SIDA, existen numerosos informes que señalan que entre el 60 y el 80 por ciento de los pacientes en las etapas terminales de su enfermedad experimentan dolor significativo.¹⁰ Aumentar la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) en países de ingresos medios y bajos prolonga la vida de muchas personas con VIH. Si bien las personas que reciben TARV suelen padecer menos dolor que aquellas que no logran obtenerlo, muchas siguen experimentando síntomas de dolor.¹¹ El TARV puede ser, en sí mismo, una causa de dolor, especialmente de dolor neuropático causado por daños en los nervios.¹²

⁶ Ibíd., págs. 85, 91.

⁷ El dolor también es un síntoma de muchas otras enfermedades y condiciones crónicas, y el dolor agudo suele ser un efecto colateral de los procedimientos médicos. Sin embargo, el presente documento se centra principalmente en el dolor crónico.

⁸ M. van den Beuken-van Everdingen et al., “Prevalence of Pain in Patients with Cancer: A Systematic Review of the Past 40 Years”, *Annals of Oncology*, Vol. 18, n.º 9 (2007), págs. 1437-1499.

⁹ Charles S. Cleeland et al., “Multidimensional Measurement of Cancer Pain: Comparisons of U.S. and Vietnamese Patients”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 3, n.º 1 (1988); Charles S. Cleeland et al., “Dimensions of the Impact of Cancer Pain in a Four Country Sample: New Information from Multidimensional Scaling”, *Pain*, vol. 67, n.º 2-3 (1996), págs. 267-73; Randall L. Daut y Charles S. Cleeland, “The Prevalence and Severity of Pain in Cancer”, *Cancer* vol. 50, n.º 9 (1982) pág. 1913; Kathleen M. Foley, *Pain Syndromes in Patients with Cancer*, en Kathleen M. Foley et al., ed., *Advances in Pain Research and Therapy* (1979) págs. 59-75; Kathleen M. Foley, “Pain Assessment and Cancer Pain Syndromes”, en Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks y Neil MacDonald, *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 2.ª ed., 1999), págs. 310-331; J. Stjernsward y D. Clark, *Palliative Medicine: A Global Perspective*, en Derek Doyle y otros, ed., *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 3.ª ed., 2003), págs. 1199-1222.

¹⁰ K. Green, *Evaluating the Delivery of HIV Palliative Care Services in Out-Patient Clinics in Viet Nam, Upgrading Document*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2008); Kathleen M. Foley et al., “Pain Control for People with Cancer and AIDS”, en Dean T Jamison et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Washington: World Bank Publications, 2.ª ed. 2003), págs. 981-994; Francois Larue et al., “Underestimation and Under-Treatment of Pain in HIV Disease: A Multicentre Study”, *British Medical Journal*, vol. 314 (1997) <http://www.bmj.com/cgi/content/full/314/7073/23> (consultado el 6 de agosto de 2010), pág. 23; J. Schofferman y R. Brody, *Pain in Far Advanced AIDS*, en K. M. Foley et al., ed., *Advances in Pain Research and Therapy* (1990) págs. 379-386; E. J. Singer et al., “Painful Symptoms Reported by Ambulatory HIV-Infected Men in a Longitudinal Study”, *Pain*, vol. 54 (1993) págs. 15-19.

¹¹ P. Selwyn y M. Forstein, “Overcoming the False Dichotomy of Curative vs. Palliative Care for Late-Stage HIV/AIDS”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 290 (2003) págs. 806-814.

¹² M. C. Dalakas, “Peripheral Neuropathy and Antiretroviral Drugs”, *Journal of the Peripheral Nervous System*, vol. 6, n.º 1 (2001), págs. 14-20. Varios estudios han determinado que entre el 29 y el 74 por ciento de las personas que reciben tratamiento antirretroviral sufren síntomas de dolor: K. Green, *Evaluating the Delivery of HIV Palliative Care Services in Out-Patient Clinics in Viet Nam, Upgrading Document*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2008).

Consecuencias de la falta de tratamiento del dolor y de la ausencia de cuidados paliativos

El dolor moderado a severo, así como otros síntomas físicos y psicosociales, tiene un profundo impacto sobre la calidad de vida. El dolor puede ocasionar una reducción de la movilidad y, por consiguiente, causar astenia, comprometer el sistema inmunológico y afectar la capacidad de una persona de alimentarse, concentrarse, dormir o interactuar con otros.¹³ Un estudio de la OMS comprobó que las personas que viven con dolor crónico tienen cuatro veces más posibilidades de sufrir depresión o ansiedad.¹⁴ Los efectos físicos y psicológicos del dolor crónico pueden afectar directamente la evolución de la enfermedad y también hacer que el paciente no continúe con el tratamiento.¹⁵

El dolor también tiene consecuencias sociales para los pacientes y las personas responsables de su cuidado. Esto incluye la incapacidad para trabajar, cuidar de los hijos u otros familiares, y participar en actividades sociales.¹⁶ Al final de la vida, el dolor puede interferir en la capacidad de un paciente de despedirse de sus seres queridos y tomar sus últimas decisiones.

Impacto de los cuidados paliativos y el control del dolor

La mayor parte del sufrimiento causado por el dolor puede evitarse, ya que los medicamentos para tratarlo son efectivos, seguros, económicos y, en general, fáciles de administrar.¹⁷ La Escalera Analgésica de la OMS recomienda administrar analgésicos cada vez más potentes a medida que se agrava el dolor, comenzando con los más básicos (como acetaminofeno, aspirina o ibuprofeno) y luego utilizando medicamentos fuertes, como la morfina.¹⁸

Al igual que la morfina, todos los analgésicos fuertes son opioides: extractos de la planta de adormidera o drogas sintéticas similares. La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la

¹³ F. Brennan, D.B. Carr y M. Cousins, "Pain Management: A Fundamental Human Right", *Anesthesia & Analgesia*, vol. 105 (2007), págs. 205-221.

¹⁴ O. Gureje et al., "Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organization Study in Primary Care", *Journal of the American Medical Association*, vol. 280 (1998) págs. 147-51. Ver también: B. Rosenfeld et al., "Pain in Ambulatory AIDS Patients. II: Impact of Pain on Psychological Functioning and Quality of Life", *Pain*, vol. 68, n.º 2-3 (1996) págs. 323-28.

¹⁵ B. Rosenfeld et al., "Pain in Ambulatory AIDS Patients. II: Impact of Pain on Psychological Functioning and Quality of Life", *Pain*, págs. 323-28.

¹⁶ R. L. Daut et al., "Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and Other Diseases", *Pain*, vol. 17, n.º 2 (1983) págs. 197 - 210.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, "Logrando equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides", 2000, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/jwhoip39e/> (consultado el 6 de agosto de 2010).

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, "Escalera Analgésica de la OMS", 2010, <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> (consultado el 6 de agosto de 2010). La Escalera Analgésica se ha desarrollado para el cáncer, pero también se consulta en relación con otras afecciones.

OMS incluye morfina en comprimidos orales, en solución oral y en presentaciones inyectables.¹⁹ Para el control del dolor crónico, la OMS recomienda la morfina oral administrada a intervalos regulares, durante las 24 horas.²⁰ Los pacientes pueden tomar morfina oral sin dificultad en sus hogares, y esta presentación evita el dolor de las inyecciones periódicas, lo cual es especialmente importante en el caso de los niños y los pacientes cuyos tejidos musculares están debilitados por el cáncer o el VIH/SIDA. De manera similar, con intervenciones relativamente económicas, los proveedores de cuidados paliativos pueden tratar otros síntomas diversos que son frecuentes entre personas afectadas por enfermedades que representan un riesgo para la vida; por ejemplo, la respiración entrecortada, las náuseas, la ansiedad y la depresión.

Numerosos estudios han demostrado que los pacientes que reciben cuidados paliativos disfrutan de una mejor calidad de vida, tienen menos síntomas físicos que causan sufrimiento, y muestran una menor incidencia de depresión o ansiedad. Un estudio reciente publicado en el *New England Journal of Medicine* comprobó que, además de mejorar la calidad de vida, cuando los cuidados paliativos comenzaban a brindarse poco después del diagnóstico en pacientes con cáncer de pulmón metastásico, estas personas efectivamente vivían un promedio de tres meses más que aquellas que no tenían acceso a cuidados paliativos.²¹

Los cuidados paliativos y la brecha en el tratamiento del dolor

La OMS y la JIFE, en reiteradas oportunidades, han llamado la atención acerca de la enorme necesidad insatisfecha que existe en lo que hace al tratamiento del dolor. Así, instaron a los países a satisfacer esta necesidad a través de servicios de cuidados paliativos de bajo costo. La OMS estima que, cada año, decenas de millones de personas sufren dolor moderado a severo y no reciben tratamiento, lo cual incluye a 5,5 millones de pacientes con cáncer terminal y 1 millón de pacientes que atraviesan las últimas fases del VIH/SIDA. El presidente de la JIFE señaló que el acceso a la morfina y otros analgésicos fuertes es “prácticamente inexistente en más de 150 países”.²²

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, “16va Lista Modelo de Medicamentos Esenciales”, marzo de 2009, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010).

²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 14 (2.ª ed. 1996).

²¹ Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., y Thomas J. Lynch, M.D., *Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer* *N Engl J Med* 2010; 363:733-742, 19 de agosto de 2010.

²² “Nota descriptiva: Programa de Acceso a Medicamentos Controlados de la OMS”, Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud, febrero de 2009, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGenrL_EN_Feb09.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010); Sevil Atasoy, *Declaración del Profesor Sevil Atasoy, Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes* (2009).

http://www.incb.org/documents/President_statements_09/2009_ECOSOC_Substantive_Session_published.pdf pág. 2;

En 2006, el Observatorio Internacional de Cuidados al Final de la Vida (International Observatory on End of Life Care) publicó un estudio que determinó que no se podía identificar ninguna actividad de cuidados paliativos en 78 de 234 países analizados; en 41 países, se halló algún tipo de preparación para brindar servicios de cuidados paliativos, pero no se encontraron servicios reales; y en 80 países, se detectó la “prestación localizada” de cuidados paliativos por parte de unos pocos servicios aislados. Sólo en 35 países el estudio determinó que los cuidados paliativos se estaban “acercando a una integración” con los servicios de salud.²³

Obstáculos que afectan los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor

No falta información acerca de los motivos por los cuales tantas personas que sufren condiciones incapacitantes para la vida no tienen acceso a tratamiento del dolor y cuidados paliativos adecuados. En decenas de publicaciones, a lo largo de varias décadas, la OMS, la JIFE, proveedores de atención de la salud, académicos y otros actores han descripto estos obstáculos de manera sumamente pormenorizada.²⁴ En varias de estas publicaciones, se señala que muchos gobiernos del mundo no adoptan medidas razonables para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

Los obstáculos pueden dividirse en tres áreas: falta de políticas de salud que apoyen el desarrollo de los cuidados paliativos, falta de capacitación pertinente para los trabajadores de atención de la salud, y escasa disponibilidad de drogas esenciales para cuidados paliativos. Dentro de esta última categoría, existe una serie de obstáculos comunes; por ejemplo, que los estados no implementen sistemas eficaces de suministro de medicamentos, la existencia de reglamentaciones y prácticas de control de medicamentos con restricciones innecesarias, el temor de los trabajadores de atención de la salud a recibir sanciones legales por recetar legítimamente medicamentos opioides y el costo innecesariamente alto de los analgésicos. En el informe de Human Rights Watch de marzo de 2009, *“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano* se puede consultar un análisis más detallado de estos obstáculos.

Organización Mundial de la Salud, “16va Lista Modelo de Medicamentos Esenciales”, marzo de 2009, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010).

²³ Michael Wright y otros, “Mapping levels of palliative care development: a global view”. International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, noviembre de 2006, www.eolc-observatory.net/global/pdr/world_map.pdf (consultado el 10 de febrero de 2011).

²⁴ Human Rights Watch, *“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, marzo de 2009, http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health0309web_1.pdf.

II. Resultados de la encuesta: análisis general de los obstáculos que afectan el tratamiento del dolor

A través de la encuesta, se elaboró un mapa de los obstáculos que afectan los cuidados paliativos en relación con la política de salud, la educación de los trabajadores de atención de la salud y la disponibilidad de fármacos en 40 países. Interrogamos a los trabajadores de atención de la salud acerca de algunos obstáculos comunes en cada una de estas áreas para comprender cuál es su verdadera incidencia. Las preguntas se basan en investigaciones que Human Rights Watch realizó anteriormente para su informe de marzo de 2009, *“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*.²⁵

Los resultados de la encuesta confirman las conclusiones generales de ese informe, pero brindan una perspectiva más detallada de los obstáculos específicos que existen en cada país, junto con datos sobre la prevalencia de dichos obstáculos a nivel internacional. Además, brindan un plan de trabajo para que cada país, como así también la comunidad internacional, tome las medidas necesarias para mejorar la disponibilidad de los cuidados paliativos. Nuestras comparaciones del consumo de medicamentos opioides con las cifras de mortalidad por cáncer y VIH/SIDA demuestran cuán escasa es la disponibilidad de tratamientos contra el dolor en muchos países del mundo.

La conclusión fue que existe una enorme deficiencia en el área del tratamiento del dolor. Catorce países —Antigua y Barbuda, Bolivia, Camerún, Comoras, Yibuti, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Kiribati, Honduras, Suazilandia, Islas Salomón, Tanzania y Tuvalu— informaron que no se había registrado consumo de analgésicos opioides entre 2006 y 2008, lo cual significa que, en esos países, no hay medicamentos para tratar el dolor moderado a severo disponibles a través de canales médicos legítimos.

En otros 8 países que no informan su consumo de opioides a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes —Afganistán, Belice, Guinea Ecuatorial, Fiji, Liberia, Niue, Somalia y Timor-Leste—, la situación probablemente sea similar, dado que los países que participan en el régimen internacional de control de medicamentos no exportan opioides a esos países. Otros 13 países —Burkina Faso, Burundi, Camboya, República Centroafricana, Chad, Costa de Marfil, Etiopía, Haití, Malawi, Mali, Níger, Nigeria y Ruanda— no consumen

²⁵ Human Rights Watch, *“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, marzo de 2009, http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health0309web_1.pdf. Consultar el Anexo 2 para conocer las preguntas de la encuesta.

opioides suficientes para tratar siquiera al 1 por ciento de sus pacientes terminales con cáncer y VIH/SIDA.

Naturalmente, esto significa que, en todos estos países, cada año, decenas de miles de pacientes sufren dolor innecesariamente. Por ejemplo, en Nigeria, cada año, más de 173.000 personas con cáncer terminal y pacientes con VIH/SIDA necesitan tratamiento para el dolor moderado a severo, pero el total de opioides consumidos en Nigeria fue suficiente para tratar a sólo 274 de esos pacientes. En Etiopía, más de 85.000 de dichos pacientes necesitan tratamiento, pero los medicamentos disponibles son suficientes para menos de 500. Camboya, que tiene menor cantidad de población, aún tiene más de 14.000 pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal por año que sufren dolor, pero los medicamentos alcanzan para tratar solamente a 91. Además de Nigeria, otros países como China, India, Indonesia y Rusia tienen una escasa disponibilidad de opioides para aliviar el dolor, y más de 100.000 pacientes que mueren de cáncer o VIH/SIDA cada año sin acceso a un tratamiento adecuado contra el dolor.

El sufrimiento ocasionado por la falta de analgésicos opioides en todo el mundo es cada vez mayor. Nuestros cálculos confirman que, cada año, más de 3,5 millones de pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal mueren sin tener un acceso adecuado al tratamiento del dolor. Esto incluye al menos 1,7 millones de pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal en Asia, 1,2 millones en África subsahariana, 480.000 en Europa, 180.000 en Medio Oriente y África del Norte, y 100.000 en América. Se debe destacar que estas son estimaciones sumamente conservadoras, que suponen que todos los opioides se utilizan para tratar a este grupo de pacientes. Por eso es inferior a la estimación de la OMS de que, cada año, 5,5 millones de pacientes terminales con cáncer y 1 millón de pacientes en las últimas fases del VIH/SIDA sufren sin recibir tratamiento contra el dolor.²⁶

Nuestros cálculos se enfocan en pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal, porque estas personas tienen una gran necesidad y también porque se dispone de datos sobre mortalidad por estas causas para la mayoría de los países, y no respecto de muchas otras enfermedades que causan un intenso dolor. En realidad, la cantidad limitada de opioides que se encuentra disponible se utiliza para tratar a pacientes que sufren dolor por otras causas, de manera que la cifra real de pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal que no reciben tratamiento debe ser mayor, y muchos otros pacientes con cáncer o VIH/SIDA que no se encuentran en etapa terminal, y con otras enfermedades, también

²⁶ “Nota descriptiva: Programa de Acceso a Medicamentos Controlados de la OMS”, *Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud*, febrero de 2009, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGenrL_EN_Feb09.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010).

están sufriendo dolor sin recibir tratamiento alguno. En consecuencia, la necesidad no atendida de los pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal debe considerarse como un mero indicador que señala una necesidad insatisfecha aún más acuciante de tratamiento del dolor.

Disponibilidad de políticas que promueven los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor

La OMS ha subrayado la importancia de contar con estrategias integrales para mejorar el acceso a los cuidados paliativos.²⁷ Sin estas políticas, es difícil asegurar que todas las agencias gubernamentales y no gubernamentales pertinentes actúen de manera coordinada para atender todos los obstáculos que impiden el desarrollo de cuidados paliativos de manera simultánea. La garantía del derecho a la salud exige a los países desarrollar políticas de salud que aborden las necesidades de toda la población, incluidas las personas afectadas por enfermedades que ponen en peligro la vida.²⁸

En nuestra encuesta, solicitamos información acerca de la disponibilidad de políticas nacionales de cuidados paliativos; además, preguntamos si los cuidados paliativos estaban contemplados en las políticas o planes nacionales sobre control del cáncer y el VIH, y si la morfina oral e inyectable estaban incluidas en las listas nacionales de medicamentos esenciales.

Políticas nacionales de cuidados paliativos: De los 40 países relevados en la encuesta, 29 no tenían una política nacional de cuidados paliativos. Argentina, Brasil, Indonesia, Francia, Filipinas, Polonia, Corea del Sur, Turquía, Uganda, el Reino Unido y Vietnam cuentan con una política en tal sentido. Si bien a las personas encuestadas no se les preguntó directamente sobre la implementación, en dos de estos países (Argentina y Brasil), los encuestados manifestaron a Human Rights Watch que, en la realidad, los gobiernos no estaban implementando las políticas de cuidados

²⁷ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 14 (2.ª ed. 1996). Los expertos del ámbito académico también subrayan la necesidad de establecer políticas de cuidados paliativos: Stjernsward, J. y D. Clark, *Palliative Medicine: A Global Perspective*, en Derek Doyle y otros, ed., *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 3.ª ed., 2003), págs. 1199-1222; DFID Health Resource Center, *Review of Global Policy Architecture and Country Level Practice on HIV/AIDS and Palliative Care* (2007).

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915).

paliativos.²⁹ En Indonesia, las personas encuestadas señalaron que las políticas se estaban implementando solamente de manera parcial.³⁰

Políticas y planes nacionales de control del cáncer: Las políticas y planes nacionales de control del cáncer de 24 de los 40 países examinados hacen referencia al control del dolor o a los cuidados paliativos. Ocho países no tienen ningún tipo de política ni plan nacional de control del cáncer. En algunos países, como la India, la referencia a los cuidados paliativos es esencialmente retórica, dado que no está respaldada por un plan de acción, por objetivos ni por la asignación de partidas presupuestarias.³¹ No está claro en cuántos de los demás países relevados se da esta misma situación.

Políticas y planes nacionales de control del VIH/SIDA: En 23 países analizados a través de la encuesta, las políticas nacionales de control del SIDA no hacían referencia a los cuidados paliativos, incluidos tres países con alta prevalencia de esta enfermedad: Camerún, Etiopía y Kenia.³² Las políticas de control del SIDA de 11 países examinados hacían referencia a los cuidados paliativos, incluso en algunos países con gran cantidad de casos, como Sudáfrica, Tanzania, Nigeria y Uganda. Cuatro de los países relevados carecían de una política nacional de control del SIDA.

Sin embargo, se observó una cantidad más de dos veces superior de políticas sobre cáncer que se referían a cuidados paliativos, y esto podría indicar que los cuidados paliativos se han asociado, durante mucho tiempo, con el control del cáncer. Por ejemplo, la OMS ha realizado amplias recomendaciones sobre el desarrollo de los cuidados paliativos como parte de los programas de control del cáncer, pero ha hecho escasas referencias a la importancia que revisten para pacientes afectados por otras enfermedades.³³ Muchas veces, los cuidados

²⁹ Correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con el Dr. Roberto Wenk, Argentina, 18 de octubre de 2010; correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con el Dr. Roberto Bettega, Brasil, 10 de diciembre de 2010.

³⁰ Entrevistas de Human Rights Watch con médicos de Indonesia que solicitaron que su identidad no fuera revelada, 19 de enero de 2010 y 5 de noviembre de 2010.

³¹ Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care*, octubre de 2009, <http://www.hrw.org/en/reports/2009/10/28/unbearable-pain-o>.

³² “Alta prevalencia” se define como incidencia del VIH en adultos superior al 5% de la población; datos proporcionados por ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, 2010, <http://www.unaids.org/globalreport/> (consultado el 11 de marzo de 2011).

³³ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 14 (2.ª ed. 1996); Organización Mundial de la Salud, “Programas nacionales de lucha contra el cáncer, Directrices sobre política y gestión”, 2002, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2010), pág. 86.

paliativos y el tratamiento del dolor no fueron tenidos en cuenta en las respuestas nacionales e internacionales al VIH/SIDA, pese a la alta prevalencia del dolor y otros síntomas en personas que viven con VIH/SIDA.³⁴

Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales: La OMS considera que la morfina, ya sea en presentación inyectable u oral, es un medicamento esencial para el tratamiento del dolor que debería estar disponible para todas las personas que lo necesiten³⁵. De los países examinados, solamente en el caso de Corea del Sur se advirtió que la morfina inyectable no estaba incluida en la lista de medicamentos esenciales. Seis países no habían incluido la morfina para administración oral: Corea del Sur, Tanzania, Egipto, Irán, Ucrania y Georgia. Tres países —Alemania, el Reino Unido (RU) y Estados Unidos (EE. UU.)— no cuentan con una lista de medicamentos esenciales.

Capacitación de trabajadores de atención de la salud

Uno de los obstáculos que más afectan la prestación de servicios de calidad de cuidados paliativos y de tratamiento del dolor en muchos países es la falta de capacitación de los trabajadores de atención de la salud. Muchos no comprenden cabalmente los cuidados paliativos, no saben cómo proporcionarlos y sostienen diversos mitos acerca de la morfina y otros analgésicos opioides. Informantes claves de 16 países examinados señalaron, cuando se les preguntó si a los trabajadores de atención de la salud les preocupaba tener que enfrentar posibles repercusiones legales al utilizar medicamentos opioides, que el mayor problema era que los trabajadores de atención de la salud en sus países eran reticentes al uso

³⁴ K. Green, *Evaluating the Delivery of HIV Palliative Care Services in Out-Patient Clinics in Viet Nam, Upgrading Document*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2008); Kathleen M. Foley et al., “Pain Control for People with Cancer and AIDS”, en Dean T Jamison et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Washington: World Bank Publications, 2.ª ed. 2003), págs. 981-994; Francois Larue et al., “Underestimation and Under-Treatment of Pain in HIV Disease: A Multicentre Study”, *British Medical Journal*, vol. 314 (1997), <http://www.bmj.com/cgi/content/full/314/7073/23> (consultado el 6 de agosto de 2010) pág. 23; J. Schofferman y R. Brody, *Pain in Far Advanced AIDS*, en K. M. Foley et al., ed., *Advances in Pain Research and Therapy* (1990), págs. 379-386; E. J. Singer et al., “Painful Symptoms Reported by Ambulatory HIV-Infected Men in a Longitudinal Study”, *Pain*, vol. 54 (1993), págs. 15-19; P. Selwyn y M. Forstein, “Overcoming the False Dichotomy of Curative vs. Palliative Care for Late-Stage HIV/AIDS”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 290 (2003) págs. 806-814; Richard Harding et al., “Does Palliative Care Improve Outcomes for patients with HIV/AIDS: A systematic review of the evidence”, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81 (2005), págs. 5-14; Justin Amery et al., “The Beginning of Children’s Palliative Care in Africa: Evaluation of a Children’s Palliative Care Service in Africa”, *Journal of Palliative Medicine*, vol. 12 (2009), págs. 1015-1021.

³⁵ Organización Mundial de la Salud, “16va Lista Modelo de Medicamentos Esenciales”, marzo de 2009, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010), incluye los siguientes analgésicos opioides: comprimido de codeína: 30 mg (fosfato); inyección de morfina: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina) en ampolla de 1-ml; solución oral: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina)/5 ml, comprimido: 10 mg (sulfato de morfina); comprimido (liberación prolongada): 10 mg; 30 mg; 60 mg (sulfato de morfina).

de medicamentos opioides porque tenían temores exagerados respecto de que tales fármacos causaran síndromes de dependencia o insuficiencia respiratoria a los pacientes.³⁶

Para superar estos obstáculos, la OMS ha recomendado que los países brinden capacitación sobre cuidados paliativos a los trabajadores de la atención de la salud.³⁷ En virtud del derecho a la salud, los países tienen la obligación de asegurar que los trabajadores de atención de la salud reciban, al menos, capacitación sobre los conceptos básicos de los cuidados paliativos.³⁸ Dado que casi todos los médicos atenderán, en algún momento, a pacientes que necesiten cuidados paliativos y tratamiento del dolor, la formación en estas disciplinas debe estar presente en todos los programas de estudios de Medicina de nivel de grado, y en todas las capacitaciones de posgrado en disciplinas médicas que normalmente manejan pacientes que requieren cuidados paliativos.

En nuestra encuesta, nos propusimos obtener información acerca de la disponibilidad de programas de formación sobre cuidados paliativos en los estudios de grado y de posgrado en Medicina, así como también determinar si existían cursos para que quienes ya ejercen la profesión médica puedan continuar su capacitación. También preguntamos a los informantes claves si la formación en cuidados paliativos era obligatoria en los cursos de grado.

Formación médica de grado: La formación en control del dolor (sea como parte de la formación en cuidados paliativos o no) estaba presente en todos los programas de grado en sólo cinco de los países analizados (Francia, Kenia, Polonia, Uganda y el Reino Unido). En cuatro de estos países —Francia, Polonia, Uganda y el Reino Unido—, tenía carácter obligatorio para los estudiantes de programas de grado en Medicina. En Alemania, la formación obligatoria en cuidados paliativos en estudios médicos de grado se introducirá en forma gradual a partir de 2014.³⁹ En 33 de los 40 países, la formación en control del dolor se encuentra disponible en algunos programas médicos de grado.

Formación médica de posgrado: En la mayoría de los países relevados —31 de 40—, las personas encuestadas informaron que existen oportunidades de capacitación de posgrado en control del dolor (ya sea como parte de la formación

³⁶ Esos temores fueron mencionados por trabajadores de atención de la salud de Bangladesh, Brasil, Camboya, Camerún, China, Colombia, la República Dominicana, Etiopía, Guatemala, Nepal, Filipinas, Sudáfrica, Corea del Sur, Tanzania, Tailandia y Vietnam.

³⁷ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* (2.ª ed. 1996).

³⁸ Ver capítulo IX para conocer más detalles acerca de la obligación de los gobiernos de asegurar que los trabajadores de atención de la salud reciban formación en cuidados paliativos.

³⁹ Entrevista de Human Rights Watch con el Profesor Lucas Radbruch, Alemania, 4 de febrero de 2010.

en cuidados paliativos o independientemente de esta). En Etiopía, Tanzania, Camerún, Guatemala, Irán, Jordania y China, no existe ningún tipo de capacitación de posgrado en cuidados paliativos. Muchas personas encuestadas, particularmente en África y Asia, manifestaron que los trabajadores de atención de la salud que deseaban especializarse en cuidados paliativos completaban su capacitación de posgrado por correspondencia o en países extranjeros.

Disponibilidad de fármacos

Teniendo en cuenta las posibilidades de abuso, la morfina y todos los demás analgésicos fuertes se encuentran regulados en virtud de la Convención Única sobre Estupefacientes y las leyes y reglamentaciones nacionales sobre control de drogas.⁴⁰ Esto significa que solamente pueden fabricarse, importarse y exportarse, distribuirse, prescribirse y administrarse con autorización del gobierno, y bajo la supervisión de un órgano creado por la Convención Única: la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

El hecho de que la morfina y otros analgésicos fuertes sean medicamentos controlados ha dado lugar a una serie de problemas vinculados con su disponibilidad, ya que los países tienen dificultades para implementar sistemas efectivos de suministro y distribución; con su accesibilidad, dado que muchos países han sancionado leyes para el control de los medicamentos que han ocasionado dificultades en la prescripción de estas drogas por parte de los profesionales y en su recepción por parte de los pacientes; y con el costo de los fármacos, porque las medidas de control y otros factores han elevado innecesariamente el precio de estos medicamentos, que se pueden elaborar a muy bajo costo.

La OMS ha instado a los países a implementar sistemas efectivos de suministro y distribución y a asegurar que las medidas de control de los medicamentos no obstaculicen innecesariamente su disponibilidad y las posibilidades de acceder a ellos.⁴¹ En virtud de las convenciones sobre drogas de la ONU, “deben adoptarse las medidas necesarias” para garantizar la disponibilidad de los medicamentos controlados, previniendo al mismo tiempo el uso indebido o la desviación.⁴² Conforme al derecho internacional de los

⁴⁰ Convención Única sobre Estupefacientes, Naciones Unidas, *Convención Única sobre Estupefacientes* (1961) http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010).

⁴¹ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* (2.ª ed. 1996).

⁴² Convención Única sobre Estupefacientes, Naciones Unidas, *Convención Única sobre Estupefacientes* (1961), http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010), preámbulo.

derechos humanos, los países tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales como la morfina y la posibilidad de acceder a ellos.⁴³

En nuestra encuesta, solicitamos información para evaluar la calidad de los sistemas de suministro y distribución de analgésicos opioides con que cuenta cada país, sus reglamentaciones en materia de drogas y el costo de los analgésicos opioides.

Sistema de suministro y distribución de analgésicos opioides

Dado que la importación, la producción y la distribución de medicamentos controlados se encuentran bajo el exclusivo control del gobierno, simplemente no se encontrarán disponibles si el gobierno no toma medidas para implementar sistemas efectivos de suministro. Los gobiernos deben enviar a la JIFE estimaciones anuales de la cantidad de morfina y otros medicamentos opioides que necesitarán. También deben aprobar la elaboración o la importación de dichos medicamentos; otorgar licencias a los proveedores de atención de la salud y a las farmacias antes de que estos puedan almacenar reservas de tales fármacos y suministrarlos; y autorizar los movimientos entre fabricantes, farmacias y establecimientos de salud.

En nuestra encuesta, nos propusimos determinar en qué medida está disponible la morfina en diferentes tipos de establecimientos de atención de la salud en los países, como una manera de medir la efectividad de los sistemas de suministro y distribución que han implementado los gobiernos. En particular, solicitamos información acerca de la disponibilidad de morfina inyectable en los hospitales y de morfina de administración oral en hospitales de atención terciaria, otros hospitales, farmacias, centros de salud, centros para pacientes terminales y centros de atención de pacientes con SIDA. También preguntamos si, según la experiencia de los informantes claves, el acceso a la morfina era más difícil fuera de las principales ciudades, y si los proveedores de atención de la salud participaban en el proceso por el cual los gobiernos estimaban sus necesidades de medicamentos opioides.

Morfina inyectable: Los informantes claves indicaron que la morfina inyectable se encuentra disponible en todos los hospitales en solamente 10 de los 40 países relevados: Francia, Georgia, Irán, Japón, Polonia, Rusia, Tailandia, Turquía, el Reino Unido y Estados Unidos. En otros 12 países, se informó que estaba disponible en la mayoría de los hospitales. Informantes claves señalaron

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358boe2c1256915](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358boe2c1256915), párr. 43.

que, en los 18 países restantes, la morfina inyectable se encontraba disponible solamente en “algunos” hospitales.

Morfina de administración oral: Dos países examinados, Ucrania e Irán, carecen absolutamente de morfina de administración oral. En Ucrania, a pesar de las recomendaciones en contrario por parte de la OMS, se utiliza morfina inyectable para tratar el dolor crónico, mientras que en Irán se usa un opioide oral más leve, el tramadol. El cuadro 1 contiene un análisis general de los datos sobre disponibilidad de morfina para administración oral en los distintos establecimientos de atención de la salud.

Cuadro 1: Disponibilidad de morfina de administración oral en distintos establecimientos de atención de la salud de los países relevados

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NINGUNO	POCOS	ALGUNOS	LA MAYORÍA	TODOS	NO SABE	N/A
Hospitales de atención terciaria	3	-	19	6	12	-	-
Otros hospitales	6	3	14	9	4	4	-
Farmacias	6	5	24	3	2	-	-
Centros de salud	22	5	10	3	-	-	-
Centros para pacientes terminales	5	1	8	7	13	-	6
Centros de atención de pacientes con SIDA	17	1	7	3	3	5	4

El cuadro muestra que, en general, los hospitales de atención terciaria y los centros para pacientes terminales son los que tienen mayor disponibilidad de morfina de administración oral; en las farmacias y hospitales más pequeños, la disponibilidad es algo menor; y los niveles más bajos de disponibilidad de este medicamento se detectan en los centros de salud o centros de atención de pacientes con SIDA. En otras palabras, muchas veces, los pacientes que sufren dolor deben ser remitidos a establecimientos de salud de mayor envergadura, lo cual hace que el tratamiento del dolor sea menos accesible y más costoso para ellos.

La escasa disponibilidad de morfina oral en establecimientos de atención de la salud más pequeños también agrava los problemas de acceso para las personas que viven lejos de las grandes ciudades, donde generalmente se encuentran los establecimientos

de salud más importantes. En muchos países en desarrollo, la distancia y el costo de los traslados hacen que sea muy difícil, para las personas que viven en áreas rurales, acceder a cualquier establecimiento de salud. Para ellas, el establecimiento de salud más cercano probablemente sea una clínica o un centro de salud con servicios limitados, o tal vez una farmacia o un hospital pequeño. Dado que es menos probable hallar morfina oral y otros opioides en estos establecimientos que en grandes hospitales, se agravan los obstáculos que enfrentan los pacientes de zonas rurales al intentar acceder a tratamientos contra el dolor.⁴⁴

Contar con un proceso sólido para estimar la necesidad de contar con medicamentos opioides es un componente clave de un sistema efectivo de suministro y distribución. La OMS recomendó que el gobierno incluyera a los trabajadores de atención de la salud en el desarrollo de dichas estimaciones.⁴⁵ En 23 de los países analizados, los trabajadores de atención de la salud, que en su mayoría eran destacados especialistas en cuidados paliativos o en control del dolor, no estaban al tanto de que se realizara ninguna consulta de este tipo.⁴⁶ En otros países, los encuestados informaron que se realizaban consultas ocasionales, que se juzgaban poco adecuadas o que se consideraba que no tenían una incidencia real en el proceso de estimación.⁴⁷

No resulta sorprendente que los países industrializados como Alemania, Francia, el Reino Unido y Estados Unidos tengan una amplia disponibilidad de morfina de administración oral en todos estos establecimientos. Además de Irán y Ucrania, que no cuentan con morfina oral, otros países donde se advirtió una accesibilidad particularmente escasa en los diversos establecimientos de salud se encuentran ubicados en distintos puntos de las diferentes regiones: Bangladesh, Camerún, Etiopía, Georgia, Guatemala, Marruecos y Pakistán.

Reglamentaciones en materia de drogas

La Convención Única sobre Estupefacientes establece tres criterios mínimos que los países deben cumplir al diseñar reglamentaciones nacionales sobre manejo de opioides.

⁴⁴ Para consultar el análisis de este problema en un país específico (Kenia), ver Human Rights Watch, *Needless Pain: Government Failure to Provide Palliative Care for Children in Kenya*, septiembre de 2010, <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/09/needless-pain-o>.

⁴⁵ OMS, *Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides*, 2.a ed. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996), <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2011), pág. 49.

⁴⁶ Argentina, Bangladesh, Camboya, Camerún, China, Ecuador, Egipto, El Salvador, Etiopía, Alemania, Guatemala, India, Indonesia, Irán, Kenia, Nepal, Pakistán, Filipinas, Sudáfrica, Corea del Sur, Tailandia, el Reino Unido y Estados Unidos. En Alemania, Corea del Sur, el Reino Unido y Estados Unidos, los encuestados manifestaron que, dado que existe una disponibilidad suficiente de opioides y que el gobierno cuenta con datos completos sobre su consumo, probablemente dichas consultas sean innecesarias.

⁴⁷ Francia, Jordania, Marruecos, Nigeria, Ucrania y Vietnam.

En primer lugar, las personas deben estar autorizadas a administrar opioides en virtud de su licencia profesional, o contar con una licencia especial para tal fin. En segundo lugar, la transferencia de opioides sólo debe producirse entre instituciones o personas autorizadas a tal efecto por las leyes nacionales. Por último, como condición para el suministro de opioides a un paciente, debe exigirse una receta médica. En virtud de la convención, los gobiernos pueden establecer requisitos adicionales si lo consideran necesario.⁴⁸ No obstante, la OMS ha observado, en relación con el derecho a imponer requisitos adicionales, que “debe buscarse un equilibrio constante entre este derecho y la responsabilidad de garantizar la disponibilidad de opioides para fines médicos”.⁴⁹

Muchos países han adoptado reglamentaciones que superan ampliamente los requisitos de la Convención Única, muchas veces, creando complejos procedimientos de adquisición, almacenamiento y suministro de medicamentos controlados, que impiden su accesibilidad para los pacientes con necesidades médicas legítimas. En virtud de las convenciones sobre drogas de la ONU y de las normas internacionales de derechos humanos, los países deben equilibrar sus esfuerzos por prevenir el uso indebido de sustancias controladas con la obligación de ponerlas a disposición de los pacientes que las necesitan.⁵⁰ Las reglamentaciones sobre control de drogas que tienen un efecto desproporcionadamente negativo sobre la disponibilidad y la accesibilidad de medicamentos controlados violan tanto las convenciones sobre drogas como los tratados sobre derechos humanos.

En esta encuesta, HRW recabó información acerca de tres tipos de reglamentaciones que, según se informó, suelen limitar la accesibilidad de los medicamentos controlados: requisitos de licencias especiales que se imponen a los trabajadores de atención de la salud; uso de recetas especiales y otros requisitos especiales vinculados con la

⁴⁸ Naciones Unidas, *Convención Única sobre Estupefacientes* (1961). http://www.incb.org/incb/convention_1961.html (consultado el 6 de agosto de 2010).

⁴⁹ OMS, *Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides*, 2.ª ed. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996), <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2011), pág. 56.

⁵⁰ Convención Única sobre Estupefacientes, Naciones Unidas, *Convención Única sobre Estupefacientes* (1961) http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010), preámbulo; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915.005090be?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915.005090be?OpenDocument) (consultado el 17 de enero de 2010), párr. 43; OMS, *Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides*, 2.ª ed. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996), <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2011), pág. 56; Human Rights Watch, “Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano, marzo de 2009, http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health0309web_1.pdf.

prescripción; y límites sobre la cantidad de morfina que puede prescribirse en una receta, o el período que puede cubrir una prescripción. También se les preguntó a los informantes claves si, en su experiencia, los médicos se habían mostrado reticentes a prescribir medicamentos opioides debido a su preocupación por quedar expuestos a posibles investigaciones por parte de las autoridades de aplicación de la ley.

Requisitos de licencias especiales: La Convención Única sobre Estupefacientes exige que las personas que manipulan medicamentos opioides cuenten con la licencia pertinente. La convención no requiere una licencia especial y, en muchos países, los trabajadores de atención de la salud están autorizados a manipular este tipo de medicamentos en virtud de sus propios títulos profesionales. Aun así, muchos países exigen contar con licencias; e incluso algunos solamente autorizan a determinados profesionales médicos a recetar medicamentos opioides. La OMS recomendó que “los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos han de estar autorizados legalmente para prescribir, dispensar y administrar opioides a los enfermos, de acuerdo con las necesidades locales”.⁵¹ Dado que los pacientes que padecen dolor tienen derecho a acceder a los medicamentos esenciales, incluida la morfina, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud requiere que los límites conforme a los cuales los trabajadores de atención de la salud pueden recetar opioides no sean más restrictivos de lo que resulta razonablemente necesario para evitar su desviación, que puede culminar en un uso indebido.⁵²

Catorce de los cuarenta países analizados exigen que los médicos obtengan una licencia especial o se inscriban en un registro específico para poder recetar medicamentos controlados. En algunos países, como Estados Unidos, las personas encuestadas señalaron que el proceso es simple y que prácticamente todos los médicos cuentan con ese permiso.⁵³ Otros manifestaron que, para obtener la licencia necesaria, se requieren numerosos trámites, o incluso el médico debe someterse a un examen invasivo. Por ejemplo, en Filipinas, se exige que los médicos que solicitan una licencia se realicen un análisis de orina para detectar si consumen drogas.⁵⁴ En Ucrania, los médicos deben obtener certificados, extendidos por el departamento de policía y por una clínica de tratamiento de drogodependencias, de que no tienen

⁵¹ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 10 (2.ª ed. 1996).

⁵² Ver capítulo VII para obtener más detalles acerca de la obligación de los gobiernos en términos de disponibilidad de medicamentos para tratar el dolor en virtud del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁵³ Entrevista de Human Rights Watch con Don Schumacher, Presidente y Director Ejecutivo, National Hospice and Palliative Care Association, Estados Unidos de América, 8 de febrero de 2010.

⁵⁴ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Francis Javier, Director, Centro de Control del Dolor, Filipinas, 26 de agosto de 2009.

antecedentes penales o no están registrados como usuarios de drogas. Las personas de Marruecos y Filipinas que respondieron a la encuesta declararon que, como resultado de los complejos procedimientos para la obtención de licencias, son muy pocos los médicos autorizados para recetar medicamentos opioides.⁵⁵

En Egipto, Ucrania y Georgia, sólo pueden recetar opioides los médicos de determinadas especialidades; habitualmente, oncología, control del dolor o anestesiología.⁵⁶ En Rusia, los médicos que no trabajan en el sistema gubernamental de atención de la salud no pueden recetar opioides.⁵⁷

Sólo 2 de 40 países, Uganda y el Reino Unido, permiten que el personal de enfermería recete medicamentos controlados en determinadas circunstancias. En un tercer país, Estados Unidos, la mayoría de los estados, pero no todos, permite que el personal de enfermería prescriba medicamentos. En Sudáfrica, se han puesto en marcha iniciativas para que el personal de enfermería pueda recetar estos medicamentos.⁵⁸ Esta práctica resulta esencial en entornos con recursos limitados y muy baja proporción de médicos en relación con la cantidad de pacientes, en los cuales muchas personas no tendrán la posibilidad de ver a un médico en toda su vida.⁵⁹ La JIFE ha elogiado a Uganda por haber incorporado a su sistema la posibilidad de que el personal de enfermería recete medicamentos.⁶⁰

Requisitos especiales para la expedición de recetas: La Convención Única no requiere que la prescripción de medicamentos controlados se realice en recetas especiales, pero sí permite esta práctica de manera explícita. La OMS ha observado

⁵⁵ Ibíd.; entrevistas de Human Rights Watch con el Profesor Mhamed Harif y el Dr. Maati Nejmi, Marruecos, 21 de enero de 2010.

⁵⁶ Correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con un especialista egipcio en control del dolor que solicitó que su identidad no fuera revelada, Egipto, 7 de octubre de 2010; Nathan I. Cherney et al., "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Europe: A Report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative", *Annals of Oncology*, vol. 21, n.º 3 (2010).

⁵⁷ Correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con un médico ruso que solicitó que su identidad no fuera revelada, 12 de diciembre de 2010.

⁵⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Don Schumacher, 8 de febrero de 2010; entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Bill Noble, Catedrático Macmillan en Medicina Paliativa, Sheffield University, Reino Unido, 14 de diciembre de 2009; entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Liz Gwyther, Directora Ejecutiva, Hospice Palliative Care Association of South Africa, Sudáfrica, 6 de octubre de 2010; entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Henry Ddungu, Director de Iniciativas de Incidencia, African Palliative Care Association, Uganda, 10 de agosto de 2009.

⁵⁹ J. Jagwe y A. Merriman, "Uganda: Delivering Analgesia in Rural Africa: Opioid Availability and Nurse-prescribing", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, n.º 5 (2007) pág. 547.

⁶⁰ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, "Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2004", E.05.XI.3, 2005, http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb_report_2004_full.pdf (consultado el 28 de octubre de 2010), párr. 196.

que el requisito especial de múltiples copias para la expedición de recetas “normalmente... reduce la indicación de los medicamentos cubiertos en un 50% o más”.⁶¹ Si bien la utilización de recetas especiales no es, por definición, incompatible con el derecho a la salud, estos recetas deben ser de fácil acceso para los trabajadores de atención de la salud y no agregar costos a los medicamentos.

Nuestra encuesta determinó que 30 de los 40 países relevados requieren recetas especiales. En dos países, Alemania y Marruecos, los encuestados mencionaron que deben presentar solicitudes para recibir los recetas; en Filipinas, se debe pagar para acceder a ellos.⁶² Los encuestados de tres países —El Salvador, Turquía y Ucrania— mencionaron que habían tenido problemas para acceder a la cantidad necesaria de recetas especiales.⁶³

En tres países, Rusia, Ucrania y, en el caso de prescripciones a más largo plazo, Turquía, la prescripción de morfina debe ser aprobada por más de un médico. En Ucrania, este tipo de prescripciones debe ser realizado por un grupo de tres médicos, entre los cuales debe haber un oncólogo, y aprobada por el director médico del hospital.⁶⁴

Restricciones a la expedición de recetas: La OMS recomendó que “las decisiones acerca de qué tipo de droga será utilizada, la cantidad indicada en la receta y la duración de la terapia deben ser tomadas por profesionales médicos en función de las necesidades individuales de cada paciente, y no de una reglamentación”.⁶⁵ Aun así, muchos países tienen reglamentaciones que limitan de manera innecesaria estas decisiones médicas, lo cual constituye una violación del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.⁶⁶

⁶¹ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 10 (2.ª ed., 1996).

⁶² Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Maati Nejmi, 21 de enero de 2010; entrevistas de Human Rights Watch con el Profesor Lucas Radbruch, Medicina Paliativa, Aachen University, Alemania, 4 de febrero de 2010, Profesor Rolf-Detlef Treede, Presidente de la Sociedad Alemana para el Estudio del Dolor, Alemania, 12 de octubre de 2009, y el Dr. Henry Lu, último ex presidente de la Pain Society of the Philippines, Filipinas, 2 de septiembre de 2009.

⁶³ Entrevista de Human Rights Watch con el Profesor Serdar Erdine, Director, Departamento de Control del Dolor, Istanbul University, Presidente de la Turkish Society of Pain Management, Turquía, 19 de noviembre de 2009; entrevistas de Human Rights Watch con los Dres. Larin Lovo y Carlos Eduardo Rivas, El Salvador, 2010; entrevista de Human Rights Watch con Viktoriya Tymoshevska, International Palliative Care Initiative, Ucrania, 24 de septiembre de 2010; entrevista de Human Rights Watch con Nathan I. Cherney et al., “Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Europe: A Report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative”, *Annals of Oncology*, vol. 21, n.º 3 (2010), pág. 620.

⁶⁴ Ministerio de Salud de Ucrania: Resolución N.º 356; Entrevista de Human Rights Watch con Victoria Tymoshevska, Ucrania, 24 de septiembre de 2010.

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 10-11 (2.ª ed., 1996).

⁶⁶ Ver capítulo VIII para obtener más detalles acerca de la obligación de los gobiernos de asegurar la disponibilidad de medicamentos para tratar el dolor en virtud del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Nuestra encuesta determinó que 25 de los 40 países relevados imponen límites de este tipo. Algunos países, como Ucrania y Turquía, limitan la dosis diaria de morfina que se puede prescribir; otros, entre los cuales se encuentran Alemania, Egipto y Rusia, limitan la cantidad que se puede prescribir en una receta; y otros, entre los cuales está Filipinas, establecen una dosis máxima mensual. Otros países limitan la cantidad de días de suministro contemplados en las recetas para la administración de morfina. En nuestra encuesta, los períodos más breves eran de siete días en Camboya, Egipto, Marruecos y Georgia, y de diez días en Argentina, Rusia y Ucrania. Jordania impone un límite de diez días para pacientes con cáncer y de solamente tres días para otro tipo de pacientes. En China, el límite varía según la presentación de morfina indicada: quince días para los comprimidos de morfina de liberación inmediata, siete días para los comprimidos de liberación prolongada y solamente tres días para la morfina inyectable.⁶⁷

Catorce de los países analizados no imponen límites de tiempo sobre la cantidad de días que puede cubrir una prescripción: Estados Unidos, Alemania, Turquía, el Reino Unido, Pakistán, Nigeria, Uganda, Tanzania, Nepal, India, Etiopía, Indonesia, Kenia y Corea del Sur. En otros 15 países existía un límite de 28 a 30 días.

Temor a la imposición de sanciones legales: Las reglamentaciones que contienen estándares ambiguos sobre la prescripción médica y la manipulación de opioides, o que castigan duramente la manipulación indebida, pueden paralizar la prescripción legítima. La JIFE señaló que “la gran mayoría de los profesionales de atención de la salud desarrollan su actividad dentro del marco legal y deberían poder hacerlo sin temores innecesarios a ser sancionados por violaciones que de ninguna manera pretenden cometer”.⁶⁸ Criminalizar los errores accidentales en la prescripción de opioides no resulta coherente con el derecho a la salud.⁶⁹ Los países deben asegurarse de que las reglamentaciones no sean ambiguas y de que los proveedores de atención de la salud puedan acceder fácilmente a información completa sobre tales normas, para que no se

⁶⁷ Entrevista de Human Rights Watch con médicos de China, febrero, octubre y noviembre de 2010.

⁶⁸ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Oferta y Demanda de Opiáceos para las Necesidades Médicas y Científicas*, 15 (1989).

⁶⁹ Ver capítulo VII para obtener más detalles sobre la obligación de los gobiernos, conforme al derecho a la salud, de asegurar que las reglamentaciones sobre prescripción de morfina no dificulten, de manera irrazonable, el acceso a analgésicos en virtud del derecho al más alto nivel de salud posible.

paralice irrazonablemente la prescripción de opioides, que dejaría a los pacientes sin tratamientos contra el dolor.

Informantes claves en 34 de 40 países señalaron que los médicos dudaban en recetar opioides por temor a recibir sanciones legales por manipulación indebida de estos medicamentos; por ejemplo, sanciones penales o sanciones profesionales como la revocación de licencias. Solamente los encuestados claves de Tailandia, Francia, Rumania, Japón, Colombia y Camerún percibían que los trabajadores de atención de la salud no estaban afectados por el temor a recibir sanciones legales, que pudiera disuadirlos de prescribir tales medicamentos.

Costo de los medicamentos opioides

La morfina oral básica, ya sea en forma de polvo o de tabletas, no está protegida por ninguna patente y se puede elaborar con un costo muy bajo. En la India, los comprimidos de morfina básicos se venden por tan sólo US\$ 0,017, o aproximadamente US\$ 0,12 por dosis diaria habitual.⁷⁰ Aun así, el costo real de la morfina es muy superior, en muchos países, debido a diversos factores que elevan el precio; por ejemplo, las reglamentaciones gubernamentales, las licencias y los impuestos, los sistemas de distribución deficientes, la baja demanda, los altos costos de estructura que implica la producción a nivel local y la regulación de los precios por parte de algunos gobiernos industrializados⁷¹. En algunos países, la promoción de formas no genéricas y costosas de analgésicos opioides ha llevado a que las compañías farmacéuticas retiren del mercado las presentaciones económicas.⁷² Paradójicamente, la morfina suele ser más costosa en los países de ingresos bajos y medios que en los países industrializados.⁷³

⁷⁰ Scott Burris y Corey S. Davis, *A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care*, Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at Johns Hopkins and Georgetown Universities, 2008, http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/DCAM/Burris_Blueprint_for_Reform.pdf, (consultado el 2 de noviembre de 2010), pág. 18; en los países de ingresos bajos y medios, una dosis diaria típica de morfina para pacientes que participan de programas de cuidados paliativos es de entre 60 y 75 miligramos por día: Kathleen M. Foley et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS", en Dean T Jamison et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Washington: World Bank Publications, 2.^a ed. 2003), págs. 981-994. La dosis diaria promedio en los países industrializados suele ser mayor. Esto se debe, entre otras razones, a la mayor supervivencia de los pacientes y al desarrollo de tolerancia a los analgésicos opioides, según la correspondencia por correo electrónico que Human Rights Watch mantuvo con la Dra. Kathleen M. Foley, 23 de enero de 2009.

⁷¹ Liliana De Lima et al., "Potent Analgesics Are More Expensive for Patients in Developing Countries: A Comparative Study", *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 18, n.º 1 (2004), pág. 63.

⁷² *Ibíd*; David E. Joransen, M.R. Rajagopal y Aaron M. Gilson, "Improving Access to Opioid Analgesics for Palliative Care in India", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 24, n.º 2 (2002), págs. 152-59.

⁷³ Liliana De Lima et al., "Potent Analgesics Are More Expensive for Patients in Developing Countries: A Comparative Study", *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 18, n.º 1 (2004), pág. 63.

La International Association for Hospice and Palliative Care recomienda que “ningún gobierno debe aprobar el uso de morfina de liberación modificada... sin garantizar también la disponibilidad de morfina de liberación inmediata”.⁷⁴ En virtud del derecho a la salud, los gobiernos tienen la obligación de asegurar la disponibilidad de comprimidos de morfina, tanto de liberación inmediata como de liberación prolongada, dado que ambas presentaciones se encuentran incluidas en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.⁷⁵ También deben analizar mecanismos para asegurar que la morfina se encuentre disponible al menor costo posible y sea asequible para todas las personas que la necesiten, incluso tomando medidas para asegurar que las reglamentaciones gubernamentales no afecten su costo de manera desproporcionada, y teniendo en cuenta la posibilidad de otorgar subsidios para pacientes de bajos recursos.⁷⁶

Entre los trabajadores de atención de la salud encuestados, pocos pudieron proporcionar información amplia acerca del costo de la morfina en sus países. No obstante, varios trabajadores de este sector analizaron las siguientes cuestiones:

Disponibilidad de presentaciones costosas: Los encuestados de Bangladesh, Tailandia, Ecuador, Sudáfrica y Corea del Sur informaron que no había morfina oral de liberación inmediata a bajo costo, aunque sí se podían encontrar comprimidos de morfina oral de liberación prolongada, que son más costosos.

Subsidios: Los subsidios pueden ayudar a garantizar que los analgésicos sean asequibles. Los encuestados de Colombia, Egipto, Rusia y Uganda informaron que sus gobiernos brindan al menos una presentación de morfina sin cargo a todos los pacientes. Los encuestados de 13 países —Francia, Georgia, China, Alemania, Japón, Kenia, México, Polonia, Rumania, Sudáfrica, Corea del Sur, Tailandia y el Reino Unido— manifestaron que los gobiernos ofrecían, al menos, subsidios

⁷⁴ International Association for Hospice and Palliative Care, Lista de Medicamentos Esenciales para Cuidados Paliativos de la IAHP, sin fecha, <http://www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/iahpc-essential-meds-en.pdf> (consultado el 2 de noviembre de 2010).

⁷⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915.005090be?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915.005090be?OpenDocument) (consultado el 17 de enero de 2010), párr. 43.

⁷⁶ Ver capítulo VIII para obtener más detalles acerca de la obligación de los gobiernos de asegurar la disponibilidad de medicamentos para tratar el dolor en virtud del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

parciales en algunas circunstancias. En algunos de estos países, la morfina estaba subsidiada únicamente para pacientes de bajos ingresos o pacientes hospitalizados, pero no para pacientes ambulatorios. Este enfoque es incompatible con la recomendación de la OMS de que los países deben priorizar el desarrollo de cuidados paliativos domiciliarios.⁷⁷ En Francia, Georgia, Polonia y Rumania, existen mayores subsidios para pacientes con cáncer que para personas que padecen otras enfermedades. Esto refleja el hecho real, analizado anteriormente, de que la OMS ha brindado amplias recomendaciones sobre el desarrollo de los cuidados paliativos como parte de los programas de control del cáncer, pero ha hecho escasa referencia a lo importantes que resultan estos cuidados para los pacientes afectados por otras enfermedades.⁷⁸ Este abordaje podría ser contrario a la obligación de los gobiernos de defender el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y, específicamente, de brindar medicamentos esenciales sin discriminación alguna, sobre la base del estado de salud.⁷⁹

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, “Programas nacionales de lucha contra el cáncer, Directrices sobre política y gestión”, 2002, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2010), págs. 85, 91.

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor en el cáncer: guía sobre la disponibilidad de opioides* 14 (2.ª ed. 1996); Organización Mundial de la Salud, “Programas nacionales de lucha contra el cáncer, Directrices sobre política y gestión”, 2002, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2010), pág. 86.

⁷⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358boe2c1256915.005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358boe2c1256915.005090be?Opendocument) (consultado el 17 de enero de 2010), párr. 18-19, 43.

Mejores prácticas: abordar los obstáculos que afectan el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos a través de una reforma integral

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, el primer paso de una iniciativa integral para abordar los obstáculos que existen en el acceso a la morfina deben ser una evaluación de esos escollos y el desarrollo de un plan de acción en tal sentido. Para alcanzar resultados positivos, las reformas deben referirse a la oferta y a la demanda de morfina en forma simultánea; mejorar las cadenas de suministro para aumentar las existencias de morfina no mejorará el acceso de los pacientes a este fármaco, salvo que los médicos también sean adecuadamente capacitados en el área de tratamiento del dolor y cuidados paliativos, y viceversa. Al abordar estas reformas, los gobiernos pueden aprovechar la experiencia de la JIFE y de la OMS. Existen varias organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan para ampliar la disponibilidad de los medicamentos en los países en desarrollo; por ejemplo Supply Chain Management Systems, IDA Foundation y Health Action International.⁸⁰ En general, estas ONG aún deben ocuparse de la disponibilidad de analgésicos opioides, pero tienen un considerable nivel de experiencia en este tema que los gobiernos podrían aprovechar.

Algunos países han puesto en marcha iniciativas integrales de reforma, que tienen por objeto mejorar el acceso al tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, con el apoyo de organizaciones internacionales. En principio, han alcanzado algunos resultados positivos. Estas iniciativas, que tuvieron lugar en Uganda, Vietnam, Jordania, Colombia y Rumania, se describen en el presente informe.

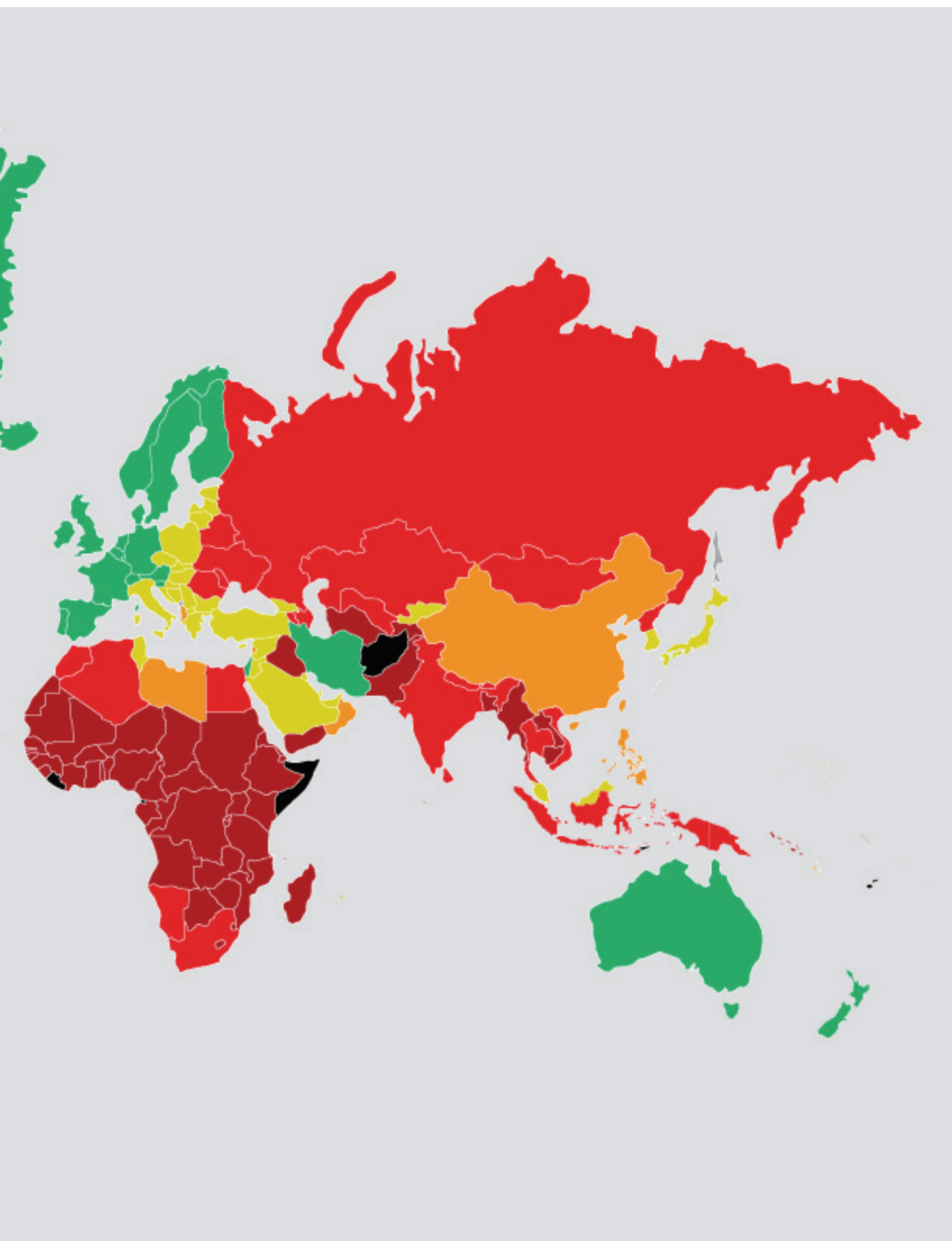
⁸⁰ Supply Chain Management Solutions, <http://scms.pfscm.org/scms> (consultado el 1 de diciembre de 2010); IDA Foundation, <http://www.idafoundation.org/we-are.html> (consultado el 1 de diciembre de 2010); Health Action International, <http://www.haiweb.org/> (consultado el 1 de diciembre de 2010).

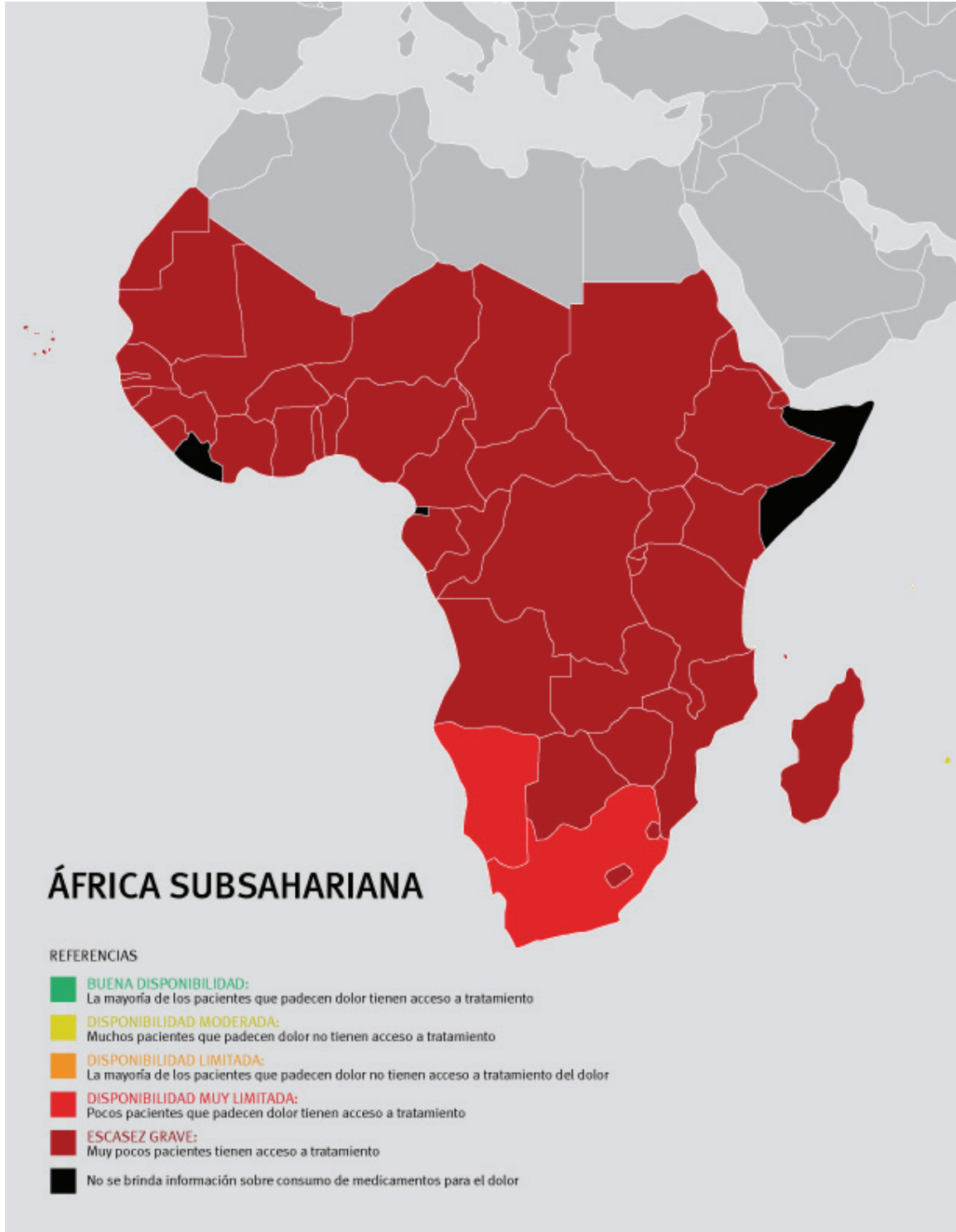
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR MODERADO A SEVERO



REFERENCIAS

- BUENA DISPONIBILIDAD:**
La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
- DISPONIBILIDAD MODERADA:**
Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
- DISPONIBILIDAD LIMITADA:**
La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
- DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA:**
Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
- ESCASEZ GRAVE:**
Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
- No se brinda información sobre consumo de medicamentos para el dolor**











III. África subsahariana

Cuadro 2: Consumo de opioides y porcentaje de pacientes terminales con cáncer y SIDA que cada país puede tartar

Referencias del cuadro

	BUENA DISPONIBILIDAD: La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD MODERADA: Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD LIMITADA: La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
	DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA: Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	ESCASEZ GRAVE: Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
	No se brinda información sobre consumo de medicamentos contra el dolor

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes terminales de cáncer y SIDA que		
		podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (promedio 2006-2008)	no reciben un tratamiento adecuado contra el dolor (cantidad mínima)	podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (porcentaje)
Angola	25.591	1.130	24.461	6,7%
Benín	8.845	127	8.718	2,1%
Botswana	16.777	348	16.429	4,0%
Burkina Faso	20.705	58	20.647	0,4%
Burundi	18.548	109	18.439	1,0%
Camerún	57.019	0	57.019	0,0%
Cabo Verde	259	70	189	33,9%
República Centroafricana	14.297	41	14.256	0,5%
Chad	19.870	62	19.808	0,5%
Comoras	324	0	324	0,0%
Congo	9.909	84	9.825	1,5%
Costa de Marfil	69.630	127	69.503	0,3%
República Democrática del Congo	121.311	832	120.479	1,1%
Guinea Ecuatorial	1.576.00	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Eritrea	4.278	82	4.196	3,0%
Etiopía	144.264	494	143.770	0,6%

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes terminales de cáncer y SIDA que		
		podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (promedio 2006-2008)	no reciben un tratamiento adecuado contra el dolor (cantidad mínima)	podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (porcentaje)
Gabón	4.142	0	4.142	0,0%
Gambia	1.707	0	1.707	0,0%
Ghana	37.766	1.976	35.791	8,4%
Guinea	10.547	0	10.547	0,0%
Guinea-Bissau	2.027	0	2.027	0,0%
Kenia	164.048	4.035	160.014	4,6%
Lesotho	17.585	128	17.458	1,4%
Liberia	4.306	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Madagascar	12.233	92	12.141	1,0%
Malawi	83.467	415	83.052	0,9%
Mali	15.568	41	15.527	0,4%
Mauritania	2.700	94	2.606	4,7%
Mauricio	1.019	8.042	0	994,8%
Mozambique	91.527	656	90.871	1,3%
Namibia	11.081	855	10.225	14,7%
Níger	15.274	79	15.196	0,7%
Nigeria	285.434	247	285.187	0,1%
Ruanda	27.174	45	27.130	0,3%
Santo Tomé y Príncipe	114	142	0	156,0%
Senegal	11.309	96	11.213	1,1%
Seychelles	93	57	37	77,5%
Sierra Leona	8.028	53	7.975	1,0%
Sudáfrica	358.735	58.363	300.373	30,3%
Suazilandia	9.963	0	9.963	0,0%
Togo	12.599	93	12.506	1,2%
Uganda	121.789	4.877	116.913	7,4%
República Unida de Tanzania	158.359	0	158.359	0,0%

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes terminales de cáncer y SIDA que		
		podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (promedio 2006-2008)	no reciben un tratamiento adecuado contra el dolor (cantidad mínima)	podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos (porcentaje)
Zambia	91.383	674	90.708	1,4%
Zimbabwe	190.720	1.365	189.356	1,4%

Análisis regional

“Antes de venir aquí [al Kenyatta National Hospital], no podía comer ni respirar bien [a causa del dolor]. Ahora que me dieron la medicación [morfina], puedo comer y respirar. No podía sentarme, y ahora puedo. Sufrí dolores durante más de un mes. Les dije al médico y a las enfermeras [de otro hospital] que sentía dolor. Tuve que esperar muchísimo para recibir el tratamiento contra el dolor... En cambio aquí, me dieron la medicación inmediatamente, y comencé a sentirme bien otra vez”.

– Christine L., una mujer de 18 años con cáncer del seno, Nairobi, Kenia.

“No tenemos petidina, DF-118 (dihidrocodeína) ni morfina... Aquí tenemos niños con SIDA en etapas avanzadas; algunos sufren dolores severos. El control del dolor para los niños con SIDA avanzado no es suficiente”.

– Enfermera, Bondo District Hospital, Kenia.

En África subsahariana se registra el menor consumo de analgésicos opioides de todo el mundo. Tal como se indica en el Cuadro 2, 37 países de África subsahariana consumen tan pocos medicamentos opioides que, aun cuando estos medicamentos se usaran exclusivamente para tratar el dolor en pacientes con cáncer y VIH en etapa terminal, menos del 10 por ciento de estos pacientes podría recibir un tratamiento adecuado para aliviar el dolor. Se registraron 18 países que no podían tratar siquiera al 1 por ciento de este grupo de pacientes. Y otros 8 países informaron que no consumieron ningún tipo de opioides entre 2006 y 2008.

Los trabajadores de atención de la salud que deben tratar a pacientes en centros que no cuentan con medicación para el dolor expresan —de manera absolutamente comprensible— su frustración. Cuando Human Rights Watch visitó un hospital de Kenia que no contaba con analgésicos opioides, un profesional de enfermería nos mostró un niño que había sufrido quemaduras graves, y dijo: “Si tuviéramos diclofenac [un analgésico no opioide leve] se lo daríamos, pero aquí no tenemos”.⁸¹

En consecuencia, cada año, al menos 1,2 millones de personas de África subsahariana mueren de cáncer o de VIH/SIDA sin recibir un tratamiento adecuado para mitigar el dolor. Esta es una estimación sumamente conservadora, que supone que todos los opioides se

⁸¹ Entrevista de Human Rights Watch con el profesional que dirige al personal de enfermería, Bondo District Hospital, Kenia, 1 de marzo de 2010.

utilizan para tratar a este grupo de pacientes, y debe considerarse como un mero indicador de la enorme necesidad insatisfecha que existe en lo que respecta a los tratamientos contra el dolor. En la realidad, la escasa cantidad de opioides que se encuentra disponible se utiliza para tratar a pacientes que sufren dolor provocado por otras causas también. Entonces, la cantidad real de pacientes terminales con cáncer y VIH/SIDA que no reciben tratamiento para el dolor debe ser mayor, y muchos otros pacientes con cáncer y VIH/SIDA que no se encuentran en la etapa terminal, y con otras enfermedades, también están sufriendo dolor sin recibir tratamiento alguno.

Si bien el entorno económico plagado de dificultades y la escasa infraestructura de atención de la salud son, indudablemente, grandes motivos que dan lugar a este tipo de situaciones, las conclusiones de nuestra encuesta llevan a pensar que la ausencia de medidas gubernamentales razonables, de bajo costo, para mejorar la disponibilidad de analgésicos opioides es un factor que incide notablemente en este problema en muchos países.

Los países africanos que relevamos tienen políticas gubernamentales inadecuadas para promover los cuidados paliativos, formación médica insuficiente en tratamiento del dolor y cuidados paliativos, y muy escasa disponibilidad de morfina en diferentes establecimientos de atención de la salud, lo cual indica que el suministro y los sistemas de distribución de opioides son escasos. Los países africanos encuestados impusieron pocas de las restricciones reglamentarias comprendidas en esta encuesta. No obstante, en todos, salvo uno, de los países incluidos, los encuestados informaron que los temores de los médicos acerca de posibles sanciones legales constituyen un obstáculo para la prescripción de opioides.

Las conclusiones de la encuesta ponen de manifiesto que incluso los países pobres pueden realizar grandes avances en lo que hace a brindar cuidados paliativos. A través de los esfuerzos conjuntos, por parte del gobierno y la sociedad civil de Uganda, para mejorar el acceso a los cuidados paliativos, se ha logrado eliminar muchos de los obstáculos analizados en este estudio. Entre 2006 y 2008, Uganda ya pudo tratar a un número de pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal considerablemente mayor que su país vecino, Kenia (Uganda: 7,4 por ciento; Kenia: 4,6 por ciento), aun cuando el PIB de Kenia es significativamente más alto que el de Uganda. El proceso de mejora constante del acceso a los cuidados paliativos en Uganda, que se analiza a continuación, significa que el consumo de opioides en Uganda probablemente se haya incrementado después de 2008, de manera que más pacientes pueden recibir tratamiento.

Política

Tal como lo muestra el Cuadro 3, en los siete países africanos relevados, existe un escaso apoyo del gobierno a los cuidados paliativos. Uganda es el único país que tiene una política nacional de cuidados paliativos. Solamente dos de los países cuentan con políticas de control del cáncer que contemplan los cuidados paliativos. Otros cuatro carecen absolutamente de este tipo de políticas. Cuatro de los países examinados tenían políticas sobre VIH que hacían referencia a los cuidados paliativos. No obstante, a pesar de los altos niveles de mortalidad por VIH/SIDA, las políticas de VIH de tres países no contemplaban este punto. Un dato positivo es que la mayoría de los países han incluido la morfina de administración oral en sus listas de medicamentos esenciales, pese a que, tal como se señaló anteriormente, en la práctica, su disponibilidad suele ser muy limitada.

Los encuestados de Etiopía y Kenia informaron que, actualmente, dichos países están desarrollando estrategias de control del cáncer. Se prevé que la estrategia de Kenia incluirá cuidados paliativos.

Cuadro 3: Políticas sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos en África subsahariana

País	Política de cuidados paliativos y control del dolor			Situación de la morfina		
	Política nacional de cuidados paliativos	Referencia en política nacional de control del cáncer	Referencia en política nacional sobre SIDA	La morfina oral es un medicamento registrado	Lista de Medicamentos Esenciales	
					Morfina oral	Morfina inyectable
Etiopía	No	n/a	No	Sí	Sí	Sí
Sudáfrica	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tanzania	No	n/a	Sí	Sí	No	Sí
Kenia	No	n/a	No	Sí	Sí	Sí
Nigeria	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Camerún	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Uganda	Sí	n/a	Sí	Sí	Sí	Sí

Formación

La disponibilidad de formación sobre control del dolor presentaba amplias divergencias en los países africanos relevados. Como se muestra en el Cuadro 4, en tres de los siete países examinados —Camerún, Etiopía y Tanzania— no se ofrece ningún tipo de formación para médicos sobre control del dolor. Por otra parte, en Uganda, la formación sobre cuidados paliativos es obligatoria en todos los programas de formación médica de grado y está disponible en la formación médica de posgrado.

Los médicos de varios de los países africanos relevados mencionaron que algunos trabajadores de la salud habían obtenido formación de posgrado en cuidados paliativos mediante programas de instituciones extranjeras en otros países africanos y en Europa, a distancia o a través de programas desarrollados en forma conjunta entre instituciones africanas y de otras regiones. Esta modalidad se observó en países donde existían algunas oportunidades de capacitación de posgrado a nivel interno, y también en aquellos que no ofrecían estas posibilidades. Si bien estos programas contribuyen significativamente a ampliar la experiencia en cuidados paliativos en África, los programas nacionales son indispensables para brindar capacitación adecuada sobre control del dolor y cuidados paliativos a una cantidad suficiente de trabajadores de la salud.

Cuadro 4: Disponibilidad de formación sobre control del dolor en África subsahariana

País	Disponible en programas médicos de grado	Obligatorio en programas médicos de grado	Disponible en formación médica de posgrado
Etiopía	Ninguno	Ninguno	No
Sudáfrica	La mayoría	Algunos	Sí
Tanzania	Ninguno	Ninguno	No
Kenia	Todos	Ninguno	Sí
Nigeria	Algunos	Algunos	Sí
Camerún	Ninguno	Ninguno	No
Uganda	Todos	Todos	Sí

Disponibilidad de fármacos

Suministro y distribución

Las falencias en los sistemas de suministro y distribución son una de las principales causas del bajo consumo de morfina en África. Como se muestra en el Cuadro 5, los encuestados en los siete países relevados señalaron que la morfina inyectable no estaba disponible en todos los hospitales, pero se puede conseguir en la mayoría de los hospitales de Uganda y Sudáfrica. Si bien la morfina de administración oral también se consigue en todos los hospitales de atención terciaria de Kenia, Sudáfrica y Uganda, solamente está disponible en algunos hospitales de atención terciaria en Etiopía, Nigeria y Tanzania. En África, la mayor parte de la atención de la salud se brinda en establecimientos de atención primaria como centros de salud o clínicas. En cuatro países relevados, ningún centro de salud contaba con morfina oral. En dos países, ni siquiera los centros para pacientes terminales contaban con

morfina oral. En general, la mayor disponibilidad de morfina se observó en Sudáfrica y Uganda, y la más limitada en Etiopía y Camerún.⁸²

Si bien todos los países relevados tienen cierta disponibilidad de morfina de administración oral, muchos otros países africanos no la tienen. Según Anne Merriman, fundadora de Hospice Africa Uganda, varias decenas de países de África subsahariana —incluidos 31 países francófonos, con la excepción de Camerún—, no cuentan con este medicamento esencial.⁸³

Cuadro 5: Accesibilidad de morfina en distintos establecimientos de atención de la salud en África subsahariana

País	Morfina inyectable en hospitales	Accesibilidad de la morfina oral					
		Hospitales de atención terciaria	Otros hospitales	Farmacias	Centros de salud	Centros para pacientes terminales	Centros de atención de pacientes con SIDA
Etiopía	Pocos	Algunos	Ninguno	Algunas	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Sudáfrica	La mayoría	Todos	La mayoría	La mayoría	La mayoría	La mayoría	La mayoría
Tanzania	Algunos	Algunos	Algunos	Ninguna	Ninguno	Algunos	Algunos
Kenia	Algunos	Todos	Algunos	Pocas	Ninguno	Todos	Ninguno
Nigeria	Algunos	Algunos	Algunos	Algunas	Algunos	Algunos	Algunos
Camerún	Algunos	La mayoría	Algunos	Ninguna	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Uganda	La mayoría	Todos	La mayoría	Pocas	Pocos	Todos	Algunos

Reglamentaciones en materia de drogas

Nuestra encuesta identificó pocas reglamentaciones restrictivas en materia de drogas en los países africanos relevados. Ninguno de los países examinados establece límites arbitrarios a las dosis indicadas ni restringe a ciertos especialistas médicos la posibilidad de emitir recetas. Ninguno de los países exige a los médicos una licencia especial para recetar medicamentos opioides. Y si bien una base de datos de la ONUDD indica que las leyes de Etiopía exigen una licencia especial, los entrevistados respondieron que esta disposición no se aplica en la práctica.⁸⁴ Solamente dos de siete países, Etiopía y Camerún, exigen un

⁸² Es importante señalar que preguntamos qué establecimientos normalmente mantienen reservas de morfina. En muchos países africanos, es común que haya desabastecimiento. En 2010, Kenia y Uganda sufrieron interrupciones del suministro de morfina.

⁸³ Correspondencia por correo electrónico con Anne Merriman, Directora de Políticas y Programas Internacionales, Hospice Africa Uganda, 22 de junio de 2010.

⁸⁴ Proclamation No. 176/1999 a Proclamation to provide for Drug Administration and Control, s 26(1) disponible en United Nations Office of Drugs and Crime Legal Library: <http://www.unodc.org/enl/showDocument.do?documentUid=2720&country=ETH> (consultado el 13 de enero de 2011).

recetario especial. Camerún y Sudáfrica fijan un plazo máximo de 30 días para las recetas de medicamentos opioides, mientras que otros países relevados no establecían límite alguno. Informantes claves de Tanzania señalaron que, si bien las reglamentaciones del país no exigen un recetario especial ni imponen un período de cobertura máximo para las recetas, algunas instituciones médicas aplican estas restricciones en forma individual.

Si bien nuestra encuesta identificó algunos obstáculos reglamentarios, varios informantes claves de todos los países africanos relevados, excepto Camerún, señalaron que los trabajadores de la salud temían ser objeto de sanciones legales si recetaban medicamentos opioides, e identificaron este temor como uno de los impedimentos para su prescripción.

Si bien Uganda es el primer país que ha desarrollado un programa destinado a capacitar al personal de enfermería para recetar opioides, la mayoría de los países africanos relevados aún no permite esta posibilidad. Debido a la escasa cantidad de médicos y a que gran parte de la población vive en zonas remotas, a gran distancia del médico más cercano, o bien no puede afrontar el costo de trasladarse para consultarlo, permitir que el personal de enfermería capacitado pueda recetar morfina es un paso esencial para ampliar el acceso a opioides en África. Actualmente, solamente Uganda permite a personal de enfermería y auxiliares médicos especialmente capacitados recetar morfina. Sudáfrica está evaluando la posibilidad de modificar sus reglamentaciones para permitir que el personal de enfermería pueda expedir recetas. Investigadores de Human Rights Watch comprobaron anteriormente que, en ciertos países africanos, algunos miembros del personal de enfermería administran opioides a los pacientes cuando no hay médicos disponibles que puedan hacerlo, pese a que esta práctica no está permitida por la ley.

Cuadro 6: Reglamentación restrictiva de la prescripción de morfina en África subsahariana

País	Prohibición de la prescripción de morfina para uso domiciliario	El recetario para la morfina es distinto del recetario normal	Se requiere la firma de más de un médico	Sólo los médicos de ciertas especialidades pueden recetar morfina	Se requiere una licencia especial para recetar morfina	Limitación al período de prescripción de morfina	Límites a las dosis
Etiopía	No	Sí	No	No	Sí	No	No
Sudáfrica	No	No	No	No	No	30 días	No
Tanzania	No	No	No	No	No	No	No
Kenia	No	No	No	No	No	No	No
Nigeria	No	No	No	No	No	No	No
Camerún	No	Sí	No	No	No	30 días	No
Uganda	No	No	No	No	No	No	No

Costo

La mayoría de los países africanos relevados utilizan un líquido de administración oral para el cual se utiliza morfina en polvo, y que puede prepararse a un costo de unos pocos centavos por dosis. No obstante, para muchos africanos que subsisten con menos de US\$ 1 por día, el costo continúa siendo prohibitivo. Algunos trabajadores de atención de la salud señalaron que muchos hospitales y centros para pacientes terminales subsidian el costo de la morfina para todos los pacientes o para los de menos recursos. La iniciativa del gobierno de Uganda de ampliar el acceso a los cuidados paliativos incluyó la provisión gratuita de morfina.

En Tanzania, algunos médicos expresaron que, debido a problemas en la cadena de suministro, el costo real de proporcionar morfina supone una carga para los servicios de salud, ya que el personal debe viajar a lugares remotos para recibir la solución de morfina oral, y esto implica gastos de traslado e insume el tiempo del personal. Hay otras presentaciones de la morfina que, cuando están disponibles, suelen tener un valor significativamente superior al precio más bajo que se pagaría en el mercado internacional, posiblemente debido a la escasa demanda y los problemas en las cadenas de suministro.

Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Uganda

En los últimos 10 años, Uganda ha sido el país pionero en el continente africano en lo que respecta a mejorar el acceso a cuidados paliativos, y ha logrado avances notables en diversos ámbitos. El gobierno de Uganda ha trabajado junto con la OMS y con organizaciones religiosas y no gubernamentales para abordar de manera sistemática los obstáculos en el acceso a los cuidados paliativos.

En su Plan de Salud Estratégico de cinco años para el período 2000-2005, Uganda se convirtió en el primer país africano en declarar que los cuidados paliativos constituían un servicio clínico esencial para todos los ciudadanos. Desde entonces, el gobierno ha trabajado para ampliar la disponibilidad de medicamentos narcóticos. Incorporó la morfina líquida a su Lista de Medicamentos Esenciales y adoptó un nuevo conjunto de Pautas para el Manejo de Drogas de Clase A para los trabajadores de atención de la salud: también en este aspecto Uganda fue el país pionero en África. El Ministerio de Salud comenzó a importar morfina en polvo para administración oral y a proporcionar, en forma gratuita, solución de morfina oral a establecimientos de salud pública. Desde 2000, el consumo de opioides en equivalentes de morfina se ha cuadruplicado, y pasó de menos de 0,2 mg a casi 0,8 mg por persona en 2008.⁸⁵

Las iniciativas del gobierno no se han limitado a mejorar el suministro de drogas. En 2004, la legislación de Uganda fue reformada para permitir que personal de enfermería y auxiliares médicos pudieran recetar morfina luego de completar un curso sobre cuidados paliativos de 9 meses de duración.⁸⁶ Más de 80 enfermeros y auxiliares médicos ya han completado el Curso sobre Cuidados Paliativos de Hospice Africa Uganda. En su informe de 2004, la JIFE reconoció las medidas adoptadas por Uganda para mejorar el acceso al tratamiento del dolor, incluida la reforma de las leyes sobre control de estupefacientes para permitir que personal de enfermería especialmente capacitado pudiera recetar morfina.⁸⁷

En los últimos años, Uganda mejoró notablemente su capacidad de prestar cuidados paliativos. Existen al menos 50 especialidades que brindan servicios de cuidados paliativos, incluida la provisión de morfina.⁸⁸ Para poder llegar a más pacientes que lo necesitan, se han intensificado significativamente los servicios comunitarios de cuidados

⁸⁵ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, "Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2010: Statistics for 2008", 2010, http://www.incb.org/incb/en/narcotic_drugs_reports.html (consultado el 27 de octubre de 2010).

⁸⁶ Jagwe y Merriman, "Uganda: Delivering Analgesia in Rural Africa", *Journal of Pain and Symptom Management*.

⁸⁷ JIFE, "Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2004", (Nueva York: Naciones Unidas, 2005), págs. 32-33.

⁸⁸ Palliative Care Association of Uganda (PCAU), "Audit Report of Palliative Care Services in Uganda", abril de 2009, <http://www.theworkcontinues.com/document.asp?id=1386&pageno=> (consultado el 27 de marzo de 2010), págs. 7 y 12.

paliativos domiciliarios. El actual plan estratégico establece que todos los hospitales y centros de salud deberían brindar cuidados paliativos, que deberían ponerse a disposición los medicamentos necesarios y que los cuidados paliativos deberían integrarse a los programas académicos de las instituciones de formación en salud. También destaca la necesidad de fortalecer los sistemas de derivación y los cuidados paliativos basados en la comunidad.⁸⁹

Los avances significativos conseguidos por Uganda muestran que, si el gobierno toma la iniciativa, es posible ampliar rápidamente el acceso a cuidados paliativos mediante reformas legislativas y reglamentarias, y así extender el suministro de drogas y promover la formación en cuidados paliativos. Muchas de las reformas del gobierno de Uganda se implementaron en colaboración con representantes de ONG y de la OMS. En 1998, se organizó una conferencia que reunió a representantes del gobierno, ONG y la OMS, en la cual se debatió la disponibilidad de tratamientos con drogas y se acordó tomar medidas específicas en este sentido. Estos planes y compromisos se han traducido en muchos de los logros que hoy ha conseguido el país.⁹⁰

Pese a los avances logrados, aún subsisten, en toda Uganda, numerosos obstáculos en el acceso a cuidados paliativos. Algunos enfermeros que recibieron capacitación en cuidados paliativos no están aplicando lo que aprendieron debido a que no cuentan con morfina en su lugar de trabajo o a que los administradores de los hospitales no los apoyan y, por ejemplo, no los asignan al cuidado de pacientes con enfermedades incapacitantes. Muchos departamentos de salud de distrito no cuentan con partidas presupuestarias definidas para cuidados paliativos, y las falencias de los sistemas de distribución de morfina continúan ocasionando problemas.⁹¹ Existe una necesidad continua de asegurar la disponibilidad de morfina de administración oral en toda Uganda, controlar que su costo sea accesible, evitar desabastecimientos y capacitar a todos los trabajadores de atención de la salud involucrados.

⁸⁹ Jack Jagwe y Anne Merriman, “Uganda: Delivering Analgesia in Rural Africa: Opioid Availability and Nurse-prescribing”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, n.º 5 (mayo de 2007); Stjernsward J., “Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care”, *Journal of Pain and Symptom Management*.

⁹⁰ Jan Stjernsward, “Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 24, n.º 2 (agosto de 2002).

⁹¹ PCAU, “Audit Report of Palliative Care Services in Uganda”, pág. 8.









IV. América

Cuadro 7: Consumo de opioides y porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA en etapa terminal que cada país puede tartar

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Antigua y Barbuda	150	0	150	0,0%
Argentina	64.674	65.277	0	127,5%
Bahamas	508	609	0	174,4%
Barbados	499	964	0	255,6%
Belice	278	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Bolivia	13.921	0	13.921	0,0%
Brasil	218.361	206.079	12.282	121,6%
Canadá	70.049	3.169.908	0	5670,6%
Chile	22.574	21.134	1.440	117,9%
Colombia	42.396	40.055	2.342	124,4%
Costa Rica	4.286	3.422	864	101,0%
Cuba	19.282	4.770	14.512	31,0%
Dominica	120	62	58	67,4%
República Dominicana	15.529	1.256	14.274	11,4%
Ecuador	12.978	2.681	10.297	26,8%
El Salvador	5.819	3.005	2.814	70,9%
Granada	174	84	90	62,9%
Guatemala	10.945	2.102	8.844	25,8%
Guyana	1.275	92	1.183	11,0%
Haití	14.569	68	14.501	0,8%
Honduras	8.122	0	8.122	0,0%
Jamaica	4.577	1.147	3.430	34,7%
México	80.175	62.110	18.065	99,2%
Nicaragua	4.188	920	3.268	28,1%

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Panamá	3.604	1.614	1.991	61,6%
Paraguay	5.914	683	5.231	15,0%
Perú	37.043	6.031	31.012	21,3%
San Cristóbal y Nieves	55	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Santa Lucía	200	192	7	122,1%
San Vicente y las Granadinas	173	63	110	51,2%
Surinam	595	73	522	17,1%
Trinidad y Tobago	2.064	1.012	1.052	69,7%
Estados Unidos de América	617.820	31.797.701	0	6488,8%
Uruguay	8.156	2.939	5.217	45,4%
Venezuela	20.808	8.073	12.735	49,9%

Referencias del cuadro

	BUENA DISPONIBILIDAD: La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD MODERADA: Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD LIMITADA: La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
	DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA: Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	ESCASEZ GRAVE: Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
	No se brinda información sobre consumo de medicamentos contra el dolor

Análisis regional

“El cáncer nos está matando. El dolor me está matando porque hace varios días que no logro conseguir morfina inyectable en ningún lugar. Por favor, señor Ministro de Salud, no nos haga sufrir más...”.

– Aviso clasificado publicado en el periódico *El País* de Cali, Colombia, el 12 de septiembre de 2008, por la madre de una mujer con cáncer cervical.

“[Debido a que, en Estados Unidos,] se ha dado amplia publicidad al efecto inhibitorio que tienen las acciones legales iniciadas contra médicos en relación con el control legal de la indicación de opioides... sería positivo que las autoridades de reglamentación y aplicación de la ley mejoraran la forma en que formulan sus mensajes públicos dirigidos a los médicos y la forma en que manejan las investigaciones de rutina de la práctica médica”.

– Goldenbaum et al., “Physicians Charged with Opioid Analgesic-Prescribing Offenses”, *Pain Medicine*, vol. 9, n.º 6, 2008.

En América, el consumo de analgésicos opioides varía significativamente según el país: los niveles registrados en Estados Unidos y Canadá están entre los más altos del mundo, mientras que en América Central y el Caribe se observan niveles sumamente bajos. Cada año, al menos 100.000 pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal mueren en América sin recibir tratamiento adecuado del dolor, aunque la cantidad podría ser mucho mayor.

En América Central y el Caribe, la mitad de los países tienen un nivel de consumo de medicamentos opioides tan bajo que, aun cuando la totalidad se utilizara exclusivamente para tratar el dolor de pacientes con cáncer y VIH en etapa terminal, alcanzaría para brindar tratamiento adecuado a menos de un tercio de estos pacientes (Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, San Cristóbal y Nieves, Trinidad y Tobago, Jamaica, República Dominicana y Haití). Bolivia, Antigua y Barbuda, y Honduras informaron no haber consumido opioides entre 2006 y 2008, y Haití tendría capacidad para brindar tratamiento para el dolor a menos del 1 por ciento de sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal.

En América del Sur, los niveles de consumo suelen ser bastante superiores a los de países de América Central y el Caribe, pero de todos modos son marcadamente inferiores a los de América del Norte o Europa Occidental. Varios países de América del Sur, como Bolivia, Ecuador, Perú y Surinam, tienen una posición rezagada respecto de sus vecinos. En estos países, aun cuando todos los medicamentos opioides se usaran exclusivamente para tratar el dolor crónico, menos del 40 por ciento de los pacientes podría recibir un tratamiento adecuado.

Política

Como se muestra en el cuadro 7, en los países de América relevados, la estructura de políticas de apoyo para cuidados paliativos es sumamente limitada. Cinco de ocho países no cuentan con políticas nacionales sobre cuidados paliativos. A su vez, algunos encuestados de dos países que sí cuentan con este tipo de políticas, Argentina y Brasil, afirmaron que, en la práctica, estas no se aplican.⁹² México constituye una excepción positiva, ya que recientemente adoptó una política sobre manejo de pacientes terminales. Ninguno de los países relevados ha adoptado políticas sobre VIH que contemplen los cuidados paliativos, y solamente dos países, Brasil y Colombia, incluyen el control del dolor en sus políticas nacionales sobre control del cáncer. Un dato positivo es que, en todos los países relevados, la morfina oral es un medicamento registrado; y en la mayoría de estos países, ha sido incluida en la Lista de Medicamentos Esenciales.

Cuadro 8: Políticas sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos en América

País	Política de cuidados paliativos y control del dolor			Situación de la morfina		
	Política nacional de cuidados paliativos	Referencia en política nacional de control del cáncer	Referencia en política nacional sobre SIDA	La morfina oral es un medicamento o registrado	Lista de Medicamentos Esenciales	
					Morfina oral	Morfina inyectable
Brasil	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Argentina	Sí	n/a	No	Sí	Sí	Sí
Colombia	No	Sí	n/a	Sí	Sí	Sí
EE. UU.	No	n/a	n/a	Sí	n/a	n/a
México	Sí	Respuestas contradictorias	No	Sí	Respuestas contradictorias	Respuestas contradictorias
El Salvador	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Ecuador	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Guatemala	No	Respuestas contradictorias	No	Sí	Sí	Sí

Formación

⁹² Correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con el Dr. Roberto Wenk, Argentina, 18 de octubre de 2010; correspondencia por correo electrónico de Human Rights Watch con el Dr. Roberto Bettega, Brasil, 10 de diciembre de 2010.

La disponibilidad de programas de formación de grado en control del dolor y cuidados paliativos es sumamente escasa en los países examinados de América. En dos países, México y El Salvador, la formación en cuidados paliativos no está contemplada en los programas de grado, mientras que en la mayoría de los demás países se encuentra disponible solamente en unos pocos programas, o en algunos de ellos. La formación en cuidados paliativos tiene carácter obligatorio solamente en algunos programas de formación médica de grado en Estados Unidos, y en unos pocos de Guatemala. Todos los países más grandes de la región tienen oportunidades de formación médica de posgrado en tratamiento del dolor o cuidados paliativos. Sin embargo, los países con menor cantidad de población, como Guatemala y posiblemente El Salvador, carecen absolutamente de este tipo de programas.

Cuadro 9: Disponibilidad de formación sobre control del dolor en América

País	Formación sobre control del dolor		
	Disponible en programas médicos de grado	Obligatoria en programas médicos de grado	Disponible en programas de formación médica de posgrado
Brasil	Algunos	Ninguno	Sí
Argentina	Pocos	Ninguno	Sí
Colombia	Algunos	Ninguno	Sí
EE. UU.	Algunos	Algunos	Sí
México	Ninguno	Ninguno	Sí
El Salvador	Ninguno	Ninguno	Respuestas contradictorias
Ecuador	Pocos	Ninguno	Sí
Guatemala	Pocos	Pocos	No

Disponibilidad de fármacos

Suministro y distribución

Estados Unidos, el país que registra el mayor consumo de opioides entre los países relevados en la encuesta, por una gran diferencia con respecto a los demás, tiene la mayor disponibilidad de morfina en todos sus establecimientos clínicos. Brasil ocupa el segundo lugar. En Guatemala se observó el menor consumo, y la morfina se encuentra disponible solamente en algunas farmacias y hospitales de atención terciaria. En toda América Latina, solamente algunas farmacias poseen existencias de morfina para administración oral. Su disponibilidad en centros de salud y centros de atención de pacientes con VIH/SIDA es aún menor. Los encuestados de todos los países manifiestan que es más difícil acceder a medicamentos opioides fuera de las principales ciudades.

Cuadro 10: Accesibilidad de morfina en distintos establecimientos de atención de la salud en América

País	Morfina inyectable en hospitales	Morfina oral disponible					
		Hospitales de atención terciaria	Otros hospitales	Farmacias	Centros de salud	Centros para pacientes terminales	Centros de atención de pacientes con SIDA
Brasil	La mayoría	La mayoría	La mayoría	Algunas	Algunos	Todos	Algunos
Argentina	Algunos	Algunos	Incierto	Algunas	Ninguno	La mayoría	n/a
Colombia	Algunos	Algunos	Algunos	Algunas	Algunos	n/a	Ninguno
EE. UU.	Todos	Todos	Todos	La mayoría	Algunos	Todos	Algunos
México	Algunos	Algunos	Incierto	Algunas	Ninguno	Algunos	Ninguno
El Salvador	Algunos	Algunos	Incierto	Algunas	Algunos	Algunos	Incierto
Ecuador	La mayoría	Algunos	Incierto	Algunas	Ninguno	La mayoría	Ninguno
Guatemala	Algunos	Algunos	Ninguno	Algunas	Ninguno	n/a	Ninguno

Reglamentaciones en materia de drogas

Todos los países relevados en América exigen recetarios especiales, y cuatro de ellos requieren que los médicos obtengan licencias especiales que los autoricen a prescribir medicamentos opioides. Guatemala, el país con el menor consumo de opioides entre todos los países relevados, también fue el que impuso la mayor cantidad de reglamentaciones restrictivas, incluidos límites a las dosis. En la mayoría de los países americanos examinados, a excepción de Estados Unidos y El Salvador, también existen límites en la cantidad de días de suministro contemplados en las recetas para la administración de morfina. Se hallaron cinco países que tienen un límite relativamente generoso, de 30 días. En Argentina, sin embargo, una receta solamente puede cubrir 10 días de suministro.

En El Salvador, todos los médicos pueden recetar una dosis limitada, por única vez, de medicamentos opioides para tratar el dolor agudo. No obstante, para prescribir opioides para el dolor crónico se requiere un recetario diferente, y estas recetas deben estar autorizadas por el secretario del centro de salud y el director de la agencia de fiscalización de estupefacientes. Las personas encuestadas de todos los países, excepto Colombia, manifestaron que los trabajadores de atención de la salud tienen temor a recibir sanciones legales por la manipulación indebida de opioides, y esto actúa como un factor

de disuasión al momento de recetar este tipo de fármacos. Ninguno de los países latinoamericanos relevados permite que el personal de enfermería extienda recetas. En la mayoría de los estados de Estados Unidos, algunos enfermeros pueden recetar morfina. En algunos estados, los asistentes de los médicos o los farmacéuticos también pueden expedir recetas, pero otros estados establecen límites sobre las dosis.

Cuadro 11: Reglamentación restrictiva de la prescripción de morfina en América

País	Prohibición de la prescripción de morfina para uso domiciliario	El recetario para la morfina es distinto del recetario normal	Se requiere la firma de más de un médico	Sólo los médicos de ciertas especialidades pueden recetar morfina	Se requiere una licencia especial para recetar morfina	Limitación al período de prescripción de morfina	Límites a las dosis
Brasil	No	Sí	No	No	Sí	30 días	No
Argentina	No	Sí	No	No	No	10 días	No
Colombia	No	Sí	No	No	No	30 días	No
EE. UU.	No	Sí	No	No	Sí	No	Algunas leyes estatales los imponen
México	No	Sí	No	No	No	30 días	No
El Salvador	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí
Ecuador	No	Sí	No	No	Sí	30 días	Sí
Guatemala	No	Sí	No	No	No	30 días	No

Costo

Informantes claves de cuatro países —Argentina, Brasil, Colombia y México— señalaron que, en algunas circunstancias, el gobierno subsidia el costo de la morfina. En Colombia, se puede acceder, a bajo costo, a morfina en forma líquida para administración oral. No obstante, en casi todos los países relevados de América del Sur, la mayoría de las presentaciones de morfina que se encuentran disponibles son mucho más onerosas, y una dosis diaria puede llegar a costar varios dólares. En Ecuador, El Salvador y Guatemala —los tres países con el menor consumo de opioides de todo el grupo relevado—, no se encuentra disponible morfina oral de liberación inmediata de bajo costo; sin embargo, se pueden conseguir comprimidos de liberación prolongada de costo elevado, lo cual hace que el precio de la morfina se incremente innecesariamente.

Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Colombia

En Colombia, el fuerte compromiso asumido entre el gobierno, las ONG y los actores del ámbito académico ha llevado a concretar, en el último tiempo, avances para mejorar el acceso a los servicios de cuidados paliativos y control del dolor. En los últimos cinco años, el gobierno ha iniciado reformas significativas en la reglamentación, con el objeto de eliminar los obstáculos innecesarios que no permiten acceder al tratamiento del dolor, como así también para mejorar el acceso a los medicamentos opioides. En 2006, el gobierno aumentó la cantidad máxima de días de suministro permitidos para la prescripción de opioides, y la llevó de 10 a 30 días.⁹³ De este modo, facilitó el acceso a los analgésicos opioides para los pacientes que necesitan tratamientos con estos medicamentos durante períodos prolongados. También se han implementado reglamentaciones modificadas para la adquisición de fármacos a nivel regional, con el objeto de mejorar la disponibilidad de los medicamentos opioides. La nueva reglamentación establece la obligación, en los 32 estados de Colombia, de que haya al menos un lugar donde se garantice la disponibilidad de opioides en todo momento.⁹⁴ A partir de estas iniciativas para mejorar la disponibilidad, se ha incrementado el consumo de morfina. Entre 2006 y 2009, el gobierno informó que se había registrado un aumento del 42 por ciento en las unidades de morfina vendidas.⁹⁵

En el campo de la formación, también se han logrado algunas pequeñas mejoras. En la Universidad de la Sabana, en Bogotá, se implementó el primer curso obligatorio del país sobre cuidados paliativos para estudiantes de programas médicos de grado. Este programa podría servir como modelo para otras universidades.⁹⁶ También hay programas de formación continua en cuidados paliativos para trabajadores de atención de la salud del sector primario, aunque son escasos.⁹⁷

Los avances de Colombia surgieron como resultado de varios años de un fuerte compromiso sostenido entre el gobierno, las ONG nacionales e internacionales, e instituciones del ámbito académico. En 2006, miembros de la Universidad de la Sabana, la International Association for Hospice and Palliative Care, el Grupo de Estudio sobre

⁹³ Ministerio de Salud de Colombia, Resolución 001478 de 2006, <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/normas.jsp.old> (consultado el 27 de enero de 2011).

⁹⁴ Leon, Marta et al. "Integrating palliative care in public health: The Colombian experience following an International Pain Policy Fellowship", <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/11pallmed/LeonIPPF2011.pdf> (consultado el 24 de abril de 2011).

⁹⁵ *Ibíd.*

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ *Ibíd.*

Dolor y Políticas (Pain and Policy Studies Group) y la Universidad de Wisconsin desarrollaron un plan de acción para mejorar el acceso a servicios de cuidados paliativos y control del dolor en Colombia, y luego organizaron un taller con miembros de los gobiernos y del sector de la salud a nivel privado, con el objeto de identificar obstáculos en el acceso a los cuidados paliativos y soluciones para superarlos.⁹⁸ Estas iniciativas han guiado, en gran medida, los esfuerzos de Colombia por implementar reformas.

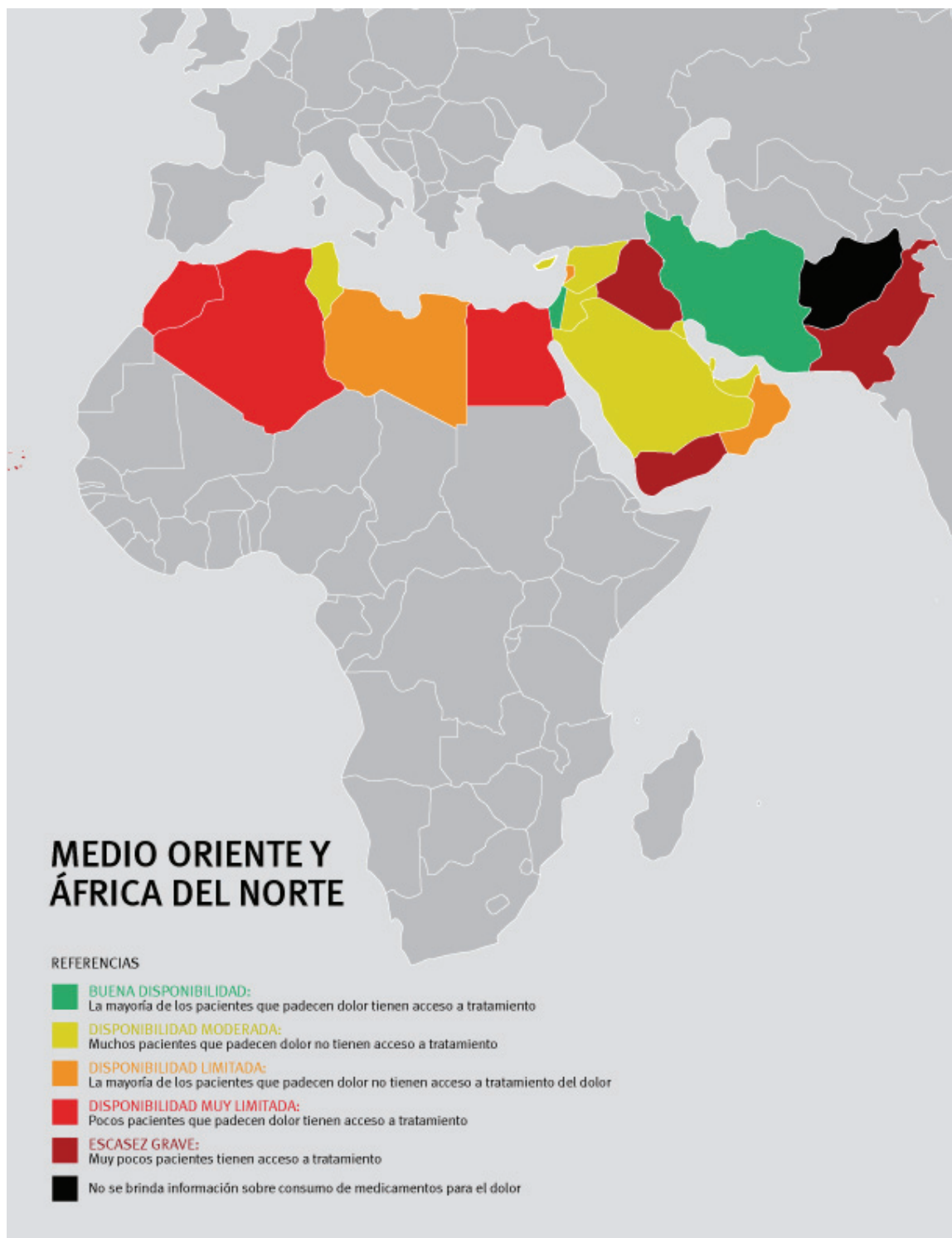
Aunque Colombia aún tiene un largo camino por recorrer en lo que hace a garantizar el acceso a tratamientos contra el dolor y cuidados paliativos para todas las personas que los necesiten, es posible que, en el futuro, se logren mayores avances. La Comisión de Regulación en Salud está debatiendo la inclusión de tres nuevas presentaciones de medicamentos opioides en la lista de medicamentos esenciales del país.⁹⁹ Además, dos senadores elaboraron un proyecto de ley que procuraría mejorar el acceso a los medicamentos controlados, la calidad de los servicios de cuidados paliativos y la formación de los trabajadores de atención de la salud, con el aporte de varios expertos y organizaciones especializadas en cuidados paliativos de Colombia.¹⁰⁰ A la fecha del presente informe, el Senado había debatido el proyecto de ley, pero aún no lo había votado.¹⁰¹

⁹⁸ Leon, Marta Ximena et al. Improving Availability of and Access to Opioids in Colombia: Description and Preliminary Results of an Action Plan for the Country.

⁹⁹ *Ibíd.*

¹⁰⁰ *Ibíd.*

¹⁰¹ Congreso Visible, <http://www.congresovisible.org/proyectos-de-ley/mediante-la-cual-se-regulan/1080/> (consultado el 1 de abril de 2011).









V. Medio Oriente y África del Norte

Cuadro 12: Consumo de opioides y porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA terminal que puede tratar cada país

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Afganistán	22.443	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Argelia	20.006	2.890	17.116	18,2%
Bahréin	414	761	0	234,2 %
Yibuti	1.391	0	1.391	0,0%
Egipto	45.720	11.342	34.377	31,1 %
Irán	48.269	1.243.749	0	3266,6 %
Irak	25.395	755	24.640	3,7 %
Israel	10.048	8.030	148.101	1844,4 %
Jordania	3.731	5.025	0	168,9%
Kuwait	635	1.317	0	260,1 %
Líbano	3.418	2.411	1.007	89,9 %
Libia	3.226	1.891	1.335	76,3 %
Marruecos	14.805	3.090	11.715	26,6 %
Omán	1.214	584	630	61,0 %
Pakistán	98.082	1.726	96.356	2,2 %
Qatar	228	484	0	286,6 %
Arabia Saudita	11.890	15.072	0	158,9 %
Somalia	8.172	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Sudán	53.049	501	52.548	1,4%
Siria	5.918	5.287	631	111,7 %
Túnez	4.556	5.260	0	146,0 %

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Emiratos Árabes Unidos	792	2.438	0	397,7%
Yemen	11.527	586	10.942	6,4%

Referencias del cuadro

	BUENA DISPONIBILIDAD: La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD MODERADA: Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD LIMITADA: La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
	DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA: Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	ESCASEZ GRAVE: Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
	No se brinda información sobre consumo de medicamentos contra el dolor

Análisis regional

“Los médicos temen a todo lo que tenga que ver con opioides”.

– Oncólogo, Jordania.

“[El período máximo de prescripción de] siete días no es suficiente.

Complica aún más nuestro trabajo y obliga a los pacientes a recorrer largas distancias para tener acceso a morfina”

– Profesor de Oncología, Marruecos.

La región de Medio Oriente y Norte de África se caracteriza por marcadas diferencias de recursos, y allí conviven países extremadamente pobres con otros muy ricos. Estas diferencias se reflejan claramente en la disponibilidad de analgésicos opioides. Cuatro países de la región —Irak, Pakistán, Sudán y Yemen— consumen tan pocos medicamentos opioides que si la totalidad se aplicara para tratar pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal, menos del 10 por ciento de estos podría recibir tratamiento adecuado para el dolor. Afganistán y Somalia no informan tener consumo de opioides a la JIFE, y Yibuti no indicó ningún consumo entre 2006 y 2008.

Varios países con abundantes recursos de petróleo, como Bahréin, Kuwait, Arabia Saudita, Qatar y Emiratos Árabes Unidos, también tienen un consumo bastante limitado de medicamentos opioides. Entre los países de la región, Irán se destaca por un alto consumo de opioides, especialmente de metadona, aunque un porcentaje significativo se emplea para tratar la dependencia de estupefacientes y no el dolor. En total, al menos 180.000 pacientes de la región morirán de cáncer o VIH/SIDA cada año sin recibir tratamiento adecuado del dolor.

Política

Ninguno de los países relevados de la región cuenta con una política nacional sobre cuidados paliativos, aunque los encuestados de Marruecos manifestaron que esperaban que se adoptara una política de este tipo a corto plazo. Si bien las políticas de control del cáncer en cuatro de los cinco países relevados contienen referencias al tratamiento del dolor o los cuidados paliativos, estas referencias no aparecen en las políticas sobre VIH, en los casos en que existen tales políticas. Egipto e Irán están entre los únicos 6 países —de los 40 relevados— que no han incluido la morfina oral en su

lista de medicamentos esenciales.¹⁰² De hecho, Irán es uno de los dos países, del total de 40 examinados, donde la morfina oral no es un medicamento registrado y, por lo tanto, no está disponible para todas las personas. Si bien en un artículo que apareció en una publicación médica y que fue revisado por pares se señala que la política de control del cáncer de Irán contempla los cuidados paliativos, varios informantes claves de ese país que fueron encuestados no estaban al tanto de que así fuera.¹⁰³

Cuadro 13: Políticas sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos en Medio Oriente y África del Norte

País	Política de cuidados paliativos y control del dolor			Situación de la morfina		
	Política nacional de cuidados paliativos	Referencia en política nacional de control del cáncer	Referencia en política nacional sobre SIDA	La morfina oral es un medicamento registrado	Lista de Medicamentos Esenciales	
					Morfina oral	Morfina inyectable
Pakistán	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Egipto	No	Sí	Incierta	Sí	No	Sí
Irán	No	Sí	No	No	No	Sí
Marruecos	No	Sí	n/a	Sí	Sí	Sí
Jordania	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí

Formación

Como se muestra en el Cuadro 14, Egipto es el único país relevado en la región donde los programas de formación médica de grado incluyen capacitación obligatoria sobre cuidados paliativos. Marruecos y Jordania no ofrecen capacitación sobre cuidados paliativos como parte de tales programas. En Irán y Jordania no existe formación de posgrado sobre cuidados paliativos.

¹⁰² Otros tres países (Estados Unidos, el Reino Unido y Alemania) informaron que no cuentan con una lista de medicamentos esenciales, y los encuestados de México ofrecieron respuestas contradictorias.

¹⁰³ "Implementation of Comprehensive National Cancer Control Program in Iran: an experience in a developing country", *Annals of Oncology*, Vol. 19, N.º 2, febrero de 2008, pág. 399.

Cuadro 14: Disponibilidad de formación sobre control del dolor en Medio Oriente y África del Norte

País	Disponible en programas médicos de grado	Obligatoria en programas médicos de grado	Disponible en programas de formación médica de posgrado
Pakistán	Pocos	Ninguno	Sí
Egipto	Algunos	Algunos	Sí
Irán	Algunos	Ninguno	No
Marruecos	Ninguno	Ninguno	Sí
Jordania	Ninguno	Ninguno	No

Disponibilidad de fármacos

Suministro y distribución

Si bien en la mayoría de los hospitales de Egipto, Irán y Marruecos, o en todos ellos es posible conseguir morfina inyectable, no sucede lo mismo en Jordania y Pakistán, donde muy pocos hospitales cuentan con este tipo de morfina. La disponibilidad de la morfina de administración oral es especialmente deficitaria en los países de la región relevados. Como se señaló precedentemente, en Irán directamente no está disponible. En Pakistán, no se consigue morfina oral en centros para pacientes terminales, y sólo es posible obtenerla en unas pocas farmacias y centros de salud. En Jordania, si bien la morfina está disponible en todos los centros para pacientes terminales, no se consigue en centros de salud y solamente puede encontrarse en unas pocas farmacias. De los países relevados, Egipto ofrece la mayor disponibilidad de morfina oral, que puede conseguirse en centros para pacientes terminales, en la mayoría de los hospitales de atención terciaria y en algunas farmacias y centros de salud. Los entrevistados de todos los países relevados indicaron que hay mayores dificultades para conseguir morfina fuera de las principales ciudades.

Cuadro 15: Accesibilidad de morfina en distintos establecimientos de atención de la salud en Medio Oriente y África del Norte

País	Morfina inyectable en hospitales	Accesibilidad de la morfina oral					
		Hospitales de atención terciaria	Otros hospitales	Farmacias	Centros de salud	Centros para pacientes terminales	Centros de atención de pacientes con SIDA
Pakistán	Algunos	Algunos	Pocos	Pocas	Pocos	Ninguno	Ninguno
Egipto	La mayoría	La mayoría	Algunos	Algunas	Algunos	Todos	n/a
Irán	Todos	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Marruecos	La mayoría	Algunos	Pocos	Algunas	Ninguno	n/a	Ninguno
Jordania	Algunos	Algunos	Pocos	Pocas	Ninguno	Todos	n/a

Reglamentaciones en materia de drogas

Todos los países relevados de la región, excepto Pakistán, exigen formularios especiales para la expedición de recetas de morfina. Los encuestados en Pakistán señalaron que algunos hospitales exigen recetarios especiales, aunque este no es un requisito establecido por ley. Cuatro de los países relevados aplican límites al período durante el cual se puede recetar morfina, excepto Pakistán. En Irán, el límite es bastante generoso, de 30 días, pero los períodos son mucho más breves en otros países como Egipto (7 días), Jordania (10 días para casos de cáncer, y 3 días para otros pacientes), y Marruecos (7 días).

Las reglamentaciones también establecen restricciones acerca de quiénes pueden recetar morfina y a qué tipo de pacientes. En Irán, solamente se puede recetar morfina para uso domiciliario a pacientes con cáncer. En Egipto, la mayoría de los médicos sólo pueden recetar un máximo de 14 comprimidos de morfina. Únicamente los oncólogos y especialistas en dolor pueden recetar una cantidad mayor. En Marruecos, los médicos clínicos deben obtener una licencia para recetar morfina, mientras que otros médicos que trabajan en hospitales o clínicas más grandes hacen uso de la licencia del establecimiento. En todos los países examinados, al menos un encuestado creía que el temor a ser objeto de sanciones legales disuadía a los médicos de recetar opioides. Ninguno de los países relevados permite que el personal de enfermería recete opioides.

Cuadro 16: Reglamentación restrictiva de la prescripción de morfina en Medio Oriente y África del Norte

País	Prohibición de la prescripción de morfina para uso domiciliario	El recetario para la morfina es distinto del recetario normal	Se requiere la firma de más de un médico	Sólo los médicos de ciertas especialidades pueden recetar morfina	Se requiere una licencia especial para recetar morfina	Limitación al período de prescripción de morfina	Límites a las dosis
Pakistán	No	No	No	No	No	No	No
Egipto	No	Sí	No	Sí	No	7 días	14 comprim.
Irán	Sí (excepto para pacientes con cáncer)	Sí	No	No	No	30 días	No
Marruecos	No	Sí	No	No	Sí	7 días	No
Jordania	No	Sí	No	No	No	10 días para pacientes con cáncer; 3 días para pacientes que no padecen cáncer	No

Costo

En Medio Oriente y África del Norte, las dificultades en el acceso no parecen deberse al costo de la morfina. Los encuestados de todos los países relevados señalaron que, en general, las presentaciones de morfina disponibles no eran costosas.

Desarrollar los cuidados paliativos: Jordania

Jordania es un país de la región que ha realizado avances significativos en el desarrollo de cuidados paliativos durante la última década. Entre 2001, año en que comenzaron las iniciativas de reforma, y 2008, el último año del cual se tienen datos, el consumo de morfina se incrementó dos veces y media. En 2004, el gobierno de Jordania reformó parcialmente las reglamentaciones en materia de drogas, y eliminó una disposición por la cual sólo los médicos oncólogos estaban autorizados a prescribir morfina. También incrementó ligeramente, de 3 a 10 días, el período para el cual puede recetarse morfina a pacientes con cáncer (aunque se mantuvo el límite de 3 días para pacientes que no padecen cáncer). Ese mismo año, una compañía farmacéutica local comenzó a producir

comprimidos de morfina de liberación inmediata a bajo costo, lo cual redujo notablemente el costo de este medicamento e incrementó la cantidad de presentaciones disponibles.¹⁰⁴

Si bien los programas de formación médica de grado o de posgrado de Jordania aún no contemplan la capacitación en cuidados paliativos, se registraron algunos avances en la formación de los profesionales de la salud. A través de un programa de becas internacionales, varios médicos recibieron capacitación avanzada. Actualmente, estos médicos brindan capacitación sobre cuidados paliativos en otras unidades de oncología importantes de Amán y otras ciudades.¹⁰⁵

Los avances en Jordania muestran que se pueden conseguir logros importantes cuando el gobierno lidera la iniciativa y existe un esfuerzo coordinado por parte de los organismos gubernamentales, los trabajadores de la salud, los organismos de la ONU y la sociedad civil.

En 2001, el gobierno de Jordania, la OMS, un grupo de trabajadores de atención de la salud, la sociedad civil y la industria farmacéutica se reunieron y decidieron crear la Iniciativa de Cuidados Paliativos de Jordania (Jordan Palliative Care Initiative, JCPI), que asumió la misión de desarrollar cuidados paliativos en el país y consiguió ser designada Proyecto Demostrativo de la OMS.¹⁰⁶ En noviembre de ese año, el Ministerio de Salud de Jordania y la OMS acordaron trabajar conjuntamente para integrar de manera más efectiva los cuidados paliativos al sistema de salud del país.¹⁰⁷ Como resultado de este acuerdo, en 2003 se organizó un taller conjunto con el objeto de elaborar un plan de acción nacional y crear un Comité Nacional de Cuidados Paliativos.¹⁰⁸

Estos logros deberían alentar al gobierno de Jordania a ampliar la disponibilidad de los cuidados paliativos. Para ello, deberá formular e implementar una política nacional sobre cuidados paliativos, ampliar la disponibilidad de morfina a nuevos centros de salud, continuar reformando su reglamentación en materia de drogas e incorporar la capacitación sobre cuidados paliativos a los programas de grado y de posgrado en Medicina y Enfermería.

¹⁰⁴ Jan Stjernswärd et al., "Jordan Palliative Care Initiative: A WHO Demonstration Project", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, n.º 5 (2007), pág. 631.

¹⁰⁵ Amanda Bingley y David Clark, "A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 37, no. 3 (2009), pág. 291.

¹⁰⁶ Jan Stjernswärd et al., "Jordan Palliative Care Initiative: A WHO Demonstration Project", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, n.º 5 (2007), pág. 629.

¹⁰⁷ *Ibíd.*, pág. 630.

¹⁰⁸ *Ibíd.*

EUROPA

REFERENCIAS

- **BUENA DISPONIBILIDAD:**
La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
- **DISPONIBILIDAD MODERADA:**
Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
- **DISPONIBILIDAD LIMITADA:**
La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
- **DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA:**
Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
- **ESCASEZ GRAVE:**
Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
- No se brinda información sobre consumo de medicamentos para el dolor



VI. Europa







Cuadro 17: Consumo de opioides y porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA en etapa terminal que puede tratar cada país

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que padecen dolor moderado a severo	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Albania	4.604	3.680	2.526	1.154	68,6%
Andorra	195	155	718	0	464,4%
Armenia	6.549	5.217	599	4.618	11,5%
Austria	19.701	15.744	513.347	0	3260,7%
Azerbaiyán	7.987	6.387	1.372	5.016	21,5%
Bielorrusia	20.076	15.821	2.854	12.967	18,0%
Bélgica	29.540	23.611	552.415	0	2339,6%
Bosnia-Herzegovina	6.201	4.957	20.424	0	412,0%
Bulgaria	16.422	13.131	41.054	0	312,7%
Croacia	12.585	10.067	82.780	0	822,3%
Chipre	974	779	1.782	0	228,8%
República Checa	29.645	23.715	98.090	0	413,6%
Dinamarca	16.012	12.800	413.601	0	3231,1%
Estonia	3.634	2.900	12.038	0	415,0%
Finlandia	10.703	8.560	154.722	0	1807,6%
Francia	170.195	135.810	1.734.086	0	1276,8%
Georgia	3.894	3.114	4.980	0	159,9%
Alemania	215.312	172.086	5.300.362	0	3080,1%
Grecia	27.535	22.023	169.908	0	771,5%

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que padecen dolor moderado a severo	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Hungría	32.904	26.319	99.931	0	379,7%
Islandia	565	452	7.326	0	1622,5%
Irlanda	9.101	7.272	190.643	0	2621,7%
Italia	163.308	130.381	1.104.943	0	847,5%
Kazjastán	24.125	19.220	2.293	16.926	11,9%
Kirguistán	4.203	3.356	5.927	0	176,6%
Letonia	5.873	4.694	7.453	0	158,8%
Lituania	7.796	6.234	16.601	0	266,3%
Luxemburgo	1.039	830	15.043	0	1812,9%
Macedonia	3.659	2.926	13.189	0	450,8%
Malta	749	598	7.601	0	1270,4%
Moldavia	5.579	4.455	1.877	2.578	42,1%
Mónaco	71	56	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Países Bajos	41.463	33.142	507.144	0	1530,2%
Noruega	11.652	9.314	191.312	0	2054,1%
Polonia	96.802	77.399	273.683	0	353,6%
Portugal	25.687	20.322	302.407	0	1488,1%
Rumania	43.315	34.577	15.936	18.641	46,1%
Rusia	287.330	226.189	34.894	191.295	15,4%
San Marino	86	69	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Serbia y Montenegro	23.205	18.546	39.127	0	211,0%
Eslovaquia	11.840	9.471	60.043	0	634,0%
Eslovenia	5.492	4.393	73.617	0	1675,7%
España	106.174	84.413	1.850.392	0	2192,1%

País	Muertes por cáncer y SIDA, por año (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que padecen dolor moderado a severo	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Suecia	21.025	16.812	270.389	0	1608,3%
Suiza	16.817	13.414	470.536	0	3507,9%
Tayikistán	2.661	2.096	58	2.037	2,8%
Turquía	59.814	47.817	93.610	0	195,8%
Turkmenistán	3.081	2.449	149	2.300	6,1%
Ucrania	98.524	75.795	21.675	54.120	28,6%
Reino Unido	163.370	130.632	1.569.345	0	1201,3%
Uzbekistán	11.652	9.299	1.184	8.115	12,7%

Referencias del cuadro

	BUENA DISPONIBILIDAD: La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD MODERADA: Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento
	DISPONIBILIDAD LIMITADA: La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor
	DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA: Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento
	ESCASEZ GRAVE: Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento
	No se brinda información sobre consumo de medicamentos contra el dolor

Análisis regional

En Europa existe un patrón claro de consumo de opioides: todos los países de Europa occidental consumen una cantidad de opioides al menos 10 veces superior a la que se necesita para tratar a sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal; los países de Europa del Este consumen un volumen menor que, de todos modos, suele ser varias veces superior al necesario para tratar a sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal.

Algunos países de Europa del Este y Asia Central —Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Kazajistán, Rusia, Ucrania y Uzbekistán— consumen solamente los opioides necesarios para tratar a menos del 30 por ciento de sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal. Dos países de Asia Central, Tayikistán y Turkmenistán, están en condiciones de brindar tratamiento a menos del 10 por ciento de estos pacientes. Como resultado, al menos 480.000 pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal mueren cada año en Europa sin haber tenido acceso a tratamiento adecuado para el dolor.

Como se señaló anteriormente, todos los países de Europa occidental consumen al menos diez veces más opioides que los necesarios para tratar a los pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal en su territorio, y algunos países de Europa occidental —Austria, Dinamarca, Alemania y Suiza— consumen una cantidad más de 30 veces superior. Estos medicamentos son necesarios para tratar a la gran cantidad de pacientes con otras afecciones que padecen dolor, y de este modo se demuestra que la comparación entre el consumo real de opioides y el consumo que sería necesario para tratar a pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal sirve únicamente como indicador de la capacidad relativa de un país de responder a la necesidad de mitigación del dolor de sus pacientes.

En países donde la mayoría de las personas tienen acceso a los medicamentos que necesitan en casi todos los casos, el consumo es significativamente superior al necesario para tratar a los pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal. Los países que únicamente pueden tratar a este tipo de pacientes (es decir, aquellos que obtuvieron una puntuación próxima al 100 por ciento en los cuadros, como Chile, Costa Rica, México, Siria, Líbano y Uzbekistán) aún deben adoptar numerosas medidas para asegurar que todos los pacientes que lo necesiten puedan acceder a medicamentos esenciales para el dolor.

Los resultados de nuestra encuesta indican que el marcado contraste entre el consumo de opioides en Europa del Este y Europa occidental no responde exclusivamente a diferencias en el desarrollo económico o la infraestructura médica. Los países de Europa del Este examinados cuentan con menos políticas orientadas a brindar apoyo a los servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos, menos oportunidades de formación en control

del dolor y cuidados paliativos, reglamentaciones más restrictivas sobre prescripción y mayores dificultades de acceso a la morfina en distintos establecimientos de salud.

Política

Los gobiernos de cuatro de los nueve países relevados en Europa cuentan con políticas sólidas sobre cuidados paliativos: Francia, Polonia, Turquía y el Reino Unido han adoptado políticas nacionales sobre cuidados paliativos y políticas sobre control del cáncer que contemplan los cuidados paliativos. Los primeros tres países también tienen políticas nacionales sobre VIH que contienen referencias a los cuidados paliativos. En Georgia se realizaron algunos avances recientes: se ha sometido al Parlamento una política nacional sobre cuidados paliativos y una política sobre control del cáncer que contempla un plan de desarrollo de cuidados paliativos. Sin embargo, la política sobre VIH no incluye ninguna mención a este tipo de cuidados. Otros países examinados tienen una menor estructura de políticas de apoyo. Alemania no ha adoptado una política nacional sobre cuidados paliativos ni una política nacional sobre control del cáncer y el VIH, como así tampoco una lista de medicamentos esenciales. Rumania, Rusia y Ucrania no cuentan con políticas nacionales de cuidados paliativos, pero prevén este tipo de cuidados en los planes nacionales de control del cáncer.

Ucrania es el único país relevado en Europa donde la morfina oral no es un medicamento registrado. Ucrania y Georgia son los únicos países relevados que cuentan con listas de medicamentos esenciales, pero no han incluido la morfina de administración oral.

Cuadro 18: Políticas sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos en Europa

País	Política de cuidados paliativos y control del dolor			Situación de la morfina		
	Política nacional de cuidados paliativos	Referencia en política nacional de control del cáncer	Referencia en política nacional sobre SIDA	La morfina oral es un medicamento registrado	Lista de Medicamentos Esenciales	
					Morfina oral	Morfina inyectable
Alemania	No	n/a	n/a	Sí	n/a	n/a
Rumania	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Polonia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Turquía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Reino Unido	Sí	Sí	No	Sí	n/a	n/a
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rusia	No	Sí	Incierta	Sí	Sí	Sí
Ucrania	No	Sí	Sí	No	No	Sí
Georgia	No	No	No	Sí	No	Sí

Formación

Los países europeos relevados tienen la mayor disponibilidad de programas de formación en control del dolor en comparación con cualquier otra región. En Francia, Polonia y el Reino Unido, la formación en cuidados paliativos es obligatoria para todos los estudiantes de programas médicos de grado. En 2009, Alemania adoptó leyes que establecerán la obligatoriedad de la formación en cuidados paliativos para todos los estudiantes de programas médicos de grado para 2014. En todos los demás países evaluados, excepto Rusia, la formación sobre cuidados paliativos estaba disponible en al menos algunos programas médicos de grado. En Rusia, esta formación solamente se ofrecía en unos pocos programas. Los encuestados de todos los países señalaron que la formación médica de posgrado incluye capacitación en cuidados paliativos.

Cuadro 19: Disponibilidad de formación sobre control del dolor en Europa

País	Disponible en programas médicos de grado	Obligatoria en programas médicos de grado	Disponible en programas de formación médica de posgrado
Alemania	La mayoría	Pocos	Sí
Rumania	Algunos	Ninguno	Sí
Polonia	Todos	Todos	Sí
Turquía	Algunos	Algunos	Sí
Reino Unido	Todos	Todos	Sí
Francia	Todos	Todos	Sí
Rusia	Pocos	Pocos	Sí
Ucrania	Algunos	Algunos	Sí
Georgia	Algunos	Algunos	Sí

Disponibilidad de fármacos

Suministro y distribución

Las conclusiones de nuestra encuesta indican que existe una amplia brecha en la disponibilidad de morfina entre Europa occidental y Europa del Este. La disponibilidad más amplia se observó en Francia, Alemania y el Reino Unido, donde la mayoría de los hospitales y farmacias cuentan con morfina oral e inyectable. En Polonia y Turquía, los medicamentos están disponibles en la mayoría de los hospitales, o en todos ellos, pero solamente en algunas farmacias. Los encuestados en Rumania y Rusia señalaron que la morfina inyectable estaba disponible en la mayoría de los hospitales, pero que la morfina oral sólo se conseguía en algunos hospitales y farmacias. Georgia y Ucrania informaron las situaciones más problemáticas: la morfina de administración oral directamente no se consigue en Ucrania, y en Georgia sólo está disponible en algunos hospitales de atención terciaria, farmacias y centros para pacientes terminales. En la mayoría de los países relevados, salvo Alemania, Polonia y Francia, los entrevistados manifestaron que existían mayores dificultades para conseguir morfina fuera de las principales ciudades.

Cuadro 20: Accesibilidad de morfina en distintos establecimientos de atención de la salud en Europa

País	Morfina inyectable en hospitales	La morfina oral está disponible en:					
		Hospitales de atención terciaria	Otros hospitales	Farmacias	Centros de salud	Centros para pacientes terminales	Centros de atención de pacientes con SIDA
Alemania	La mayoría	Todos	La mayoría	La mayoría	La mayoría	Todos	Incierto
Rumania	La mayoría	Algunos	Algunos	Algunas	Ninguno	Todos	Ninguno
Polonia	Todos	Todos	La mayoría	Algunas	Ninguno	Todos	Ninguno
Turquía	Todos	La mayoría	Todos	Algunas	La mayoría	n/a	Respuesta contradictoria
Reino Unido	Todos	Todos	Todos	Todas	Algunos	Todos	Incierto
Francia	Todos	Todos	Todos	Todas	Pocos	n/a	Todos
Rusia	Todos	Algunos	Algunos	Algunas	Ninguno	Algunos	Incierto
Ucrania	Algunos	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Georgia	Todos	Algunos	Ninguno	Algunas	Ninguno	Algunos	Ninguno

Reglamentaciones en materia de drogas

La encuesta permite observar profundas diferencias entre las reglamentaciones de Europa occidental y las de Europa del Este, y Georgia, Rusia y Ucrania establecen requisitos de prescripción mucho más numerosos y estrictos que los de otros países relevados. Cuatro de cinco países de la Unión Europea exigen recetarios especiales, pero no aplican otras restricciones reglamentarias problemáticas.

Turquía exige formularios especiales y la firma de varios médicos para recetar opioides durante períodos prolongados, e impone un límite diario máximo de 200 mg para la morfina, que posiblemente resulte insuficiente para muchos pacientes. Georgia, Rusia y Ucrania exigen recetarios especiales, y los médicos deben obtener licencias especiales para poder recetar morfina. Además, estos países imponen límites bajos a la cantidad de días de suministro contemplados en las recetas. Rusia y Ucrania también exigen que las recetas sean firmadas por varios médicos y limitan la dosis diaria; en el caso de Ucrania, a cantidades muy bajas, incluso inferiores a la dosis diaria promedio que necesita un paciente con cáncer o VIH/SIDA en etapa terminal.¹⁰⁹ Georgia y Ucrania también restringen

¹⁰⁹ Kathleen M. Foley et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS", en Dean T Jamison et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Washington: World Bank Publications, 2.ª ed., 2003), págs. 981-994; Alemania impone un límite de 20.000 mg por receta, pero este límite puede superarse si el médico confecciona la receta de un modo determinado.

el derecho a recetar opioides a médicos de determinadas especialidades, como oncología. En todos los países relevados, excepto Rumania y Francia, los entrevistados informaron que el temor a ser objeto de sanciones legales disuadía a los médicos de recetar opioides.

Cuadro 21: Reglamentación restrictiva de la prescripción de morfina en Europa

País	Prohibición de la prescripción de morfina para uso domiciliario	El recetario para la morfina es distinto del recetario normal	Se requiere la firma de más de un médico	Sólo los médicos de ciertas especialidades pueden recetar morfina	Se requiere una licencia especial para recetar morfina	Limitación al período de prescripción de morfina	Límites a las dosis
Alemania	No	Sí	No	No	No	No	No
Rumania	No	Sí	No	No	No	30 días	No
Polonia	No	Sí	No	No	No	30 días	No
Turquía	No	Sí	Sí, para uso a largo plazo	No	No	No	200 mg
Reino Unido	No	No	No	No	No	No	No
Francia	No	No	No	No	No	28 días	No
Rusia	No	Sí	Sí	No	Sí	10 días	200 mg por receta para la morfina inyectable
Ucrania	No	Sí	Sí	Sí	Sí	10 días	50 mg
Georgia	No	Sí	No	Sí	Sí	7 días	No

Costo

En la mayoría de los países europeos relevados, los trabajadores de atención de la salud mencionaron que el costo de la morfina está total o parcialmente subsidiado por el gobierno; pero en varios países, únicamente los pacientes con cáncer pueden recibir subsidios, o bien estos son más generosos para ese tipo de pacientes.

Mejores prácticas e iniciativas de reforma: Rumania

En los últimos años, Rumania ha dado pasos importantes en relación con la reforma de las leyes y reglamentaciones, a fin de ampliar el acceso y la disponibilidad de los servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos en el país. Una nueva ley de noviembre de 2006 y nuevas reglamentaciones adoptadas en mayo de 2006 subsanaron algunas deficiencias de las leyes y reglamentaciones que restringían gravemente la capacidad de los médicos para recetar opioides en Rumania. Las nuevas normas disponen que será responsabilidad exclusiva del profesional médico determinar la dosis adecuada de opioides, y permiten que los médicos receten opioides a pacientes que padecen dolor severo, independientemente de la enfermedad que padezcan. Antes de las reformas, los médicos únicamente podían prescribir opioides a pacientes que padecían determinadas enfermedades, como cáncer en estadio avanzado. También hubo avances tendientes a garantizar la disponibilidad de diversas presentaciones de opioides en Rumania, muchas de las cuales se producen en el ámbito interno.

Las nuevas reglamentaciones también contemplan mejorar la formación en cuidados paliativos de los trabajadores de atención de la salud de Rumania.¹¹⁰ Como resultado de las nuevas reglamentaciones, Casa Sperantei, el primer centro para pacientes terminales independiente de Rumania, ubicado en Brasov, ofrece cursos de cuidados paliativos a profesionales de atención de la salud, con el financiamiento de un subsidio del Open Society Institute (OSI). Desde entonces, más de 4.000 médicos han completado este curso aprobado por el Ministerio de Salud. Si bien, en el año 2000, el Ministerio de Salud de Rumania había otorgado a los cuidados paliativos la categoría de “subespecialidad médica”, los profesionales médicos no habían recibido formación adecuada sobre este tema, y el temor a recetar opioides continúa siendo generalizado entre los profesionales de la salud. Ampliar y profundizar la formación en cuidados paliativos es un paso necesario para superar estos escollos.

Los avances conseguidos por Rumania son un ejemplo de lo que puede lograrse mediante el esfuerzo conjunto de profesionales locales, expertos internacionales y autoridades nacionales.¹¹¹ Las iniciativas de reforma en Rumania comenzaron cuando el país participó en un taller organizado por el OSI y la OMS en 2002. Después de realizar una evaluación preliminar y elaborar un plan de acción para mejorar los cuidados paliativos en el país, Rumania fue seleccionada como país piloto por el OSI y el Grupo de Estudio sobre Dolor y

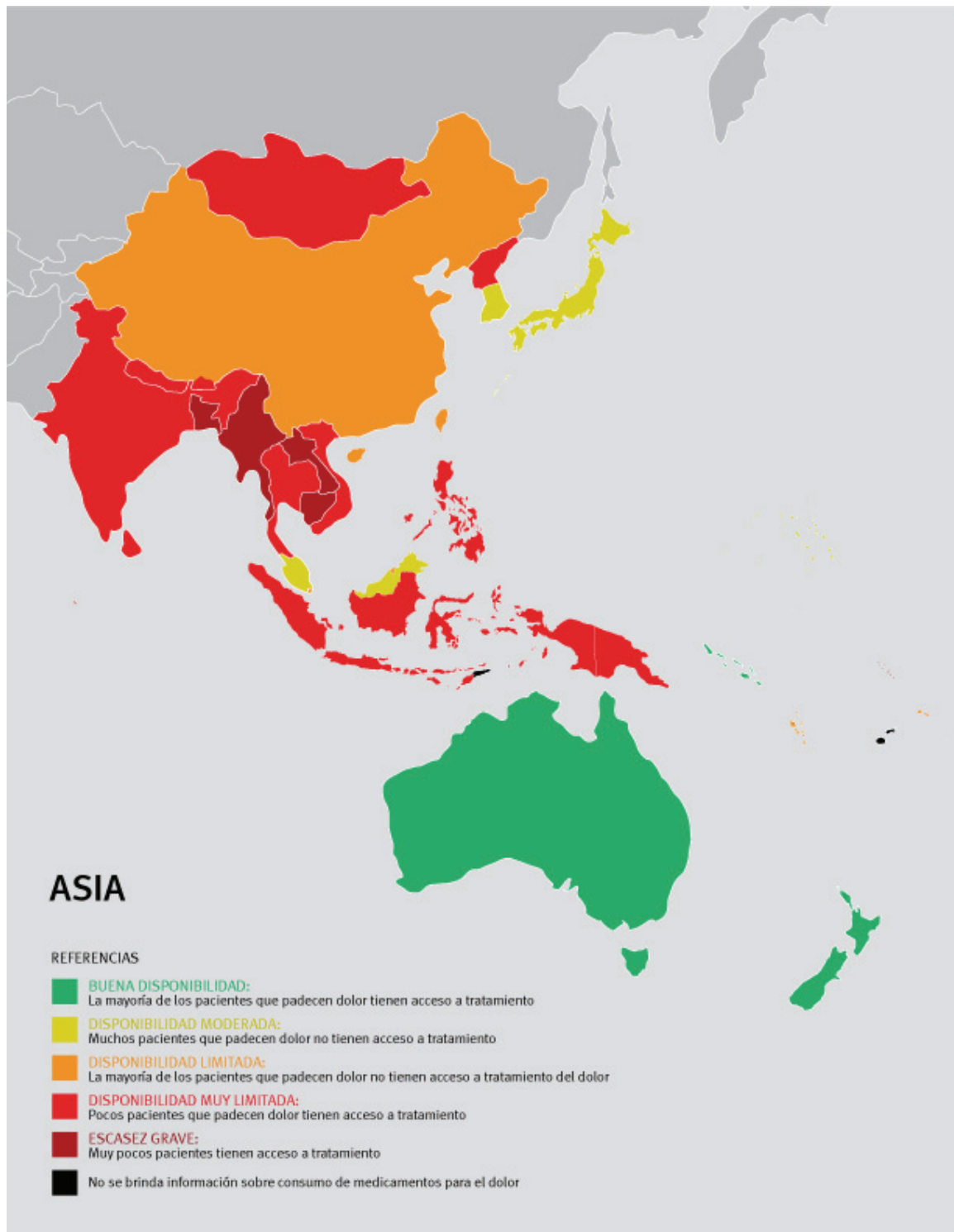
¹¹⁰ Artículo 54 de la reglamentación.

¹¹¹ Daniela Mosoiu et al., “Romania: Changing the Regulatory Environment”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, n.º 5 (2007), pág. 613.

Políticas (Pain and Policy Studies Group, PPSG). En 2002, el Ministerio de Salud rumano designó una comisión de especialistas para que formularan recomendaciones para la reforma. En colaboración con el PPSG, la comisión de cuidados paliativos aplicó las pautas de la OMS y presentó al Ministerio de Salud una serie de recomendaciones para la reforma, muchas de las cuales se incorporaron a las nuevas normas y reglamentaciones del país.

Pese a los notables avances logrados, en Rumania aún persisten importantes desafíos en lo que respecta a la provisión de cuidados paliativos. Muchos hospitales no han comenzado a almacenar reservas de morfina debido a que esta “no está incluida en la lista de medicamentos para emergencias de los hospitales para pacientes agudos”. Como consecuencia, se emplea petidina, un opioide más leve, que no es apropiado para el tratamiento del dolor crónico. Siguen observándose problemas de accesibilidad, ya que la cantidad de farmacias con reservas de morfina continúa siendo insuficiente, especialmente en zonas rurales. Muchos médicos de Rumania aún dudan de recetar opioides, y esto indica que se requieren medidas educativas más enérgicas.¹¹²

¹¹² Entrevista de Human Rights Watch con la Profesora Adjunta Dra. Daniela Mosoiu, Rumania, 17 de febrero de 2010.



VII. Asia

Cuadro 22: Consumo de opioides y porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA terminal que puede tratar cada país

País	Muertes anuales por cáncer y SIDA (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que padecen dolor moderado a severo	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Australia	40.680	32.510	1.052.428	0	3237,2%
Bangladesh	90.359	72.252	6.190	66.062	8,6%
Bhután	405	324	43	282	13,1%
Brunéi	209	167	117	50	70,3%
Burma	63.646	44.225	1.928	42.296	4,4%
Camboya	21.669	14.277	91	14.186	0,6%
China	1.849.527	1.473.317	779.984	693.333	52,9%
Islas Cook	9	7	108	0	1537,4%
Corea del Norte	22.626	18.089	3.073	15.017	17,0%
Fiji	458	362	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
India	905.132	684.084	81.046	603.039	11,8%
Indonesia	203.127	162.413	24.628	137.784	15,2%
Japón	322.008	257.591	387.341	0	150,4%
Kiribati	33	27	0	27	0,0%
Laos	4.238	3.383	139	3.244	4,1%
Malasia	24.655	19.103	105.319	0	551,3%
Maldivas	512	392	54	339	13,7%
Islas Marshall	52	42	53	0	126,0%
Micronesia	53	42	52	0	122,0%

País	Muertes anuales por cáncer y SIDA (2004)	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que padecen dolor moderado a severo	Cantidad estimada de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos	Cantidad mínima estimada de pacientes que no reciben tratamiento adecuado del dolor	Porcentaje estimado de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados con todos los opioides fuertes consumidos
Mongolia	4.183	3.346	489	2.857	14,6%
Nauru	9	7	51	0	743,1%
Nepal	18.399	14.643	1.882	12.761	12,8%
Nueva Zelandia	8.205	6.561	161.493	0	2461,3%
Niue	1	1	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Palaos	12	10	216	0	2213,3%
Corea del Sur	83.994	67.169	149.967	0	223,3%
Samoa	106	85	53	32	62,1%
Singapur	5.636	4.488	3.796	692	84,6%
Islas Salomón	185	147	0	147	0,0%
Tailandia	151.088	102.226	31.093	71.134	30,4%
Timor-Leste	455	362	No se informó	Se desconoce	Se desconoce
Tonga	61	48	53	0	108,5%
Tuvalu	9	7	0	7	7,4%
Vanuatu	113	90	77	13	49,9%
Vietnam	81.801	61.640	17.477	44.163	6,4%

Referencias del cuadro



BUENA DISPONIBILIDAD: La mayoría de los pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento

DISPONIBILIDAD MODERADA: Muchos pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento

DISPONIBILIDAD LIMITADA: La mayoría de los pacientes que padecen dolor no tienen acceso a tratamiento del dolor

DISPONIBILIDAD MUY LIMITADA: Pocos pacientes que padecen dolor tienen acceso a tratamiento

ESCASEZ GRAVE: Muy pocos pacientes tienen acceso a tratamiento

No se brinda información sobre consumo de medicamentos para el dolor

Análisis regional

“Sentía un ardor en la pierna tan intenso como el de un pimiento picante en la boca. El dolor era tan fuerte que creí que moriría. Tuve mucho miedo. Sentí que sería mejor morir que tolerar este dolor. [Pensé], quiten la pierna, y así estaré bien. Quiten la pierna nomás, así podré liberarme del dolor”.

- Dilawar Joshi, hombre nepalés con cáncer de huesos, India

“Dormía quizás una hora y media por noche. Podía tomar cualquier cantidad de pastillas para dormir [sin ningún resultado]. Con la morfina, puedo relajarme. Este sitio [el centro de cuidados paliativos] es un regalo del cielo...”.

- Shruti Sharma, Hyderabad, paciente con cáncer del seno, India

El consumo de opioides en Asia varía notablemente. Australia y Nueva Zelanda consumen una cantidad de opioides más de 20 veces superior a la que se necesita para tratar a los pacientes con VIH/SIDA en etapa terminal en su territorio. Por el contrario, Bhután, Corea del Norte, India, Indonesia, Maldivas, Mongolia, Nepal y Sri Lanka pueden brindar tratamiento a menos del 20 por ciento de sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal, y Bangladesh, Burma, Camboya, Laos y Vietnam, a menos del 10 por ciento. En las Islas Salomón, se informó que no hubo consumo de opioides entre 2006 y 2008.

Los dos países con mayor cantidad de población del mundo —India y China— pueden brindar tratamiento a tan sólo el 12 y el 53 por ciento de sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal, respectivamente. Si bien en Asia se ofrece un tratamiento más amplio que en el África subsahariana, la región tiene la mayor cantidad de pacientes que padecen dolor y no reciben tratamiento, con al menos 1,7 millones de pacientes con cáncer y VIH/SIDA terminal.

Política

Si bien nueve de once países relevados mencionaron los cuidados paliativos en sus políticas nacionales de control del cáncer (Camboya y Nepal son las excepciones), solamente cuatro de once —Indonesia, Filipinas, Corea del Sur y Vietnam— cuentan con políticas nacionales sobre cuidados paliativos. Solamente tres países —Camboya, Nepal y Vietnam— contemplan los cuidados paliativos en sus políticas nacionales de VIH. La morfina de administración oral es un medicamento registrado en todos los países relevados, y tanto la presentación oral como la inyectable se encuentran en la lista de medicamentos esenciales de todos los países, excepto Corea del Sur. Vietnam es el país

que ofrece más apoyo a los cuidados paliativos a través de sus políticas, y cuenta con una política nacional de cuidados paliativos y disposiciones sobre cuidados paliativos en sus planes nacionales de cáncer y VIH.

Cuadro 23: Políticas sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos en Asia

País	Referencia a políticas sobre cuidados paliativos y control del dolor			Situación de la morfina		
	Política nacional sobre cuidados paliativos	Referencia a cuidados paliativos en la política nacional sobre control del cáncer	Referencia a cuidados paliativos en la política nacional sobre SIDA	La morfina oral es un medicamento registrado	Lista de Medicamentos Esenciales	
					Morfina oral	Morfina inyectable
India	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Bangladesh	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Tailandia	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Nepal	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Indonesia	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Filipinas	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Vietnam	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Corea del Sur	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Japón	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
China	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Camboya	No	n/a	Sí	Sí	Sí	Sí

Formación

En la mayoría de los países de la región relevados, la disponibilidad de formación sobre cuidados paliativos en los programas de formación médica de grado es deficiente, y el mejor desempeño se observa en Bangladesh y Nepal, que ofrecen formación obligatoria sobre cuidados paliativos en la mayoría de los programas médicos de grado. La formación sobre cuidados paliativos sólo está disponible en unos pocos programas de grado en India, Indonesia y Corea del Sur. En Camboya, Filipinas, Corea del Sur y Vietnam, no se incluye este tipo de capacitación obligatoria en los programas de formación médica de grado. En la mayoría de los países, los informantes claves señalaron que la formación médica de posgrado incluye los cuidados paliativos, pero que en China no se brindaba este tipo de capacitación.

Cuadro 24: Disponibilidad de formación sobre control del dolor en Asia

País	Disponible en programas médicos de grado	Obligatorio en programas médicos de grado	Disponible en formación médica de posgrado
India	Pocos	Pocos	Sí
Bangladesh	La mayoría	La mayoría	Sí
Tailandia	La mayoría	Algunos	Sí
Nepal	La mayoría	La mayoría	Sí
Indonesia	Pocos	Pocos	Información contradictoria
Filipinas	La mayoría	Ninguno	Sí
Vietnam	Algunos	Ninguno	Sí
Corea del Sur	Pocos	Ninguno	Sí
Japón	La mayoría	Algunos	Sí
China	Algunos	Algunos	No
Camboya	Algunos	Ninguno	Sí

Disponibilidad de fármacos

Los datos aportados por informantes claves en Camboya, China, Japón y Corea del Sur indican que, en estos países, existe la mayor disponibilidad de morfina, y que este medicamento está disponible en la mayoría de los hospitales o en todos ellos. No obstante, en Camboya y China, la morfina de administración oral directamente no está disponible en las farmacias y casi en ningún centro de salud, lo cual genera obstáculos significativos para su accesibilidad en zonas rurales. Bangladesh informó las mayores deficiencias en términos de disponibilidad general; no es posible conseguir morfina oral en hospitales ni centros de salud, y solamente se consigue en algunas farmacias y centros para pacientes terminales en India, Nepal, Filipinas y Vietnam. En cada uno de estos países, la morfina oral e inyectable se encuentra disponible solamente en algunos hospitales, centros de salud y farmacias, si bien se informó que la disponibilidad sería relativamente mayor en centros para pacientes terminales. Los médicos de todos los países de Asia relevados señalaron que es más difícil conseguir morfina fuera de las principales ciudades.

Cuadro 25. Accesibilidad de morfina en distintos establecimientos de atención de la salud en Asia

País	Morfina inyectable en hospitales	Morfina oral					
		Hospitales de atención terciaria	Otros hospitales	Farmacias	Centros de salud	Centros para pacientes terminales	Centros de atención de pacientes con SIDA
India	Algunos	Algunos	Algunos	Pocas	Pocos	Algunos	Ninguno
Bangladesh	Algunos	Ninguno	Ninguno	Algunas	Ninguno	Pocos	Ninguno
Tailandia	Todos	La mayoría	Algunos	Algunas	Algunos	Todos	n/a
Nepal	Algunos	Algunos	Algunos	Algunas	Ninguno	La mayoría	Pocos
Indonesia	La mayoría	La mayoría	Algunos	Algunas	Algunos	n/a	La mayoría
Filipinas	Algunos	Algunos	Algunos	Algunas	Algunos	La mayoría	Algunos
Vietnam	Algunos	Algunos	Algunos	Algunas	Ninguno	Algunos	Algunos
Corea del Sur	La mayoría	Todos	La mayoría	Algunas	Ninguno	Todos	Todos
Japón	Todos	Todos	La mayoría	Algunas	Ninguno	Todos	Todos
China	La mayoría	Todos	La mayoría	Ninguna	Pocos	La mayoría	La mayoría
Camboya	La mayoría	Todos	La mayoría	Ninguna	Ninguno	La mayoría	Respuesta contradictoria

Disponibilidad de medicamentos: reglamentación restrictiva

De los 11 países asiáticos relevados, Camboya cuenta, claramente, con las reglamentaciones más restrictivas. Prohíbe la prescripción de morfina para uso domiciliario, exige que los médicos obtengan una licencia especial para recetarla, requiere que las recetas de morfina sean aprobadas por varios médicos y establece que las recetas sólo pueden contemplar un período máximo de suministro de 7 días.

Siete de los otros diez países asiáticos relevados exigen formularios especiales para la expedición de recetas de morfina —salvo India, Indonesia y Nepal— y otros tres, China, Japón y Filipinas, exigen que los médicos obtengan una licencia especial para emitir este tipo de recetas. En cuatro de los otros diez países existían reglamentaciones que limitaban la cantidad de días de suministro contemplados en las recetas. En Japón, Filipinas y Vietnam se aplica un límite relativamente generoso de 30 días. En China, depende de la presentación de la morfina: 15 días para la morfina de liberación prolongada, 7 días para la de liberación inmediata y 3 días para la morfina inyectable. Los encuestados en Corea del Sur, donde las reglamentaciones no imponen este límite, afirmaron que muchos hospitales aplican sus propias restricciones, que suelen ser

sumamente breves, como de una semana o incluso un día. En todos los países de la región relevados, salvo en dos —Japón y Tailandia—, los médicos señalaron que, por temor a recibir sanciones legales, se abstendrían de recetar opioides.

Ninguno de los países de Asia relevados contemplan la prescripción por personal de enfermería, si bien Vietnam permite que asistentes médicos receten morfina en zonas remotas (ver a continuación).

Cuadro 26. Reglamentación restrictiva de la prescripción de morfina en Asia

País	Prohibición de la prescripción de morfina para uso domiciliario	El recetario para la morfina es distinto del recetario normal	Se requiere la firma de más de un médico	Sólo los médicos de ciertas especialidades pueden recetar morfina	Se requiere una licencia especial para recetar morfina	Limitación al período de prescripción de morfina	Límites a las dosis
India	No	No	No	No	No	No	No
Bangladesh	No	Sí	No	No	No	Incierta	No
Tailandia	No	Sí	No	No	No	Respuesta contradictoria	No
Nepal	No	No	No	No	No	No	No
Indonesia	No	No	No	No	No	No	No
Filipinas	No	Sí	No	No	Sí	30 días	25000 mg/mes
Vietnam	No	Sí	No	No	No	30 días	No
Corea del Sur	No	Sí	No	No	No	No	No
Japón	No	Sí	No	No	Sí	30 días	No
China	No	Sí	No	No	Sí	Sí, la duración varía	No
Camboya	Sí	Sí	Sí	No	Sí	7 días	No

Costo

El costo de la morfina varía ampliamente en la región. Es muy accesible en países con producción propia de morfina, como India y Vietnam, mientras que en otros países, como Japón y China, su costo está subsidiado. En algunos países, entre ellos Nepal, existe un precio oficial para la morfina establecido por el gobierno; sin embargo, debido a la escasez, el precio en el mercado negro puede ser significativamente superior.

Desarrollar los cuidados paliativos: Vietnam

Entre 2005, año en que se iniciaron las reformas sobre cuidados paliativos, y 2008, Vietnam experimentó un incremento del consumo de equivalentes de morfina superior al 800 por ciento, y pasó de 0,3 mg por persona a 2,5 mg por persona.¹¹³ Vietnam ha centrado sus iniciativas de reforma en eliminar los obstáculos innecesarios que afectan la prescripción de opioides y brindar capacitación sobre cuidados paliativos al personal de atención de la salud. En 2008, el país eliminó algunos de los principales obstáculos regulatorios a la prescripción de opioides: se abolió la dosis diaria máxima de opioides, actualmente pueden emitirse recetas para períodos de 30 días en lugar de 7, y los hospitales de distrito y centros de salud comunitarios ahora se encuentran autorizados para recetar y suministrar morfina.¹¹⁴ Los asistentes médicos en “zonas y lugares montañosos, remotos, insulares y menos favorecidos donde no haya médicos” ahora también pueden obtener una licencia para recetar morfina.¹¹⁵

También se han creado nuevos programas y oportunidades de formación. En 2008, el Ministerio de Salud implementó un programa piloto de certificación sobre cuidados paliativos y organizó un taller de dos días de duración que abordó las nuevas pautas y reglamentaciones sobre cuidados paliativos para más de 1.000 administradores de atención de la salud, farmacéuticos y médicos de todo el país.¹¹⁶ En 2010, 400 médicos vietnamitas habían completado un programa de capacitación sobre cuidados paliativos de una semana de duración, organizado con la colaboración del Centro Sobre Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de Harvard (Harvard Medical School Center for Palliative Care).¹¹⁷ Actualmente, dos facultades de Medicina en Vietnam ofrecen capacitación sobre cuidados paliativos a estudiantes de programas de enfermería y programas médicos de grado, y estaba prevista la publicación un Plan de Estudios Nacional sobre Cuidados Paliativos en 2010.¹¹⁸

Una de las primeras medidas fue la creación de un grupo de trabajo sobre cuidados paliativos, integrado por funcionarios del Ministerio de Salud, médicos especializados en cáncer y enfermedades infecciosas y expertos de ONG con el respaldo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (US President's

¹¹³ Datos sobre consumo. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

¹¹⁴ Si bien esto representa una mejora, los pacientes y sus familiares sólo pueden recibir medicamentos para períodos de 10 días por vez, y posteriormente las autoridades comunales deben confirmar por escrito que el paciente aún se encuentra con vida.

¹¹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Eric Krakauer, 3 de noviembre de 2009.

¹¹⁶ Eric L. Krakauer, Nguyen Thi Phuong Cham, Luong Ngoc Khue. Vietnam's Palliative Care Initiative: Successes and Challenges in the First Five Years. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010 40(1): 27-30.

¹¹⁷ *Ibíd.*

¹¹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Eric Krakauer, 3 de noviembre de 2009.

Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR). El grupo de trabajo decidió llevar a cabo un análisis preliminar de la situación a fin de evaluar la disponibilidad y la necesidad de cuidados paliativos en Vietnam.¹¹⁹ En función de las conclusiones del análisis preliminar, el grupo de trabajo recomendó el desarrollo de pautas nacionales sobre cuidados paliativos y una política nacional de fiscalización de opioides equilibrada, la ampliación de la capacitación para los trabajadores de atención de la salud y la mejora, en todos los niveles, de la disponibilidad y calidad de los servicios de cuidados paliativos. En septiembre de 2006, el Ministerio de Salud emitió Pautas sobre Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer y SIDA detalladas, las cuales proporcionan orientación a los trabajadores de atención de la salud en materia de cuidados paliativos y control del dolor, y en febrero de 2008 emitió nuevas pautas respecto de la prescripción de opioides que han ayudado a superar algunos de los obstáculos reglamentarios mencionados precedentemente.

Pese a estos avances, aún subsisten numerosos desafíos en la provisión de cuidados paliativos en Vietnam. La actitud de los profesionales de la atención de la salud frente a los cuidados paliativos y la comprensión de estos cuidados continúa siendo limitada, y se encuentra rezagada respecto de los cambios regulatorios. Si bien es posible recetar morfina para períodos de 30 días, esta sólo puede conseguirse para períodos de 10 días por vez, y luego se debe confirmar que el paciente esté vivo y que utilice el medicamento adecuadamente.¹²⁰ La disponibilidad de opioides continúa siendo limitada, especialmente en zonas rurales, ya que son pocas las farmacias y los hospitales que cuentan con reservas de morfina de administración oral.

¹¹⁹ Green K, Kinh LN, Khue LN., “Palliative care in Vietnam: Findings from a rapid situation analysis in five provinces”, (Hanoi: Ministerio de Salud de Vietnam, 2006).

¹²⁰ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Eric Krakauer, 3 de noviembre de 2009.

VIII. Obligaciones internacionales de derechos humanos y tratamiento del dolor

La salud como derecho humano

El derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible es un derecho humano fundamental consagrado en numerosos instrumentos internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que toda persona tiene derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), el órgano encargado de supervisar el cumplimiento del PIDESC, ha determinado que los Estados deben contar con un número suficiente de “establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”, y que estos servicios deben ser accesibles.

Dado que los Estados cuentan con distintos niveles de recursos, el derecho internacional no establece cuál es el estándar de atención de la salud que se debe brindar. En lugar de ello, se considera que el derecho a la salud es un derecho de “realización progresiva”. Al formar parte de los acuerdos internacionales, cada Estado acepta “adoptar... medidas... hasta el máximo de los recursos de que disponga” para alcanzar la plena realización del derecho a la salud. En otras palabras, los países con altos ingresos por lo general prestarán servicios de atención de la salud de un nivel más elevado que los de los países con recursos limitados. Sin embargo, se espera que todos los países adopten medidas concretas tendientes a incrementar sus servicios, y la regresión en la prestación de servicios de salud se considerará, en la mayoría de los casos, una violación del derecho a la salud. El Comité DESC ha señalado que los Estados tienen la “obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización” del derecho a la salud y deben abstenerse de “injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”.¹²¹

El Comité DESC ha instado a adoptar un enfoque integrado de “la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación”,¹²² que “no deben favorecer

¹²¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358boe2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358boe2c1256915005090be?Opendocument) (consultado el 4 de noviembre de 2010), [en adelante *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del PIDESC, Observación general N.º 14*], párr. 30 y 33.

¹²² *Ibíd.*, párr. 25.

desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población”.¹²³ El Comité ha exigido específicamente “la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”.¹²⁴ Los Estados deben abstenerse de actuar de modo de interferir en el acceso a los cuidados paliativos y deben adoptar medidas razonables para facilitar su desarrollo y su integración a todos los aspectos del sistema de atención de la salud.

El Comité DESC también ha expresado que existen determinadas obligaciones fundamentales cuyo cumplimiento no puede ser eludido por los Estados. Si bien las restricciones en términos de recursos pueden justificar el cumplimiento parcial de solamente algunos aspectos del derecho a la salud, el Comité ha observado que “un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas... que son inderogables”. El Comité ha identificado, entre otras, las siguientes obligaciones básicas:

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- Velar por una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud;
- Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.¹²⁵

Entre las obligaciones relevantes de “prioridad comparable” se incluyen: velar por la atención de la salud infantil; adoptar medidas para tratar y controlar las enfermedades epidémicas y endémicas; impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud; y proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud.¹²⁶ El Comité DESC también ha señalado la “obligación de

¹²³ *Ibíd.*, párr. 19.

¹²⁴ *Ibíd.*, párr. 25. Si bien el Comité hizo referencia a esta cuestión en un párrafo sobre el derecho a la salud de las personas ancianas, la redacción indica claramente que se aplica a todas las personas que padecen enfermedades crónicas o en etapa terminal.

¹²⁵ *Ibíd.*, párr. 43.

¹²⁶ *Ibíd.*, párr. 44.

todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales... para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud”.¹²⁷

Tratamiento del dolor y derecho al más alto nivel posible de salud

Dado que la morfina y la codeína se encuentran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, los países deben proporcionar estos medicamentos como parte de sus obligaciones básicas en relación con el derecho a la salud, independientemente de si fueron incluidas en su lista interna de medicamentos esenciales.¹²⁸ Deben asegurarse de que ambas estén disponibles en cantidades suficientes y de que sean física y económicamente accesibles para quienes las necesitan.

Dado que la fabricación y distribución de los medicamentos controlados como la morfina y la codeína están bajo el control absoluto del gobierno, los Estados deben implementar un sistema de adquisición y distribución efectivo y crear un marco legal y reglamentario que permita a los proveedores de atención de la salud, tanto del sector público como del sector privado, obtener, recetar y suministrar estos medicamentos. Cualquier reglamentación que obstaculice arbitrariamente la adquisición y el suministro de estos medicamentos resultará violatoria del derecho a la salud.

Los Estados deben adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción para la prestación de servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Una estrategia y un plan de acción de este tipo deberían identificar los obstáculos que impiden un mejor servicio y tomar medidas para eliminarlos. Los Estados deben realizar mediciones periódicas de los avances en la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos para mitigar el dolor.

El requisito de accesibilidad física significa que los medicamentos para el dolor deberán “estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como... las personas con VIH/SIDA”.¹²⁹ Esto implica que los Estados deberían asegurar que exista una cantidad suficiente de proveedores de atención de

¹²⁷ *Ibíd.*, párr. 38.

¹²⁸ Organización Mundial de la Salud, “Model List of Essential Medicines - 16th List”, marzo de 2009, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf (consultado el 6 de agosto de 2010), incluye los siguientes analgésicos opioides: Comprimidos de codeína: 30 mg (fosfato); Inyección de morfina: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina) en ampollas de 1 ml; Solución oral: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina)/5 ml., Comprimido: 10 mg (sulfato de morfina); Comprimido (liberación prolongada): 10 mg; 30 mg; 60 mg (sulfato de morfina).

¹²⁹ *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del PIDESC, Observación general N.º 14*, párr. 12.

la salud o farmacias que almacenen y suministren morfina y codeína, y que se capacite y autorice a una cantidad suficiente de trabajadores de atención de la salud para recetarlas.

La accesibilidad económica significa que, si bien el derecho a la salud no requiere que los Estados proporcionen los medicamentos en forma gratuita, deben ser “accesibles a todos”.¹³⁰ En palabras del propio Comité DESC:

Los pagos por servicios de atención de la salud... deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.¹³¹

Los países también tienen la obligación de implementar progresivamente servicios de cuidados paliativos que, según la OMS, deben tener “prioridad dentro de los programas de salud pública y de control de enfermedades”.¹³² Los países también deben garantizar un marco reglamentario y de políticas adecuado, desarrollar un plan para la implementación de estos servicios y adoptar todas las medidas que sean razonables en función de los recursos existentes para ejecutar dicho plan. No reconocer el carácter prioritario que reviste el desarrollo de servicios de cuidados paliativos dentro de los servicios de atención de la salud constituirá una violación del derecho a la salud.

¹³⁰ *Ibíd.*

¹³¹ *Ibíd.*

¹³² Organización Mundial de la Salud, “Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y Pautas para la Gestión”, 2002, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2010) págs. 86.

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

El derecho a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes constituye un derecho humano fundamental reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos.¹³³ Además de prohibir el uso de la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, el derecho también crea la obligación positiva de los Estados de proteger a las personas contra dichos tratos, dentro de su jurisdicción.¹³⁴

Como parte de esta obligación positiva, los Estados deben tomar medidas para proteger a las personas del padecimiento innecesario de dolor vinculado con una condición de salud. Tal como lo expresó el Relator Especial de la ONU sobre la Cuestión de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en una carta redactada conjuntamente con el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud y dirigida a la Comisión de Estupefacientes en diciembre de 2008:

Los gobiernos también tienen la obligación de tomar medidas para proteger a las personas dentro de su jurisdicción de tratos inhumanos o degradantes. La ausencia de medidas razonables por parte de los gobiernos para garantizar la accesibilidad al tratamiento del dolor, que resulta en el sufrimiento innecesario de millones de personas a causa del dolor severo y, a menudo, prolongado, genera interrogantes acerca de si han cumplido adecuadamente esta obligación.¹³⁵

¹³³ El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. Asamblea General 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (N.º 16) en 52, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, en vigor desde el 23 de marzo de 1976, art. 7 dispone que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”; Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada el 10 de diciembre de 1948, Res. de Asamblea General 217A(III), Doc. de la ONU A/810 en 71 (1948); la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura), adoptada el 10 de diciembre de 1984, Res. de Asamblea General 39/46, anexo, 39 U.N. GAOR Supp. (N.º 51) en 197, Doc. de la ONU A/39/51 (1984), en vigor desde el 26 de junio de 1987, en su artículo 16 dispone que “todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”; Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, Serie de Tratados de la OEA N.º 67, en vigor desde el 28 de febrero de 1987; Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CEPT), firmado el 26 de noviembre de 1987, E.T.S. 126, en vigor desde el 1 de febrero de 1989; Carta Africana [Banjul] sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, adoptada el 27 de junio de 1981, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), en vigor desde el 21 de octubre de 1986.

¹³⁴ Ver, por ejemplo, la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en *Z v United Kingdom* (2001) 34 EHRR 97.

¹³⁵ Carta conjunta del Relator Especial de la ONU sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, y del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, a la Comisión de Estupefacientes, diciembre de 2008. Puede consultarse una copia de la carta en <http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf> (consultado el 27 de abril de 2010).

En un informe presentado ante el Consejo de Derechos Humanos, el entonces Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, indicó que “la denegación, en la práctica, del acceso a la mitigación del dolor, cuando cause dolor o sufrimiento severos, constituye un trato o castigo cruel, inhumano o degradante” y que “deben adoptarse todas las medidas necesarias... para superar los obstáculos reglamentarios, educativos y de actitud que existen actualmente para asegurar el pleno acceso a cuidados paliativos”.¹³⁶

No todos los casos en que una persona sufra dolor severo y no reciba tratamiento adecuado constituirán un trato o pena cruel, inhumano o degradante. Human Rights Watch cree que eso sólo se verifica cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- El sufrimiento es severo y alcanza el umbral mínimo exigido por la prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- El Estado conoce, o debería conocer, el nivel y la intensidad del sufrimiento;
- Existen tratamientos para eliminar o reducir el sufrimiento pero no se ofrecen tratamientos adecuados; y
- El Estado no puede justificar razonablemente la falta de disponibilidad y accesibilidad del tratamiento del dolor.

En estos casos, los Estados serán responsables de no haber protegido a la persona frente a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

¹³⁶ Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, Doc. de la ONU A/HRC/10/44, 14 de enero de 2009, párr. 72 y 74(e).

IX. Recomendaciones

La brecha en los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor constituye una situación de crisis internacional que afecta los derechos humanos y debe ser abordada de manera urgente, tanto en el ámbito nacional como en la esfera internacional. Por esta razón, Human Rights Watch formula las siguientes recomendaciones:

Para los gobiernos de todo el mundo

Generales

- Establecer, en los lugares donde aún sea necesario, un grupo de trabajo sobre cuidados paliativos y control del dolor. Este grupo deberá reunir a todos los actores implicados, como funcionarios del sector de salud, autoridades de reglamentación de drogas, proveedores de atención de la salud, proveedores no gubernamentales de cuidados paliativos y representantes del ámbito académico, y desarrollar un plan de acción concreto para la implementación progresiva de servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
- Evaluar tanto la disponibilidad como la necesidad de servicios de control del dolor y cuidados paliativos.
- Desarrollar un plan de acción integral que aborde los distintos obstáculos que impiden la disponibilidad de servicios de control del dolor y cuidados paliativos, incluidas las políticas gubernamentales, la educación y la disponibilidad de los medicamentos.
- Instar al Programa de Acceso a Medicamentos Controlados de la OMS a que brinde su apoyo para la implementación de las recomendaciones enunciadas anteriormente.
- Las comisiones nacionales de derechos humanos y las defensorías del pueblo deben, en lo posible, investigar los obstáculos que afectan la disponibilidad de los servicios de control del dolor y cuidados paliativos, y solicitar que sus gobiernos adopten medidas urgentes para solucionarlos.

Garantizar un sistema de suministro efectivo

- Presentar, en forma oportuna, cálculos estimativos realistas sobre la necesidad de medicamentos controlados ante la JIFE.
- Garantizar un sistema efectivo de distribución de medicamentos controlados. Si bien las reglamentaciones sobre adquisición, transporte y almacenamiento deben servir para prevenir la posibilidad de abuso, no deberían complicar innecesariamente estos procesos.

- Los países deben asegurarse de que cada región cuente al menos con una cantidad mínima de farmacias y hospitales que almacenen morfina.

Desarrollar y formular políticas sobre control del dolor y cuidados paliativos

- Reconocer la obligación de derechos humanos de ofrecer programas de cuidados paliativos efectivos/adecuados.
- Desarrollar políticas oficiales sobre control del dolor y cuidados paliativos, incluso como parte de programas de control del cáncer y VIH/SIDA.
- Desarrollar pautas prácticas sobre control del dolor y cuidados paliativos para los trabajadores de atención de la salud.
- Incluir la morfina de administración oral y otros medicamentos indispensables para el tratamiento del dolor en las listas nacionales de medicamentos esenciales.
- Asegurar que las leyes y reglamentaciones sobre fiscalización de drogas reconozcan el carácter indispensable de los medicamentos opioides y otro tipo de medicamentos controlados para la mitigación del dolor y el sufrimiento, así como la obligación de garantizar su plena disponibilidad.

Garantizar la formación de los trabajadores de atención de la salud

- Garantizar la formación adecuada de los trabajadores de atención de la salud, incluidos médicos, personal de enfermería y farmacéuticos, tanto a nivel de grado como de posgrado.
- Esta capacitación también debe estar disponible para quienes ya ejercen, en el marco de la formación profesional continua en Medicina.

Reformar las reglamentaciones en materia de drogas

- Analizar las reglamentaciones sobre fiscalización de drogas para determinar si obstaculizan innecesariamente el acceso a los medicamentos para el dolor. Los proveedores de atención de la salud deben participar en esta evaluación.
- Si se determina que dichas reglamentaciones efectivamente obstaculizan el acceso, deben ser modificadas.
- Las recomendaciones de la OMS y los proveedores de atención de la salud deben constituir el punto de partida para la revisión de las reglamentaciones sobre fiscalización de drogas.
- En lo posible, se debe evitar imponer a las instituciones o los proveedores de atención de la salud que administren morfina el requisito de obtener licencias

especiales. En otros casos, deben establecerse procedimientos transparentes y simples para el otorgamiento de estas licencias especiales.

- Deben evitarse, en la mayor medida posible, los procedimientos especiales para la prescripción de medicamentos controlados. Cuando estos requisitos existan, deben reducirse al mínimo las exigencias burocráticas.
- Deben abolirse las restricciones sobre la cantidad de morfina que se puede recetar por día.
- Deben abolirse las restricciones innecesarias respecto de la cantidad de morfina que puede recetarse o administrarse por vez.

Garantizar la asequibilidad de los medicamentos

- Los países deben procurar garantizar la asequibilidad de la morfina y otros analgésicos opioides.

Para los responsables de la elaboración de políticas mundiales sobre drogas

- Restablecer, en los debates sobre políticas de drogas a nivel mundial, el equilibrio entre la obligación de garantizar la disponibilidad de medicamentos controlados y el deber de prevenir los abusos, conforme surge de las convenciones sobre fiscalización de drogas de la ONU. Incluir, con carácter de prioridad permanente, el acceso a los medicamentos controlados en la agenda de la Comisión de Estupefacientes y en otras reuniones sobre políticas de drogas a nivel mundial.
- La Comisión de Estupefacientes y la JIFE deben revisar periódicamente los avances logrados por los países para asegurar la plena disponibilidad de medicamentos para el tratamiento del dolor, y analizar minuciosamente las medidas adoptadas para impulsar esta importante cuestión.
- La JIFE debe incrementar sus esfuerzos significativamente y ayudar a los Estados a mejorar la disponibilidad de analgésicos opioides.
- La ONUDD debe reformar las leyes y reglamentaciones modelo que ha desarrollado a fin de que reconozcan el carácter indispensable de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas para fines médicos y científicos, así como la obligación de los Estados de garantizar su disponibilidad.
- La ONUDD y la JIFE deberían desarrollar procesos que permitan asegurar que, en su trabajo, se consideren de manera sistemática los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud.

Para la AMS, OMS, ONUSIDA y la comunidad de donantes

- La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) debería adoptar una resolución en la cual inste a los Estados miembros a fomentar el acceso universal al control del dolor y los cuidados paliativos, a través de medidas tendientes a asegurar que sus políticas y servicios de salud aborden las necesidades de todos los pacientes con condiciones incapacitantes para la vida, que incluyan asegurar la disponibilidad de medicamentos para el dolor y cuidados paliativos para los trabajadores de la salud.
- La OMS debe continuar tratando de manera urgente, a través de su Programa de Acceso a Medicamentos Controlados, el acceso a los medicamentos controlados.
- Los países y las agencias donantes, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, deberían instar activamente a los países a adoptar medidas integrales tendientes a mejorar el acceso a los medicamentos para mitigar el dolor y respaldar a quienes ya los ofrecen, por ejemplo, mediante el apoyo del Programa de Acceso a Medicamentos Controlados de la OMS.
- ONUSIDA debería trabajar junto con los gobiernos para identificar y eliminar los obstáculos que afectan la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de control del dolor y cuidados paliativos.

Para la comunidad internacional de derechos humanos

- Periódicamente, la ONU y los organismos regionales de derechos humanos deben tomar medidas para que los países recuerden su obligación, conforme a las normas de derechos humanos, de asegurar la plena disponibilidad de medicamentos para el dolor.
- Los procedimientos de derechos humanos de la ONU que monitorean el derecho al más alto nivel de salud y la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes deberían prever la evaluación periódica de la disponibilidad de medicamentos para el dolor y los esfuerzos que realizan los gobiernos por asegurar su disponibilidad.
- Los grupos de derechos humanos deben incorporar a su labor el acceso al tratamiento del dolor y a cuidados paliativos, presentando informes paralelos ante los órganos de tratados de la ONU, brindando información a los Relatores Especiales de la ONU sobre el Derecho al Más Alto Nivel de Salud Posible y sobre la Cuestión de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes ante el Consejo de Derechos Humanos.

X. Metodología

Este informe presenta información sobre obstáculos que afectan el acceso al tratamiento del dolor en 40 países.

Los países fueron seleccionados en dos etapas para asegurar una muestra amplia y diversa. En primer lugar, se eligieron los cinco países más poblados de cada una de las seis regiones de la OMS. En segundo lugar, se seleccionaron países específicos para aquellos casos en que se deseaba una mayor diversidad de experiencias o una comprensión más profunda de estas.

En Europa, se seleccionaron 10 países para integrar un grupo que incluyera países tanto de Europa occidental como ex países comunistas de Europa oriental y central. También se incluyeron países de distintas regiones (entre ellos, Camerún, Uganda, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Jordania, Georgia y Camboya) donde Human Rights Watch tenía proyectos en curso.

De esta lista general de países, cuatro fueron excluidos debido a que la obtención de información resultaba compleja o entrañaba un riesgo inaceptable para los trabajadores de atención de la salud (la República Democrática del Congo, Uzbekistán, Burma y Sudán). Luego, se eligió el siguiente país más poblado de la región de la OMS en cuestión. Entre los países seleccionados, uno (Italia) fue excluido al no obtener respuesta tras varios intentos por contactar a personas que podrían haber resultado idóneas para responder a la encuesta.

Estos datos se obtuvieron, principalmente, a través de entrevistas telefónicas con trabajadores de atención de la salud. Las preguntas de la encuesta (ver Anexo 2) indagaban sobre los obstáculos comunes que afectaban el acceso al tratamiento del dolor señalados en el informe de Human Rights Watch de marzo de 2009, denominado: *“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*. Las entrevistas telefónicas se efectuaron entre julio de 2009 y octubre de 2010.

Los trabajadores de atención de la salud entrevistados para esta investigación fueron identificados a través de asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales que luchan por el acceso al tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. Se entrevistó a dos personas en cada país, excepto Guatemala, China y

Camboya, donde se entrevistó a tres personas. La mayoría de los encuestados (77 de 82) eran médicos, y muchos tenían cargos académicos. Tres de los encuestados eran profesionales de enfermería, uno era el titular de una asociación de centros para pacientes terminales y de cuidados paliativos que había trabajado como administrador de uno de estos centros, y otro era asesor técnico de una organización no gubernamental dedicada a la integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud del país. Muchos de los trabajadores de atención de la salud eran especialistas en cuidados paliativos; otros eran especialistas en control del dolor, anestesiología u oncología.

Los trabajadores de atención de la salud fueron contactados inicialmente por correo electrónico. En el mensaje enviado se incluyó una descripción del proyecto y las preguntas de la encuesta. Los trabajadores de atención de la salud que aceptaron participar fueron posteriormente entrevistados por teléfono para obtener sus respuestas a la encuesta. Las entrevistas se llevaron a cabo en inglés, español, francés, ruso o mandarín, según lo solicitara el encuestado. A su vez, se recurrió a la investigación a través de Internet para reunir materiales secundarios relativos a las preguntas de la encuesta, como políticas nacionales de cuidados paliativos, políticas de control de cáncer y VIH/SIDA, listas de medicamentos esenciales y leyes y reglamentaciones sobre fiscalización de drogas.

Se compararon las respuestas de los trabajadores de atención de la salud con los resultados de la investigación secundaria, y luego se contactó a estos trabajadores por correo electrónico para solicitar aclaraciones respecto de las discrepancias entre las respuestas a la encuesta proporcionadas por cada uno de ellos, o entre sus respuestas y otros documentos relevantes obtenidos. Diversos entrevistados de 35 países respondieron proporcionando información aclaratoria.

Una vez que se recibieron las aclaraciones, se enviaron cartas con los resultados de la encuesta al Ministerio de Salud y a la Autoridad Nacional Competente —el organismo responsable de implementar la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961— de cada país. En las cartas se explicaba la investigación realizada y se instaba a aclarar las conclusiones preliminares o a aportar nuevos datos. Las cartas se enviaron por correo y, en los casos en que fue posible, por fax o correo electrónico. Se recibieron respuestas de Polonia, Jordania, Georgia, Uganda y El Salvador.

Los resultados iniciales de la encuesta también se publicaron en un sitio web protegido con contraseña. A través de boletines electrónicos de la Worldwide Palliative Care Alliance y la International Association for Hospice and Palliative Care, se invitó a los miembros de

estas organizaciones a ofrecer comentarios sobre las conclusiones preliminares y a aclarar o aportar cualquier información adicional relevante.

Los mapas y cuadros sobre consumo de opioides incluidos en el presente informe fueron elaborados utilizando información que se encuentra disponible para el público, a fin de comparar la disponibilidad de medicamentos para tratar el dolor moderado a severo en países de todo el mundo.¹³⁷ Cada año, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes publica los datos correspondientes al consumo en cada país de los principales medicamentos utilizados para tratar el dolor moderado a severo.¹³⁸ A partir de estimaciones de especialistas sobre la prevalencia y la intensidad del dolor en pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal¹³⁹ y de datos de la OMS sobre mortalidad por cáncer y VIH/SIDA¹⁴⁰, se efectuó un cálculo de la capacidad de cada país para brindar tratamiento del dolor a sus pacientes con cáncer y VIH/SIDA en etapa terminal, como indicador de la disponibilidad de tratamiento para todos los pacientes del país que padecen dolor moderado a severo. Se puede consultar un cuadro con cálculos e información relevante en el Anexo 3.

Las respuestas de la encuesta se presentan en cinco capítulos regionales: África, América, Europa, Medio Oriente y África del Norte (que corresponden a la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS) y Asia (que corresponde a la Región del Sudeste Asiático y la Región del Pacífico Occidental de la OMS).

¹³⁷ Este método fue adaptado a partir de la metodología presentada en Seya et al., “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*, vol. 25, (2001), pág. 6.

¹³⁸ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, “Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2010: Statistics for 2008”, 2010, http://www.incb.org/incb/en/narcotic_drugs_reports.html (consultado el 27 de octubre de 2010) págs. 208 – 258.

¹³⁹ Kathleen M. Foley et al., “Pain Control for People with Cancer and AIDS”, en Dean T. Jamison et al., ed., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2.^a ed. (Nueva York: Oxford University Press, 2006), pág. 982.

¹⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, “Global Health Observatory”, 2009, <http://apps.who.int/ghodata/> (consultado el 28 de octubre de 2010).

Agradecimientos

La investigación y redacción de este informe estuvieron a cargo de Laura Thomas, investigadora de la División de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch. Las investigaciones complementarias fueron realizadas por Jane Crair, Coordinadora de Operaciones, y Alex Gertner, Asociado de la División de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch, y por los pasantes de Human Rights Watch Emily Behar, Mari Milorava-Kelman, Michelle Persad, Myles Pulsford, Aliya Sanders y Yumin Yang. El informe fue editado por Diederik Lohman, investigador sénior de la División de Salud y Derechos Humanos; Joseph Amon, director de la División de Salud y Derechos Humanos; y Danielle Haas, editora sénior de Human Rights Watch. La revisión estuvo a cargo de Rebecca Schleifer, directora de abogacía de la División de Salud y Derechos Humanos; Clive Baldwin, asesor legal sénior de Human Rights Watch; e Iain Levine, Director de Programas de Human Rights Watch. Maria Burnett, investigadora de la División de África, y Sarah Colm, investigadora sénior de la División de Asia de Human Rights Watch, llevaron a cabo la revisión de las secciones pertinentes del documento. Alex Gertner, Anna Lopriore, gerente creativa; Grace Choi, directora de publicaciones; Kathy Mills, coordinadora de publicaciones, y Fitzroy Hepkins, administrador de correo, colaboraron con la producción. Human Rights Watch desea expresar su profundo agradecimiento a los numerosos trabajadores de atención de la salud que colaboraron con la preparación del presente informe. Human Rights Watch asume la responsabilidad por cualquier error que pudiera contener el informe.

Anexo 1 – Lista de participantes encuestados

Argentina	Dr. Roberto Wenk
	Dra. Vilma Tripodoro
Bangladesh	Profesor Ahmed Nezamuddin
	Dra. Rumana Dowla
Brasil	Dr. Roberto Bettega
	Dra. Ana Claudia Arantes
Camboya	Dra. Celine Lebost
	Beris Bird
	Dr. Pierre Regis
Camerún	Dr. Jonah Wefuan
	Ndikintum George Mbeng
China	Dr. Jinxiang Li
	Dr. Limin Lao
	Anónimo
Colombia	Dra. Marta Leon
	Dr. John Jairo Vargas
Ecuador	Dra. Nicky Bailhache
	Dra. María Cervantes
Egipto	Anónimo
	Anónimo
El Salvador	Dr. Roland Arturo Larin Lovo
	Dra. Carlos Rivas
Etiopía	Anónimo
	Dr. Solomon Bogale
Francia	Dra. Marilene Filbet
	Dr. Jean Bruxelles
Georgia	Anónimo
	Dr. Dimitri Kordzaia

Alemania	Dr. Lucas Radbruch
	Dr. Rolf-Detlef Treede
Guatemala	Dra. Eva Rossina Duarte
	Dra. Silvia Rivas
	Dra. Marisol Bustamante
India	Dr. M R Rajagopal
	Dr. Anil Paleri
Indonesia	Anónimo
	Anónimo
Irán	Anónimo
	Anónimo
Japón	Dr. Toshihiko Nakatani
	Dra. Etsuko Aruga
Jordania	Dr. Mohammad Bushnaq
	Dra. Maha Arnaout
Kazajistán	Anónimo
	Anónimo
Kenia	Dra. Zipporah Ali
	Dr. John Weru
Corea del Sur	Dr. Young Seon Hong
	Youn Seon Choi
México	Dra. Paola Andrea Zuluaga
	Dra. Antonia Tamayo-Valenzuela
Marruecos	Dr. Mat Nejmi
	Profesor Mhamed Harif
Nepal	Dr. Bishnu Dutta Paudel
	Anónimo
Nigeria	Dr. Folaju Oyebola
	Dra. Simbo Amanor-Boadu
Pakistán	Dr. Haroon Hafeez

	Dr. Mohammad Saleem
Filipinas	Dr. Francis Javier
	Dr. Henry Lu
Polonia	Dr. Tomasz Dzierzanowski
	Dr. Wojciech Leppert
Rumania	Dra. Daniela Mosoiu
	Dr. Constantin Bogdan
Rusia	Anónimo
	Anónimo
Sudáfrica	Dra. Liz Gwyther
	Dra. Rene Albertyn
Tanzania	Dr. Mark Jacobson
	Anónimo
Tailandia	Dr. Sakon Singha
	Dra. Pongparadee Chaudakshetrin
Turquía	Dr. Ozgur Ozyilkan
	Profesor Serdar Erdine
Uganda	Dr. Henry Ddungu
	Dra. Anne Merriman
Ucrania	Dra. Viktoria Tymoshevska
	Dra. Ljudmila Andriishin
Reino Unido	Dr. Bill Noble
	Dr. Ros Taylor
Estados Unidos	Dr. Aaron Gilson
	Dr. Don Schumacher
Vietnam	Kimberly Green
	Dr. Eric Krakauer

Anexo 2 – Preguntas de la encuesta

Situación global de la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor

Encuesta a expertos nacionales

Gracias por aceptar participar en nuestra encuesta sobre acceso al tratamiento del dolor.

- Durante su entrevista telefónica, se le pedirá que responda las siguientes preguntas. No es necesario que escriba las respuestas.
- Si no sabe la respuesta a alguna de nuestras preguntas, le agradeceríamos enormemente que obtuviera la información requerida, por ejemplo, consultando a otros médicos o a un organismo del gobierno.
- También nos resultaría sumamente útil que nos enviara copias de leyes, reglamentaciones o políticas relevantes a las cuales usted tenga acceso.

Política

1. ¿Existe en el país una política nacional sobre cuidados paliativos?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
2. ¿La política nacional de control del cáncer hace referencia al control del dolor o a los cuidados paliativos?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No existe una política nacional de control del cáncer
3. ¿La política nacional sobre SIDA hace referencia al control del dolor o a los cuidados paliativos?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No existe una política nacional sobre SIDA
4. ¿La morfina de administración oral es un medicamento registrado?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
5. ¿La morfina inyectable está incluida en la Lista de Medicamentos Esenciales?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No existe una Lista de Medicamentos Esenciales
6. ¿La morfina de administración oral está incluida en la Lista de Medicamentos Esenciales?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ☐ No existe una Lista de Medicamentos Esenciales

Procedimientos para la expedición de recetas

7. ¿Puede recetarse morfina para uso domiciliario?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
8. ¿El recetario para la morfina es distinto del recetario normal?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
9. ¿Se requiere la firma de más de un médico para recetar morfina?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
10. ¿El derecho a recetar morfina solamente se reconoce a los médicos de ciertas especialidades (por ejemplo, oncólogos)?
☐ Sí, los especialistas que pueden recetarla son: _____
☐ No ☐ No sabe
11. ¿Los médicos necesitan una licencia especial para recetar morfina (además de la licencia para ejercer la medicina)?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
- 11a. Si se requiere una licencia especial, ¿es difícil obtenerla?
☐ No es difícil ☐ Relativamente difícil ☐ Muy difícil
12. ¿Pueden otros profesionales de la salud que no sean médicos conseguir una licencia para recetar morfina? (Por ejemplo, personal de enfermería especialmente capacitado)
☐ Sí, los profesionales de la salud que pueden obtener una licencia para expedir recetas son: _____
☐ No ☐ No sabe
13. ¿Cuál es el período máximo, en días, para el cual se puede recetar morfina a un paciente ambulatorio con una sola receta?
Cantidad de días: __ _ ☐ No sabe ☐ No se puede recetar morfina a pacientes ambulatorios
14. ¿Se aplica un límite a la dosis de morfina que se puede recetar?
☐ Sí: El límite es: _____ ☐ No ☐ No sabe

Formación médica

Definición: a efectos de este cuestionario, control del dolor hace referencia al uso de opioides y otras drogas para controlar el dolor agudo y crónico. La anestesia no se incluye en el control del dolor. El control del dolor puede enseñarse como un componente de los cuidados paliativos, pero no necesariamente.

15. La formación en control del dolor:

Está disponible en los programas de formación médica de grado:

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

Es obligatorio en los programas de grado:

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

Está disponible en programas de formación médica de posgrado:

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

Disponibilidad

16. ¿La morfina inyectable está disponible en hospitales?:

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

17. La morfina de administración oral está disponible en:

Hospitales de atención terciaria

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

Otros hospitales

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

Farmacias

☐ Ninguna ☐ Algunas ☐ La mayoría ☐ Todas ☐ No sabe

Centros de salud

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe

Centros para pacientes terminales

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe ☐ No existen centros para pacientes terminales

Centros de atención de pacientes con SIDA

☐ Ninguno ☐ Algunos ☐ La mayoría ☐ Todos ☐ No sabe ☐ No existen centros de atención de pacientes con SIDA

18. Pregunta para debate general: ¿Es más difícil acceder a morfina fuera de las principales ciudades?

19. Costo

- Indique el precio que pagan los pacientes por cada presentación de morfina en el servicio de salud al cual usted pertenece.
- En el caso de los pacientes hospitalizados y las farmacias, suponga que el paciente obtiene la morfina de la fuente más económica, pero no de fuentes subsidiadas por donantes privados.
- Indique si no conoce el precio de una determinada presentación, o si esta no está disponible en algún lugar.

PRESENTACIÓN	SU SERVICIO DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	FARMACIAS
Inyectable en ampolla de 10mg/1ml			
Solución oral 10mg/5ml			
Comprimido de liberación inmediata 10 mg			
Comprimido de liberación prolongada 10 mg			
Comprimido de liberación prolongada 30 mg			
Comprimido de liberación prolongada 60 mg			

Otras preguntas para debate general:

20. ¿Los médicos dudan de recetar opioides por temor a ser objeto de sanciones legales por uso indebido, tales como acciones legales o revocación de licencia?

21. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes recomienda a los gobiernos que consulten a los proveedores de cuidados paliativos al estimar la cantidad de opioides para fines médicos que necesitarán sus respectivos países. ¿Se consulta a proveedores de cuidados paliativos al realizar la estimación para todo el país?

Anexo 3 – Cuadro de cálculos utilizados para elaborar mapas

Consumo de opioides y porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA terminal que puede tratar cada país

Cuadro 1: Muertes anuales por cáncer y SIDA, consumo promedio de morfina entre 2006 y 2008, y porcentaje de pacientes con SIDA y cáncer terminal que podrían ser tratados con la morfina consumida

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Afganistán	27208	0	82,5	1	22442	109,07	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Albania	3143	0	146,2	9	4595	22,36	1,0	4,0	1,0	2,0	9%	329
Argelia	34373	2	56,7	532	19474	96,26	2,0	2,0	4,0	2,7	3%	439
Andorra	84	4	227,5	3	191	0,94	0,25	0,25		0,3	27%	41
Angola	18021	66	75,7	11941	13650	102,61	0,25			0,3	0%	41
Antigua y Barbuda	87	16	155,8	14	136	0,70					0%	0
Argentina	39883	4	157,8	1751	62923	311,12	25,0	449,0	356,0	276,7	89%	45542
Armenia	3077	2	210,4	74	6475	31,69	2,0	4,0	2,0	2,7	8%	439
Australia	21074	1	192,5	112	40568	197,50	1079,0	1093,0	1012,0	1061,3	537%	174705
Austria	8337	1	235,6	56	19644	95,64	1274,0	1274,0	1385,0	1311,0	1371%	215802
Azerbaiyán	8731	0	91,4	7	7980	38,80	1,0	1,0	1,0	1,0	3%	165

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Bahamas	338	57	93,6	192	317	2,12	1,0	1,0	0,25	0,8	35%	123
Bahréin	776	3	50,5	22	392	1,97	1,0	1,0	1,0	1,0	51%	165
Bangladesh	160000	0	56,4	118	90242	438,93	3,0	2,0	5,0	3,3	1%	549
Barbados	255	29	166,9	74	425	2,29	2,0			2,0	87%	329
Bielorrusia	9679	8	199,2	800	19276	96,11	6,0	5,0	5,0	5,3	6%	878
Bélgica	10590	1	278,3	69	29471	143,44	136,0	131,0	135,0	134,0	93%	22058
Belice	301	24	68,5	72	206	1,22	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Benín	8662	43	58,8	3752	5093	36,15	0,25	0,25	0,25	0,3	1%	41
Bhután	687	0	59,0	0	405	1,97	0,0	0,25		0,1	6%	21
Bolivia	9694	4	139,3	416	13505	66,90		0,0	0,0	0,0	0%	0
Bosnia-Herzegovina	3773	0	164,0	11	6189	30,11		0,25	4,0	2,1	7%	350
Botswana	1921	825	48,4	15847	930	52,66	0,25	3,0	0,25	1,2	2%	192
Brasil	191972	9	104,6	17607	200753	1029,14	657,0	312,0	430,0	466,3	45%	76763
Brunéi Darussalam	392	0	53,2	0	209	1,01	0,25	0,25	0,25	0,3	25%	41
Bulgaria	7593	0	216,0	22	16399	79,77	47,0	66,0	53,0	55,3	69%	9108

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Burkina Faso	15234	66	70,3	9998	10707	82,40	0,25	0,25		0,3	0%	41
Burundi	8074	167	63,0	13459	5089	65,61	0,25	0,25	0,25	0,3	0%	41
Camboya	14562	70	78,8	10193	11476	86,73	0,0	0,25	0,25	0,2	0%	27
Camerún	19088	228	71,1	43447	13572	197,93					0%	0
Canadá	33259	1	209,2	462	69587	339,59	2003,0	2299,0	2434,0	2245,3	661%	369602
Cabo Verde	499	1	51,0	4	254	1,25	0,25	0,25		0,3	20%	41
República Centroafricana	4339	252	77,6	10930	3368	49,57	0,25			0,3	1%	41
Chad	10914	113	69,0	12337	7533	74,08			0,25	0,3	0%	41
Chile	16804	3	131,7	443	22131	108,90	59,0	55,0	62,0	58,7	54%	9657
China	1344920	2	136,0	21017	1828511	8950,40	548,0	640,0	906,0	698,0	8%	114897
Colombia	45012	13	81,5	5692	36704	195,67	49,0	75,0	55,0	59,7	30%	9822
Comoras	661	1	47,8	8	316	1,56					0%	0
Congo	3615	220	53,9	7961	1948	33,65	0,25			0,3	1%	41
Islas Cook	20	0	43,9	0	9	0,04	0,0	0,3		0,1	293%	21
Costa Rica	4519	3	91,8	136	4150	20,58	12,0	0,0	13,0	8,3	40%	1372

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Costa de Marfil	20591	260	78,4	53495	16135	240,91	0,3	0,25	0,25	0,3	0%	41
Croacia	4423	0	284,5	3	12582	61,16	8,0	8,0	8,0	8,0	13%	1317
Cuba	11205	1	171,1	111	19171	93,51	15,0	14,0	11,0	13,3	14%	2195
Chipre	862	0	113,0	0	974	4,73	2,0	2,0	2,0	2,0	42%	329
República Checa	10319	0	287,3	3	29642	144,07	58,0	54,0	53,0	55,0	38%	9053
República Democrática de Corea	23819	0	94,8	37	22588	109,89	19,0	18,0	19,0	18,7	17%	3073
República Democrática del Congo	64257	127	61,6	81738	39574	440,61	0,25	0,25	11,0	3,8	1%	631
Dinamarca	5458	1	292,8	31	15981	77,76	301,0	293,0	264,0	286,0	368%	47078
Yibuti	849	112	52,4	947	445	5,04					0%	0
Dominica	67	20	159,6	14	107	0,56	0,25	0,25	0,25	0,3	45%	41
República Dominicana	9953	46	109,8	4598	10932	67,09	5,0	3,0	4,0	4,0	6%	658
Ecuador	13481	9	87,0	1251	11727	60,79	3,0	2,0	5,0	3,3	5%	549
Egipto	81527	0	55,6	391	45329	221,49	1,0	9,0	12,0	7,3	3%	1207
El Salvador	6134	23	72,2	1389	4430	25,75	0,25	0,25	2,0	0,8	3%	137

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTE ANUALES POR SIDA	MUERTE ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Guinea Ecuatorial	659	148	91,4	974	602	5,89	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Eritrea	4927	46	40,9	2265	2014	16,67	0,25	0,25	0,25	0,3	2%	41
Estonia	1341	2	269,3	22	3612	17,62	6,0	6,0	5,0	5,7	32%	933
Etiopía	80713	122	57,1	98157	46107	522,23	0,25	0,25	4,0	1,5	0%	247
Fiji	844	2	52,6	13	444	2,20	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Finlandia	5304	0	201,6	8	10694	52,00	22,0	21,0	19,0	20,7	40%	3402
Francia	62036	2	272,5	1153	169042	825,05	2651,0	2302,0	2354,0	2435,7	295%	400933
Gabón	1448	209	77,4	3021	1120	14,62					0%	0
Gambia	1660	30	73,2	492	1215	7,40	0,0			0,0	0%	0
Georgia	4307	0	90,3	4	3890	18,92	8,0	6,0	6,0	6,7	35%	1097
Alemania	82264	1	261,1	544	214767	1045,42	1278,0	1900,0	1851,0	1676,3	160%	275940
Ghana	23351	97	64,8	22642	15125	142,28	2,0	1,0	0,25	1,1	1%	178
Grecia	11137	0	247,1	17	27518	133,79	5,0	6,0	5,0	5,3	4%	878
Granada	104	19	148,0	20	154	0,81	0,25	0,25		0,3	31%	41
Guatemala	13686	15	65,0	2054	8891	49,45	5,0	1,0	5,0	3,7	7%	604

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTE ANUALES POR SIDA	MUERTE ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Guinea	9833	40	67,1	3951	6595	44,06					0%	0
Guinea-Bissau	1575	60	69,2	937	1090	8,14					0%	0
Guyana	763	82	84,8	628	647	5,05	0,25	0,25	0,0	0,2	3%	27
Haití	9876	92	55,4	9098	5471	54,22	0,25	0,25	0,25	0,3	0%	41
Honduras	7319	34	77,3	2467	5656	34,98	0,0	0,0		0,0	0%	0
Hungría	10012	0	328,5	12	32892	159,89	22,0	17,0	13,0	17,3	11%	2853
Islandia	315	0	179,1	0	564	2,74	8,0	12,0	10,0	10,0	365%	1646
India	1181412	11	65,3	133404	771728	4155,81	224,0	693,0	355,0	424,0	10%	69794
Indonesia	227345	0	89,2	298	202830	986,66	6,0	10,0	10,0	8,7	1%	1427
Irán (República Islámica de)	73312	2	63,4	1803	46467	231,30	0,0	0,0	0,0	0,0	0%	0
Irak	30096	0	84,4	6	25389	123,41			1,0	1,0	1%	165
Irlanda	4437	1	204,4	29	9071	44,18	47,0	39,0	39,0	41,7	94%	6859
Israel	7051	0	142,1	30	10018	48,78	36,0	33,0	38,0	35,7	73%	5871
Italia	59604	1	272,5	883	162425	792,07	172,0	105,0	855,0	377,3	48%	62112
Jamaica	2708	44	124,5	1204	3373	20,05	3,0	2,0	4,0	3,0	15%	494

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTE ANUALES POR SIDA	MUERTE ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Japón	127293	0	252,9	51	321958	1564,87	436,0	382,0	341,0	386,3	25%	63594
Jordania	6136	0	60,3	29	3702	18,08	6,0	11,0	8,0	8,3	46%	1372
Kazajistán	15521	2	153,7	268	23857	116,76		0,25	4,0	2,1	2%	350
Kenia	38765	375	48,4	145274	18774	532,51	5,0	22,0	2,0	9,7	2%	1591
Kiribati	97	0	34,5	0	33	0,16					0%	0
Kuwait	2919	0	21,5	6	629	3,08	1,0	1,0	1,0	1,0	33%	165
Kirguistán	5414	0	77,2	22	4182	20,39	0,25	1,0	0,25	0,5	2%	82
República Democrática Popular Lao	6205	0	67,9	27	4211	20,55	0,25	0,25	0,25	0,3	1%	41
Letonia	2259	1	259,3	16	5857	28,52	4,0	5,0	5,0	4,7	16%	768
Líbano	4194	4	77,3	176	3242	16,29	4,0	4,0	4,0	4,0	25%	658
Lesotho	2049	801	56,8	16422	1164	55,54		0,25	0,25	0,3	0%	41
Liberia	3793	57	56,7	2156	2150	17,00	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Jamahiriya Árabe Libia	6294	5	45,9	338	2888	15,06	0,25	0,25		0,3	2%	41
Lituania	3321	0	234,5	7	7789	37,87	9,0	9,0	10,0	9,3	25%	1536

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Luxemburgo	481	1	215,1	4	1035	5,04	4,0	4,0	4,0	4,0	79%	658
Madagascar	19111	3	61,5	489	11744	58,56	0,3	0,3	0,3	0,3	0%	41
Malawi	14846	506	55,9	75165	8302	268,66	0,3	0,3	0,3	0,3	0%	41
Malasia	27014	8	83,6	2069	22586	116,05	26,0	24,0	29,0	26,3	23%	4335
Maldivas	305	19	148,9	58	454	2,38		0,3		0,3	10%	41
Mali	12706	44	78,6	5584	9984	65,48	0,3	0,3	0,3	0,3	0%	41
Malta	407	0	183,5	2	747	3,63	2,0	5,0	3,0	3,3	92%	549
Islas Marshall	61	1	85,3	0	52	0,25	0,3	0,3		0,3	98%	41
Mauritania	3215	15	68,8	488	2211	12,23	0,3	0,3		0,3	2%	41
Mauricio	1280	2	77,9	22	997	4,91	0,3	1,0		0,6	13%	103
México	108555	5	69,2	5008	75168	380,53	29,0	36,0	37,0	34,0	9%	5597
Micronesia (Estados Federados de)	110	0	48,0	0	53	0,26	0,3			0,3	97%	41
Mónaco	33	3	210,6	1	70	0,34	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Mongolia	2641	0	158,3	1	4182	20,33	2,0	0,0	6,0	2,7	13%	439

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Marruecos	31606	2	44,6	700	14105	70,68	5,0	9,0	7,0	7,0	10%	1152
Mozambique	22383	349	59,7	78158	13369	302,38	1,0	0,3	6,0	2,4	1%	398
Birmania	49563	45	83,4	22308	41338	268,66	2,0	0,3	0,3	0,8	0%	137
Namibia	2130	479	40,7	10213	867	35,24	2,0	5,0	1,0	2,7	8%	439
Nauru	10	5	83,4	1	8	0,04	0,3			0,3	594%	41
Nepal	28810	1	63,0	255	18144	88,95	1,0	5,0	6,0	4,0	4%	658
Países Bajos	16528	1	250,3	95	41368	201,34	151,0	368,0	101,0	206,7	103%	34019
Nueva Zelandia	4230	0	193,7	10	8195	39,86	204,0	83,0	232,0	173,0	434%	28477
Nicaragua	5667	4	69,7	237	3951	19,92	3,0	1,0	2,0	2,0	10%	329
Níger	14704	21	83,1	3055	12219	68,66	0,3	0,3		0,3	0%	41
Nigeria	151212	121	67,5	183397	102037	1052,97		0,0	1,0	0,5	0%	82
Niue	2	0	49,0	0	1	0,00	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Noruega	4767	1	243,9	27	11626	56,58	145,0	134,0	139,0	139,3	246%	22936
Omán	2785	2	41,8	51	1163	5,81	1,0	2,0	2,0	1,7	29%	274
Pakistán	176952	2	53,4	3564	94518	470,18	1,0	5,0	10,0	5,3	1%	878

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Palaos	20	0	60,8	0	12	0,06	0,3	0,3	0,3	0,3	421%	41
Panamá	3399	26	80,1	881	2724	15,91	2,0	3,0	2,0	2,3	15%	384
Papua Nueva Guinea	6577	10	48,7	673	3202	17,60	7,0	3,0		5,0	28%	823
Paraguay	6238	9	85,7	570	5344	27,70	1,0	1,0	0,3	0,8	3%	123
Perú	28837	15	113,5	4316	32727	172,16	0,0	14,0	26,0	13,3	8%	2195
Filipinas	90348	0	55,2	71	49843	242,45	20,0	15,0		17,5	7%	2881
Polonia	38104	0	253,7	144	96658	470,20	201,0	218,0	247,0	222,0	47%	36543
Portugal	10677	7	233,5	759	24928	123,46	407,0	550,0	88,0	348,3	282%	57339
Qatar	1281	4	14,3	46	183	1,03	0,3	1,0	1,0	0,8	73%	123
República de Corea	48152	0	174,3	88	83906	408,05	113,0	55,0	122,0	96,7	24%	15912
República de Moldavia	3633	1	152,8	27	5552	27,07	4,0	4,0	3,0	3,7	14%	604
Rumania	21361	1	201,6	250	43065	210,06	2,0	10,0	32,0	14,7	7%	2414
Federación Rusa	141394	9	194,5	12251	275079	1374,10	48,0	66,0	62,0	58,7	4%	9657
Ruanda	9721	223	56,8	21650	5524	92,61	0,3	0,0	0,3	0,2	0%	27
San Cristóbal y Nieves	51	5	103,1	3	53	0,26	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Santa Lucía	170	4	113,3	7	193	0,96	0,3	0,3	0,3	0,3	26%	41
San Vicente y las Granadinas	109	45	113,5	49	124	0,75	0,3	0,3	0,3	0,3	33%	41
Samoa	179	0	59,0	0	106	0,51	0,3	0,3	0,3	0,3	49%	41
San Marino	31	0	278,1	0	86	0,42	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Santo Tomé y Príncipe	160	1	70,7	1	113	0,55	0,3	0,0		0,1	23%	21
Arabia Saudita	25201	0	46,9	81	11809	57,64	11,0	13,0	15,0	13,0	23%	2140
Senegal	12211	12	81,1	1405	9904	52,40	0,0	1,0		0,5	1%	82
Serbia y Montenegro	9839	1	235,2	60	23145	112,67	1,0	2,0	7,0	3,3	3%	549
Seychelles	84	6	104,9	5	88	0,44	0,3	0,3	0,3	0,3	56%	41
Sierra Leona	5560	54	90,4	3000	5028	33,55		0,3		0,3	1%	41
Singapur	4615	2	120,6	70	5566	27,27	8,0	5,0	5,0	6,0	22%	988
Eslovaquia	5400	0	219,2	3	11837	57,54	99,0	12,0	0,0	37,0	64%	6091
Eslovenia	2015	0	272,5	2	5490	26,69	38,0	53,0	55,0	48,7	182%	8011
Islas Salomón	511	0	35,9	1	183	0,89					0%	0

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTES ANUALES POR SIDA	MUERTES ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Somalia	8926	14	77,2	1284	6888	37,37	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Sudáfrica	49668	631	90,9	313575	45161	1171,96	92,0	147,0	507,0	248,7	21%	40933
España	44486	4	234,7	1753	104420	512,81	181,0	122,0	327,0	210,0	41%	34568
Sri Lanka	20061	1	100,5	117	20165	98,36	8,0	9,0	14,0	10,3	11%	1701
Sudán	41348	61	67,2	25281	27768	211,74	1,0	0,3		0,6	0%	103
Surinam	515	32	83,6	165	430	2,59	0,3	0,3	0,3	0,3	10%	41
Suazilandia	1168	798	54,6	9326	637	31,42					0%	0
Suecia	9205	0	228,1	28	20998	102,13	221,0	172,0	219,0	204,0	200%	33580
Suiza	7541	2	221,2	134	16683	81,49	229,0	273,0	263,0	255,0	313%	44975
República Árabe Siria	21227	0	27,9	4	5914	28,75	1,0	0,3	2,0	1,1	4%	178
Tayikistán	6836	2	37,3	109	2552	12,73	0,0	0,3		0,1	1%	21
Tailandia	67386	92	132,0	62146	88942	621,03	49,0	49,0	55,0	51,0	8%	8395
Ex República Yugoslava de Macedonia	2041	0	179,0	5	3654	17,77	0,3	0,3	0,0	0,2	1%	27
Timor-Leste	1098	1	40,7	8	447	2,20	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTE ANUALES POR SIDA	MUERTE ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Togo	6459	133	62,0	8596	4003	45,57	0,3	0,3	0,3	0,3	1%	41
Tonga	104	0	58,1	0	60	0,29	0,3	0,3	0,3	0,3	85%	41
Trinidad y Tobago	1333	50	104,8	667	1397	8,82		2,0	2,0	2,0	23%	329
Túnez	10169	1	43,4	145	4411	21,88	19,0	20,0	22,0	20,3	93%	3347
Turquía	73914	0	80,8	115	59699	290,49	2,0	13,0	5,0	6,7	2%	1097
Turkmenistán	5044	1	60,0	53	3028	14,88	0,3	1,0	1,0	0,8	5%	123
Tuvalu	10	0	91,0	0	9	0,04					0%	0
Uganda	31657	335	49,4	106137	15652	398,46	9,0		45,0	27,0	7%	4444
Ucrania	45992	22	192,3	10081	88443	460,45	84,0			84,0	18%	13827
Emiratos Árabes Unidos	4485	2	16,1	68	724	3,73	2,0	2,0	3,0	2,3	63%	384
Reino Unido	61231	0	266,5	212	163157	793,59	1861,0	1437,0	2275,0	1857,7	234%	305789
República Unida de Tanzania	42484	310	63,0	131585	26774	529,81	0,0	0,0	0,0	0,0	0%	0
Estados Unidos de América	311666	5	193,7	14050	603770	2977,00	17355,0	23005,0	20550,0	20303,3	682%	3342112
Uruguay	3349	5	238,2	179	7977	39,31	0,0	0,0	16,0	5,3	14%	878

PAÍS	POBLACIÓN (EN MILES, OMS, 2008)	MORTALIDAD POR SIDA (CADA 100.000, OMS, 2004)	MORTALIDAD POR CÁNCER (CADA 100.000, OMS, 2004)	MUERTE ANUALES POR SIDA	MUERTE ANUALES POR CÁNCER	MORFINA NECESARIA PARA TRATAR PACIENTES CON SIDA Y CÁNCER (KG)	CIFRA DE CONSUMO DE 2006	CIFRA DE CONSUMO DE 2007	CIFRA DE CONSUMO DE 2008	CONSUMO PROMEDIO 2006-2008	PORCENTAJE DE NECESIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER O VIH/SIDA QUE PODRÍAN SER TRATADOS CON EL CONSUMO ANUAL DE MORFINA (PROMEDIO DE 2006-2008)
Uzbekistán	27191	0	42,6	75	11576	56,49	3,0	3,0	3,0	3,0	5%	494
Vanuatu	234	0	48,2	0	113	0,55	0,3	0,3		0,3	46%	41
Venezuela	28121	5	68,6	1530	19278	98,34	2,0	6,0	11,0	6,3	6%	1043
Vietnam	87096	15	79,4	12670	69132	374,46	13,0	16,0	19,0	16,0	4%	2634
Yemen	22917	1	49,5	176	11352	55,70	0,3	0,3	0,3	0,3	0%	41
Zambia	12620	666	58,6	83990	7393	291,05	1,0	0,3	1,0	0,8	0%	123
Zimbabue	12463	1463	66,9	182378	8342	594,52		5,0		5,0	1%	823

Cuadro 2: Consumo promedio de todos los opioides fuertes entre 2006 y 2008

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Afganistán	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Albania	2,0	39,2	20,0	16,25				0	0	0	3	3	1	2	2	4
Argelia	2,7	128,5	130,1	270,975				0	0	0	0	0,25	2	0	0	0
Andorra	0,3	28,1	31,9	37,888				0,25	0,25	0,25	0,25	0,25		0,25	0,25	
Angola	0,3	0,3		157				0			0,25			0		
Antigua y Barbuda	0,0															
Argentina	276,7	407,6	429,9	1225,114	0,00	0	0	12	15	15	11	6	15	9	7	7
Armenia	2,7	5,0	8,0	10				0	0	0	0	0	0	0	0	0,25
Australia	1061,3	7484,1	13069,0	17380,637	8,00	9	9	936	1122	1295	118	105	89	660	676	706
Austria	1311,0	10822,3	17013,4	18214,009	37,00	46	57	35	40	46	50	9	7	60	57	60
Azerbaiyán	1,0	7,0	7,0	10				0	0	0	0	0	0	2	1	2
Bahamas	0,8	0,3	0,5	0,488			0	1	1	1	7	4	8	0	0	0

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Bahréin	1,0	15,4	22,8	14,218					0	0	4	5	5	0,25	0,25	0,25
Bangladesh	3,3	15,0	23,8	21,92					0	0	150	115	126	0	0	0
Barbados	2,0	3,3						0,25			13			0		
Bielorrusia	5,3	50,4	65,4	208,411					0	0	0	0	0	0	0,25	2
Bélgica	134,0	20034,0	25916,0	30978	16,00	11	10	0,25	8	36	22	21	19	281	219	249
Belice	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Benín	0,3	2,3	0,2	4,25					0	0	1	1	2	0	0	0
Bhután	0,1		0,1						0	0	0	1		0	0	
Bolivia	0,0								0	0		0	0		0	0
Bosnia-Herzegovina	2,1		469,1	249,044					0	0		0	0,25		10	36
Botswana	1,2	0,017	0,2	0,1					0	0	7	4	0,25	0	0	0
Brasil	466,3	8909,6	2738,4	6955,472	0,00	0	0	15	12	12	487	499	451	36	24	39
Brunei Darussalam	0,3	2,1	3,0	2,579			0	0	0	0	1	1	1	0	0	0

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2006 (g)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2007 (g)	CONSUMO DE FENTANILO EN 2008 (g)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Bulgaria	55,3	246,236	170,8	161,002				4	5	7	18	10	7	31	37	58
Burkina Faso	0,3	2,1	0,7	0,776				0	0		0	0		0	0	
Burundi	0,3	0,6	0,0	0,76				0	0	0	1	2	0	0	0	0
Camboya	0,167	0	4,5	8,663				0	0	0	0	0,25	0	0	0	0
Camerún	0,0															
Canadá	2245,3	427514	657514	48258,279	553,00	600	647	3487	3689	4513	685	796	675	853	1047	1323
Cabo Verde	0,3	0,7	2,0					0	0		0,25	0,25		0	0	
República Centroafricana	0,3	0						0			0			0		
Chad	0,3			0,749						0			0,25			0
Chile	58,7	392,2	659,5	642,168				1	1	2	8	13	22	4	3	6
China	698,0	5208,8	8197,2	11238,936		0	0,25	24	58	117	1566	1563	1771	377	589	1178
Colombia	59,7	609,8	1900,5	1860,387	0,25	2	0	27	29	43	0	0	0	2	3	6
Comoras	0,0															

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (Kg)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (g)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (Kg)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (Kg)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (Kg)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (Kg)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (Kg)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (Kg)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (Kg)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (Kg)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (Kg)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (Kg)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (Kg)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (Kg)
Congo	0,3	2,4						0			0,25			0		
Islas Cook	0,1							0	0		0	0,25		0	0,25	
Costa Rica	8,3	48,4	0,0	52				0	0	0	2	0	2	3	0	4
Costa de Marfil	0,3	5,4	5,0	7,709				0	0	0	0,25	0	0	0	0	0
Croacia	8,0	1371,5	2234,2	1815,807	0,25	0,25	0,25	1	2	5	3	3	4	83	81	90
Cuba	13,3	247,2	157,0	99,153	0,00	0	0	0	0	0	0	10	10	0	0	0
Chipre	2,0	49,9	66,1	78,968	0,00	0	0	1	1	1	4	4	5	0,25	0,25	0,25
República Checa	55,0	3830,3	4652,9	5657,677	3,00	6	10	33	44	49	68	61	54	12	11	11
República Democrática de Corea	18,7	0	0,0	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Democrática del Congo	3,8	1,6	3,5	29,126				0	0	0	1	2	0,25	0	0	0
Dinamarca	286,0	9309,9	9564,5	9720,309	1,00	2	3	272	313	344	66	65	59	248	247	251
Yibuti	0,0															

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Dominica	0,3	0,0	0,1						0	0	0,25	0,25	1	0	0	0
República Dominicana	4,0	17,1	53,4	9,22					1	1	0,25	1	0	0,25	0	0
Ecuador	3,3	119,2	127,8	155,548					1	1	2	0	0	0	0	0
Egipto	7,3	452,5	344,5	934,787	0,25	0			0	1	0	17	44	0	0	0
El Salvador	0,8	46,7	37,1	65,968					2	4	4	10	16	1	2	1
Guinea Ecuatorial	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Eritrea	0,3	0,0	0,0	0					0	0	0	1	1	0	0	0
Estonia	5,7	195	170,9	162,257	0,00	0			3	4	4	5	5	9	12	14
Etiopía	1,5	0	0,1	0,003					0	0	0	2	13	0	0	0
Fiji	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Finlandia	20,7	7692,8	8179,0	7974,36	0,25	1			116	134	137	3	3	10	17	35
Francia	2435,7	57375,9	64440,1	66334,2	31,00	24			254	472	504	14	12	478	627	613
Gabón	0,0			3,151												

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Gambia	0,0								0		0			0		
Georgia	6,7	22,2	25,3	33,564					0	0	0	0	0	2	4	10
Alemania	1676,3	270682	250230,6	241330	235,00	304	458	1211	1617	1968	104	211	152	1182	1190	1771
Ghana	1,1	0,1	0,0	0,003				0	0	0	87	0	44	0	0	0
Grecia	5,3	9942,7	9573,9	10761,506		0,25	0,25	0	0	0	29	32	26	27	63	43
Granada	0,3	0,1	0,1					0	0		1	1		0	0	
Guatemala	3,7	24,647	63,5	69,764				1	1	3	6	10	6	0,25	0,25	0
Guinea	0,0															
Guinea-Bissau	0,0															
Guyana	0,2	0	2,1	0				0	0	0	4	0	0	0	0	0
Haití	0,3	0,8	2,1	0,018				0	0	0	1	0	0	0	0	0
Honduras	0,0	0,0						0	0		0	0		0	0	
Hungría	17,3	6513,4	6045,2	6495,666	2,00	2	4	1	5	6	8	7	7	10	9	11
Islandia	10,0	261,9	349,3	375,9	0,25	0,25	0,25	2	0	2	0,25	0,25	0,25	1	1	1
India	424,0	695,9	745,9	562	0,00			0	0,25	0	76	28	27	0,25	1	0

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Indonesia	8,7	50,8	105,8	159,69					0	0	55	62	61	8	26	54
Irán (República Islámica de)	0,0	312,5	325,0	647,95			0	0	0	0	115	147	219	875	2930	1805
Irak	1,0			13,065						0			10			0
Irlanda	44,7	2880,8	3580,3	4029,712	3,00	3	3	49	57	38	12	12	19	168	183	206
Israel	35,7	2998,0	3730,0	4109,436	0,25	0,25	0,25	73	82	93	28	25	25	103	117	114
Italia	377,3	16999,0	22889,0	27728	0,00	2	12	87	28	243	36	35	45	1012	1037	1150
Jamaica	3,0	5,3	8,5	0				0	0	0	13	15	15	0	0	0
Japón	386,3	18607,1	18155,3	19758	0,00	0	0	235	285	345	57	51	52	0	0	0
Jordania	8,3	294,7	137,3	109,31				0	0	0	24	25	25	0,25	0,25	0,25
Kazajistán	2,1		180,3	103,083		0			0	0		0	0		0	0
Kenia	9,7	0,4	2,7	9,288				0	0	0	81	46	47	0	0	0
Kiribati	0,0															
Kuwait	1,0	27,2	37,7	43,2		0		0,25	0,25	0,25	10	11	11	0,25	0,25	0,25

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (g)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Kirguistán	0,5	10,0	10,0	10,36				0	0	0	0	0	0	3	10	13
República Democrática Popular Lao	0,3	0,7	0,5	2,08				0	0		2	3	1	0	0	0
Letonia	4,7	423,8	373,3	385,962				0,25	0,25	1	2	1	2	1	2	2
Líbano	4,0	92,4	85,8	100,111				0	0	0	10	12	13	0	0	0
Lesotho	0,3		0,1	0,56					0	0		2	2		0	0
Liberia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Jamahiyya Árabe Libia	0,3	44,7	96,0					0	0		25	19		0	0	
Lituania	9,3	660,1	724,3	722,37				0	0	0	9	10	9	7	7	9
Luxemburgo	4,0	429,0	491,8	582	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	10	11	12
Madagascar	0,3	7,6	3,5	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malawi	0,3	1,0	0,2	1,725				0	0	0	0,25	20	2	0,25	0	0
Malasia	26,3	323,6	275,6	309,22	0,00			0	3	3	87	0	92	36	161	231
Maldivas	0,3		0,0	0,359					0			0,25			0	

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (g)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Mali	0,3	0,0	0,0	0,002				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malta	3,3	14,5	7,0	5,83				0	0	0	2	3	4	10	11	10
Islas Marshall	0,3	0,1	0,1					0	0	0	0,25	0,25		0	0	
Mauritania	0,3	8,0	3,0	0,515				0	0	0	0	0		0	0	
Mauricio	0,6	2,5	3,1					0	0	0	7	5		0,25	23	
México	34,0	469,0	1562,2	1875	0,25	1	1	1	2	1	0	0	0	29	72	71
Micronesia (Estados Federados de)	0,3	0,0						0			0,25			0		
Mónaco	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Mongolia	2,7	2,6	3,1	5,27				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marruecos	7,0	90,2	121,8	200				0	0	0	0	0	0	0	0,25	0
Mozambique	2,4	6,0	26,5	0				0	0	0	5	2	1	0	0	0
Birmania	0,8	0,0	0,0	1				0	0	0	1	1	0,25	0	0	8
Namibia	2,7	5,1	8,0	20,905				0	0	0	1	2	4	0,25	0,25	0,25

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Nauru	0,3	0,0									0,25			0		
Nepal	4,0	0,0	0,0	0,5					0	0	7	3	11	0,25	1	3
Países Bajos	206,7	13191,465	24846,5	13270,757	3,00	3	4	140	149	216	26	22	22	313	277	312
Nueva Zelandia	173,0	222,1	901,9	0	0,00	0	0,25	27	9	74	45	33	46	205	210	123
Nicaragua	2,0	29,1	25,8	65,65				0	0,25	0,25	0	0,25	0	0	0	0
Níger	0,3	2,66	2,2	1,105				0	0		0,25	0,25		0	0	
Nigeria	0,5			8					0	0		0	4		0	0
Niue	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Noruega	139,3	4396,6	5029,2	5558,534	0,25	1	0,25	114	129	151	23	22	21	102	108	108
Omán	1,7	18,0	5,8	7,868		0		0	0	0	7	3	2	0	0	0
Pakistán	5,3	0,0	42,5	53				0	0	0	10	7	13	0	0	0
Palaos	0,3	0,0	0,0	0,019				0	0	0	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
Panamá	2,3	59,5	69,9	70,668				0	0	0	3	5	3	0,25	0,25	0,25
Papua Nueva Guinea	5,0	2,2	0,1					0	0		8	13		0	0	

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (g)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (g)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Paraguay	0,8	16,0	35,0	40				0	0	0	0,25	10	0,25	0	0	0
Perú	13,3	0	149,1	157,009				0	6	7	0	16	17	0	0,25	0,25
Filipinas	17,5	39,3	77,7			0		6	6		7	12		0	0	0
Polonia	222,0	12450,6	15617,4	14959,828	0,00	0,25		1	0,25	1	186	134	126	60	45	50
Portugal	348,3	2694,8	32844,4	4750,634				0	0	0	20	21	24	283	279	327
Qatar	0,8	18,7	15,4	16,852				0	0	0,25	3	3	2	0	0	0
República de Corea	96,7	4268,2	5973,3	11310,055	0,25	1	0	81	159	185	131	117	51	0	0	0,25
República de Moldavia	3,7	23,653	34,5	16,276				0	0	0	0	0	0	0,25	1	3
Rumania	14,7	0,0	0,0	485,377		0	0,25	0	0	14	0	22	0	0	13	32
Federación Rusa	58,7	1436,2	2102,7	1980,52				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ruanda	0,2	0,0		0,001				0	0	0	0,25	0	1	0	0	0
San Cristóbal y Nieves	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Santa Lucía	0,3	0,0	0,0	0,015				0	0	0	1	1	1	0	0,25	0,25
San Vicente y las Granadinas	0,3	0,2	0,1	0,08				0	0	0	0,25	0,25	1	0	0	0
Samoa	0,3	0,1	0,1	0,076				0	0	0	0,25	0,25	0,25	0	0	0
San Marino	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Santo Tomé y Príncipe	0,1	0,1	0,2	25,19				0	0	0	0,25	0		0	0	
Arabia Saudita	13,0	551,2	691,0	697,067	0,25	0,25	0,25	2	1	2	66	71	82	0,25	1	1
Senegal	0,5		1,0					0	0	0	0	0		0	0	
Serbia	3,3	1223,1	3102,3	2557		0,25	0,25	0,25	0	0	3	3	0	5	13	13
Seychelles	0,3	0,4	0,4	0,3				0	0	0	0,25	0,25	0,25	0	0	0
Sierra Leona	0,3		0,0						0,008			0,25			0	
Singapur	6,0	128,8	89,0	144,727	0,00	0	0	1	2	3	14	11	15	0,25	0,25	0,25
Eslovaquia	37,0	2467,8	3924,1	2988	1,00	1	0	18	9	0	278	9	0	20	1	0
Eslovenia	48,7	1535,2	2019,9	1360,72	0,25	3	2	10	9	22	0	3	2	67	49	60

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Islas Salomón	0,0	0	0													
Somalia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Sudáfrica	248,7	99,7	970,9	1257,202	0,25	0	0	0	0	0	158	264	20	1	1	1
España	210,0	53948,0	63993,0	81170	0,00	0	0	44	99	138	152	196	131	1266	1350	1386
Sri Lanka	10,3	11,3	15,5	5,59				0	0	0	23	21	25	0,25	0,25	0,25
Sudán	0,6	1,0	0,0					0	0	0	9	10		0	0	
Surinam	0,3	1,9	1,0	1,835				0	0	0	0,25	0,25	0,25	0	0	0
Suazilandia	0,0															
Suecia	204,0	9439,0	8877,0	10956	13,00	17	15	193	231	271	5	4	4	91	19	71
Suiza	255,0	9061,8	11766,4	11693,626	5,00	7	9	374	82	103	66	170	36	329	332	385
República Árabe Siria	1,1	92,3	35,3	138,299				14	14	9	31	34	22	0	0	0
Tayikistán	0,1	1,7	3,6	2,939				0	0		0	0		0	0	
Tailandia	51,0	340,7	416,0	577,342	0,00	0	0	0	0	0	73	77	68	20	19	23

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANIL EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,2	24,6	11,1	10,784				0	0	0	0	0	0	3	26	30
Timor-Leste	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Togo	0,3	0,2	0,7	1,433				0	0	0	1	1	1	0	0	0
Tonga	0,3	0,1	0,1	0,071				0	0	0	0,25	0,25	0,25	0	0	0
Trinidad y Tobago	2,0		5,0	4,479		0	0	0	0	0		10	20		0	0
Túnez	20,3	129,754	119,7	126,998	0,00	0	0	0	0	0	5	5	4	0	0	0
Turquía	6,7	3386,7	6362,2	8942,381	0,00	0	0	0	0	0	158	172	184	0	0	0
Turkmenistán	0,8	2,0	0,6	3,006				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuvalu	0,0															
Uganda	27,0	0,0		0				0			15		6	0		0
Ucrania	84,0	572,096						0			0			0		
Emiratos Árabes Unidos	2,3	44,6	95,8	175	0,00	0,25	0,25	0	1	0,25	4	5	7	0,25	0,25	0,25

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2006 (G)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2007 (G)	CONSUMO DE FENTANILLO EN 2008 (G)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE HIDROMORFONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE OXICODONA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE PETIDINA EN 2008 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2006 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2007 (KG)	CONSUMO DE METADONA EN 2008 (KG)
Reino Unido	1857,7	26219,0	9628,4	36200,629	8,00	6	5	416	217	902	199	170	287	1071	740	1870
República Unida de Tanzania	0,0	0,0	0,0	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos de América	20303,3	627417,0	626731,0	722001	1078,00	1157	1007	34243	42445	40523	4440	3911	4006	14774	15080	14846
Uruguay	5,3			111,3				0	0	0	0	0	7	0	0	2
Uzbekistán	3,0	12,2	16,4	14,278				0	0	0	0	0	0	1	0,25	1
Vanuatu	0,3	0,0	0,5					0,25	0		0,25	0		0	0	
Venezuela	6,3	262,083	360,0	292,529			0	6	3	9	0	12	4	4	2	0
Vietnam	16,0	229,5	284,5	239,126	0,00	0	0	0	0	0	33	79	31	0	0	43
Yemen	0,3	24,0	29,0	42,09				0	0	0	1	3	4	0	0	0
Zambia	0,8	1,51	1,5	0,478				0	0	0	8	1	30	0	0	0
Zimbabwe	5,0		0,5						0			13			0	

Cuadro 3: Conversión del consumo promedio de todos los opioides fuertes entre 2006 y 2008 a cantidad equivalente de morfina

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANIL ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Afganistán	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Albania	2,0	25,2	2,1		0,0	0,0	0,0	2,3	0,6	2,7	10,7	15,35
Argelia	2,7	176,5	14,7		0,0	0,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	17,56
Andorra	0,3	32,6	2,7		0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	1,0	4,36
Angola	0,3	78,7	6,6		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	6,87
Antigua y Barbuda	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Argentina	276,7	687,5	57,3	0,0	0,0	14,0	18,6	10,7	2,7	7,7	30,7	385,91
Armenia	2,7	7,7	0,6		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	3,64
Australia	1061,3	12644,6	1053,7	8,7	43,3	1117,7	1486,5	104,0	26,0	680,7	2722,7	6.393,50
Austria	1311,0	15349,9	1279,1	46,7	233,3	40,3	53,6	22,0	5,5	59,0	236,0	3.118,58
Azerbaiyán	1,0	8,0	0,7		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	6,7	8,33
Bahamas	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	1,0	1,3	6,3	1,6	0,0	0,0	3,70
Bahréin	1,0	17,5	1,5		0,0	0,0	0,0	4,7	1,2	0,3	1,0	4,62
Bangladesh	3,3	20,3	1,7		0,0	0,0	0,0	130,3	32,6	0,0	0,0	37,60
Barbados	2,0	3,3	0,3		0,0	0,3	0,3	13,0	3,3	0,0	0,0	5,86

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Bielorrusia	5,3	108,1	9,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,0	17,34
Bélgica	134,0	25642,7	2136,8	12,3	61,7	14,8	19,6	20,7	5,2	249,7	998,7	3.355,92
Belice	n/a		0,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Benín	0,3	2,2	0,2		0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	0,0	0,0	0,77
Bhután	0,1	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,26
Bolivia	0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Bosnia-Herzegovina	2,1	359,1	29,9		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	23,0	92,0	124,08
Botswana	1,2	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	3,8	0,9	0,0	0,0	2,11
Brasil	466,3	6201,2	516,7	0,0	0,0	13,0	17,3	479,0	119,8	33,0	132,0	1.252,12
Brunéi Darussalam	0,3	2,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,71
Bulgaria	55,3	192,7	16,1		0,0	5,3	7,1	11,7	2,9	42,0	168,0	249,40
Burkina Faso	0,3	1,2	0,1		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,35
Burundi	0,3	0,5	0,0		0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,54
Camboya	0,167	4,4	0,4		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,55
Camerún	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Canadá	2245,3	52253,7	4354,3	600,0	3000,0	3896,3	5182,1	718,7	179,7	1074,3	4297,3	19.258,76

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Cabo Verde	0,3	1,3	0,1		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,42
República Centroafricana	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,25
Chad	0,3	0,7	0,1		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,37
Chile	58,7	564,6	47,0		0,0	1,3	1,8	14,3	3,6	4,3	17,3	128,41
China	698,0	8215,0	684,6	0,1	0,6	66,3	88,2	1633,3	408,3	714,7	2858,7	4-738,40
Colombia	59,7	1456,9	121,4	0,8	3,8	33,0	43,9	0,0	0,0	3,7	14,7	243,38
Comoras	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Congo	0,3	2,4	0,2		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,51
Islas Cook	0,1		0,0		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5	0,66
Costa Rica	8,3	33,5	2,8		0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	2,3	9,3	20,79
Costa de Marfil	0,3	6,0	0,5		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,77
Croacia	8,0	1807,2	150,6	0,3	1,3	2,7	3,5	3,3	0,8	84,7	338,7	502,89
Cuba	13,3	167,8	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	1,7	0,0	0,0	28,98
Chipre	2,0	65,0	5,4	0,0	0,0	1,0	1,3	4,3	1,1	0,3	1,0	10,83
República Checa	55,0	4713,6	392,8	6,3	31,7	42,0	55,9	61,0	15,3	11,3	45,3	595,90
República Democrática de Corea	18,7	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,67

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
República Democrática del Congo	3,8	11,4	1,0		0,0	0,0	0,0	1,1	0,3	0,0	0,0	5,06
Dinamarca	286,0	9531,6	794,3	2,0	10,0	309,7	411,9	63,3	15,8	248,7	994,7	2.512,62
Yibuti	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Dominica	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,38
República Dominicana	4,0	26,6	2,2		0,0	0,8	1,0	0,3	0,1	0,1	0,3	7,63
Ecuador	3,3	134,2	11,2		0,0	1,3	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	16,29
Egipto	7,3	577,3	48,1	0,1	0,6	0,3	0,4	49,7	12,4	0,0	0,0	68,92
El Salvador	0,8	49,9	4,2		0,0	3,3	4,4	14,0	3,5	1,3	5,3	18,26
Guinea Ecuatorial	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Eritrea	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,50
Estonia	5,7	176,1	14,7	0,0	0,0	3,7	4,9	5,0	1,3	11,7	46,7	73,13
Etiopía	1,5	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	6,0	1,5	0,0	0,0	3,00
Fiji	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Finlandia	20,7	7948,7	662,4	0,4	2,1	129,0	171,6	2,3	0,6	20,7	82,7	939,94
Francia	2435,7	61716,7	5142,9	23,3	116,7	410,0	545,3	13,7	3,4	572,7	2290,7	10-534,57

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Gabón	0,0	3,2	0,3		0,0		0,0		0,0		0,0	0,26
Gambia	0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Georgia	6,7	27,0	2,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	21,3	30,25
Alemania	1676,3	254080,9	21172,6	332,3	1661,7	1598,7	2126,2	155,7	38,9	1381,0	5524,0	32.199,70
Ghana	1,1	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	43,7	10,9	0,0	0,0	12,00
Grecia	5,3	10092,7	841,0	0,3	1,3	0,0	0,0	29,0	7,3	44,3	177,3	1.032,19
Granada	0,3	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,51
Guatemala	3,7	52,6	4,4		0,0	1,7	2,2	7,3	1,8	0,2	0,7	12,77
Guinea	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Guinea-Bissau	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Guyana	0,2	0,7	0,1		0,0	0,0	0,0	1,3	0,3	0,0	0,0	0,56
Haití	0,3	1,0	0,1		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,41
Honduras	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Hungría	17,3	6351,4	529,3	2,7	13,3	4,0	5,3	7,3	1,8	10,0	40,0	607,08
Islandia	10,0	329,0	27,4	0,3	1,3	1,3	1,8	0,3	0,1	1,0	4,0	44,50
India	424,0	667,9	55,7	0,0	0,0	0,1	0,1	43,7	10,9	0,4	1,7	492,35

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Indonesia	8,7	105,4	8,8		0,0	0,0	0,0	59,3	14,8	29,3	117,3	149,62
Irán (República Islámica de)	0,0	428,5	35,7	0,0	0,0	0,0	0,0	160,3	40,1	1870,0	7480,0	7.555,79
Irak	1,0	13,1	1,1		0,0	0,0	0,0	10,0	2,5	0,0	0,0	4,59
Irlanda	41,7	3496,9	291,4	3,0	15,0	48,0	63,8	14,3	3,6	185,7	742,7	1.158,16
Israel	35,7	3612,4	301,0	0,3	1,3	82,7	109,9	26,0	6,5	111,3	445,3	899,72
Italia	377,3	22538,7	1878,1	4,7	23,3	119,3	158,7	38,7	9,7	1066,3	4265,3	6.712,53
Jamaica	3,0	4,6	0,4		0,0	0,0	0,0	14,3	3,6	0,0	0,0	6,97
Japón	386,3	18840,1	1569,9	0,0	0,0	288,3	383,5	53,3	13,3	0,0	0,0	2.353,10
Jordania	8,3	180,4	15,0		0,0	0,0	0,0	24,7	6,2	0,3	1,0	30,54
Kazajistán	2,1	141,7	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,93
Kenia	9,7	4,1	0,3		0,0	0,0	0,0	58,0	14,5	0,0	0,0	24,51
Kiribati	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,00
Kuwait	1,0	36,0	3,0	0,0	0,0	0,3	0,3	10,7	2,7	0,3	1,0	8,00
Kirguistán	0,5	10,1	0,8		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7	34,7	36,01
República Democrática Popular Lao	0,3	1,1	0,1		0,0	0,0	0,0	2,0	0,5	0,0	0,0	0,84

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Letonia	4,7	394,4	32,9		0,0	0,5	0,7	1,7	0,4	1,7	6,7	45,28
Líbano	4,0	92,8	7,7		0,0	0,0	0,0	11,7	2,9	0,0	0,0	14,65
Lesotho	0,3	0,3	0,0		0,0	0,0	0,0	2,0	0,5	0,0	0,0	0,78
Liberia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Jamahiriya Árabe Libia	0,3	68,9	5,7		0,0	0,0	0,0	22,0	5,5	0,0	0,0	11,49
Lituania	9,3	702,3	58,5		0,0	0,0	0,0	9,3	2,3	7,7	30,7	100,85
Luxemburgo	4,0	500,9	41,7	0,3	1,3	0,3	0,3	0,3	0,1	11,0	44,0	91,39
Madagascar	0,3	3,7	0,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,56
Malawi	0,3	1,0	0,1		0,0	0,0	0,0	7,4	1,9	0,1	0,3	2,52
Malasia	26,3	302,8	25,2	0,0	0,0	2,0	2,7	59,7	14,9	142,7	570,7	639,81
Maldivas	0,3	0,2	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,33
Mali	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,25
Malta	3,3	9,1	0,8		0,0	0,0	0,0	3,0	0,8	10,3	41,3	46,18
Islas Marshall	0,3	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,32
Mauritania	0,3	3,8	0,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,57
Maurício	0,6	2,8	0,2		0,0	0,0	0,0	6,0	1,5	11,6	46,5	48,86

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
México	34,0	1302,1	108,5	0,8	3,8	1,3	1,8	0,0	0,0	57,3	229,3	377,36
Micronesia (Estados Federados de)	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3		0,0	0,0	0,31
Mónaco	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Mongolia	2,7	3,7	0,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,97
Marruecos	7,0	137,3	11,4		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	18,78
Mozambique	2,4	10,8	0,9		0,0	0,0	0,0	2,7	0,7	0,0	0,0	3,99
Birmania	0,8	0,3	0,0		0,0	0,0	0,0	0,8	0,2	2,7	10,7	11,72
Namibia	2,7	11,3	0,9		0,0	0,0	0,0	2,3	0,6	0,3	1,0	5,20
Nauru	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,31
Nepal	4,0	0,2	0,0		0,0	0,0	0,0	7,0	1,8	1,4	5,7	11,43
Países Bajos	206,7	17102,9	1425,2	3,3	16,7	168,3	223,9	23,3	5,8	300,7	1202,7	3.080,90
Nueva Zelandia	173,0	374,7	31,2	0,1	0,4	36,7	48,8	41,3	10,3	179,3	717,3	981,07
Nicaragua	2,0	40,2	3,3		0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	5,59
Níger	0,3	2,0	0,2		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,48
Nigeria	0,5	8,0	0,7		0,0	0,0	0,0	2,0	0,5	0,0	0,0	1,67

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Niue	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Noruega	139,3	4994,8	416,2	0,5	2,5	131,3	174,7	22,0	5,5	106,0	424,0	1.162,22
Omán	1,7	10,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	1,0	0,0	0,0	3,55
Pakistán	5,3	31,8	2,7		0,0	0,0	0,0	10,0	2,5	0,0	0,0	10,49
Palaos	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	1,0	1,31
Panamá	2,3	66,7	5,6		0,0	0,0	0,0	3,7	0,9	0,3	1,0	9,81
Papua Nueva Guinea	5,0	1,1	0,1		0,0	0,0	0,0	10,5	2,6	0,0	0,0	7,72
Paraguay	0,8	30,3	2,5		0,0	0,0	0,0	3,5	0,9	0,0	0,0	4,15
Perú	13,3	102,0	8,5		0,0	4,3	5,8	11,0	2,8	0,2	0,7	31,02
Filipinas	17,5	58,5	4,9	0,0	0,0	6,0	8,0	9,5	2,4	0,0	0,0	32,73
Polonia	222,0	14342,6	1195,2	0,1	0,6	0,8	1,0	148,7	37,2	51,7	206,7	1.662,62
Portugal	348,3	3576,6	298,0		0,0	0,0	0,0	21,7	5,4	296,3	1185,3	1.837,12
Qatar	0,8	17,0	1,4		0,0	0,1	0,1	2,7	0,7	0,0	0,0	2,94
República de Corea	96,7	7183,9	598,6	0,4	2,1	141,7	188,4	99,7	24,9	0,1	0,3	911,05
República de Moldavia	3,7	24,8	2,1		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	5,7	11,40
Rumania	14,7	161,8	13,5	0,1	0,6	4,7	6,2	7,3	1,8	15,0	60,0	96,81

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Federación Rusa	58,7	1839,8	153,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	211,98
Ruanda	0,2	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,27
San Cristóbal y Nieves	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Santa Lucía	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,2	0,7	1,17
San Vicente y las Granadinas	0,3	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,38
Samoa	0,3	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,32
San Marino	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Santo Tomé y Príncipe	0,1	8,5	0,7		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,86
Arabia Saudita	13,0	646,4	53,9	0,3	1,3	1,7	2,2	73,0	18,3	0,8	3,0	91,58
Senegal	0,5	1,0	0,1		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,58
Serbia	3,3	2294,1	191,2	0,3	1,3	0,1	0,1	2,0	0,5	10,3	41,3	237,70
Seychelles	0,3	0,4	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,34
Sierra Leona	0,3	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,32
Singapur	6,0	120,8	10,1	0,0	0,0	2,0	2,7	13,3	3,3	0,3	1,0	23,06
Eslovaquia	37,0	3126,6	260,5	0,7	3,3	9,0	12,0	95,7	23,9	7,0	28,0	364,76
Eslovenia	48,7	1638,6	136,5	1,8	8,8	13,7	18,2	1,7	0,4	58,7	234,7	447,22

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Islas Salomón	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		0,0	0,00
Somalia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Sudáfrica	248,7	775,9	64,7	0,1	0,4	0,0	0,0	147,3	36,8	1,0	4,0	354,58
España	210,0	66370,3	5530,6	0,0	0,0	93,7	124,6	159,7	39,9	1334,0	5336,0	11.241,13
Sri Lanka	10,3	10,8	0,9		0,0	0,0	0,0	23,0	5,8	0,3	1,0	17,98
Sudán	0,6	0,5	0,0		0,0	0,0	0,0	9,5	2,4	0,0	0,0	3,04
Surinam	0,3	1,6	0,1		0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,44
Suazilandia	0,0		0,0		0,0	0,0	0,0		0,0		0,0	0,00
Suecia	204,0	9757,3	813,1	15,0	75,0	231,7	308,1	4,3	1,1	60,3	241,3	1.642,61
Suiza	255,0	10840,6	903,3	7,0	35,0	186,3	247,8	90,7	22,7	348,7	1394,7	2.858,50
República Árabe Siria	1,1	88,6	7,4		0,0	12,3	16,4	29,0	7,3	0,0	0,0	32,12
Tayikistán	0,1	2,8	0,2		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,35
Tailandia	51,0	444,7	37,1	0,0	0,0	0,0	0,0	72,7	18,2	20,7	82,7	188,89
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,2	15,5	1,3		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,7	78,7	80,12
Timor-Leste	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Togo	0,3	0,8	0,1		0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,57

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Tonga	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,32
Trinidad y Tobago	2,0	4,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0	3,8	0,0	0,0	6,15
Túnez	20,3	125,5	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	1,2	0,0	0,0	31,96
Turquía	6,7	6230,4	519,2	0,0	0,0	0,0	0,0	171,3	42,8	0,0	0,0	568,68
Turkmenistán	0,8	1,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,90
Tuvalu	0,0		0,0		0,0		0,0				0,0	0,00
Uganda	27,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	10,5	2,6	0,0	0,0	29,63
Ucrania	84,0	572,1	47,7		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	131,67
Emiratos Árabes Unidos	2,3	105,1	8,8	0,2	0,8	0,4	0,6	5,3	1,3	0,3	1,0	14,82
Reino Unido	1857,7	24016,0	2001,3	6,3	31,7	511,7	680,5	218,7	54,7	1227,0	4908,0	9.533,77
República Unida de Tanzania	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Estados Unidos de América	20303,3	658716,3	54890,8	1080,7	5403,3	39070,3	51963,5	4119,0	1029,8	14900,0	59600,0	193.190,79
Uruguay	5,3	111,3	9,3		0,0	0,0	0,0	2,3	0,6	0,7	2,7	17,86
Uzbekistán	3,0	14,3	1,2		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,0	7,19
Vanuatu	0,3	0,3	0,0		0,0	0,1	0,2		0,0	0,0	0,0	0,47
Venezuela	6,3	304,9	25,4	0,0	0,0	6,0	8,0	5,3	1,3	2,0	8,0	49,05

PAÍS	CONSUMO PROMEDIO DE MORFINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE FENTANILLO ENTRE 2006 Y 2008 (G)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE HIDROMORFONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE OXICODONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE PETIDINA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO PROMEDIO DE METADONA ENTRE 2006 Y 2008 (KG)	EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)	CONSUMO TOTAL DE EQUIVALENTE DE MORFINA (KG)
Vietnam	16,0	251,1	20,9	0,0	0,0	0,0	47,7	11,9	14,3	57,3	106,17	
Yemen	0,3	31,7	2,6		0,0	0,0	2,7	0,7	0,0	0,0	3,56	
Zambia	0,8	1,2	0,1		0,0	0,0	13,0	3,3	0,0	0,0	4,10	
Zimbabwe	5,0	0,5	0,0		0,0	0,0	13,0	3,3	0,0	0,0	8,29	

Cuadro 4: Cálculo del porcentaje de pacientes con cáncer y SIDA terminal que podrían ser tratados usando todos los opioides fuertes consumidos

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Afganistán	n/a	109,07		n/a
Albania	15,35	22,36	68,6%	2.526
Argelia	17,56	96,26	18,2%	2.891
Andorra	4,36	0,94	464,4%	718
Angola	6,87	102,61	6,7%	1.130
Antigua y Barbuda	0,00	0,70	0,0%	-
Argentina	385,91	311,12	124,0%	63.524
Armenia	3,64	31,69	11,5%	599
Australia	6.393,50	197,50	3237,2%	1.052.428
Austria	3.118,58	95,64	3260,7%	513.347
Azerbaiyán	8,33	38,80	21,5%	1.372
Bahamas	3,70	2,12	174,4%	609
Bahréin	4,62	1,97	234,2%	761
Bangladesh	37,60	438,93	8,6%	6.190
Barbados	5,86	2,29	255,6%	964
Bielorrusia	17,34	96,11	18,0%	2.854
Bélgica	3.355,92	143,44	2339,6%	552.415

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Belice	n/a	1,22		n/a
Benín	0,77	36,15	2,1%	127
Bhután	0,26	1,97	13,1%	43
Bolivia	0,00	66,90	0,0%	-
Bosnia-Herzegovina	124,08	30,11	412,0%	20.424
Botswana	2,11	52,66	4,0%	348
Brasil	1.252,12	1,029,14	121,7%	206.110
Brunéi Darussalam	0,71	1,01	70,3%	117
Bulgaria	249,40	79,77	312,7%	41.054
Burkina Faso	0,35	82,40	0,4%	58
Burundi	0,54	65,61	0,8%	89
Camboya	0,55	86,73	0,6%	91
Camerún	0,00	197,93	0,0%	-
Canadá	19.258,76	339,59	5671,1%	3.170.166
Cabo Verde	0,42	1,25	33,9%	70
República Centroafricana	0,25	49,57	0,5%	41
Chad	0,37	74,08	0,5%	62
Chile	128,41	108,90	117,9%	21.137
China	4.738,40	8.950,40	52,9%	779.984

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Colombia	243,38	195,67	124,4%	40.062
Comoras	0,00	1,56	0,0%	-
Congo	0,51	33,65	1,5%	84
Islas Cook	0,66	0,04	1537,4%	108
Costa Rica	20,79	20,58	101,0%	3.422
Costa de Marfil	0,77	240,91	0,3%	127
Croacia	502,89	61,16	822,3%	82.780
Cuba	28,98	93,51	31,0%	4.771
Chipre	10,83	4,73	228,8%	1.782
República Checa	595,90	144,07	413,6%	98.090
República Democrática de Corea	18,67	109,89	17,0%	3.073
República Democrática del Congo	5,06	440,61	1,1%	832
Dinamarca	2.512,62	77,76	3231,1%	413.601
Yibuti	0,00	5,04	0,0%	-
Dominica	0,38	0,56	67,4%	62
República Dominicana	7,63	67,09	11,4%	1.256
Ecuador	16,29	60,79	26,8%	2.681
Egipto	68,92	221,49	31,1%	11.345
El Salvador	18,26	25,75	70,9%	3.006

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Guinea Ecuatorial	n/a	5,89		n/a
Eritrea	0,50	16,67	3,0%	82
Estonia	73,13	17,62	415,0%	12.038
Etiopía	3,00	522,23	0,6%	494
Fiji	n/a	2,20		n/a
Finlandia	939,94	52,00	1807,6%	154.722
Francia	10.534,57	825,05	1276,8%	1.734.086
Gabón	0,26	14,62	1,8%	43
Gambia	0,00	7,40	0,0%	-
Georgia	30,25	18,92	159,9%	4.980
Alemania	32.199,70	1.045,42	3080,1%	5.300.362
Ghana	12,00	142,28	8,4%	1.976
Grecia	1.032,19	133,79	771,5%	169.908
Granada	0,51	0,81	62,9%	84
Guatemala	12,77	49,45	25,8%	2.102
Guinea	0,00	44,06	0,0%	-
Guinea-Bissau	0,00	8,14	0,0%	-
Guyana	0,56	5,05	11,0%	92
Haití	0,41	54,22	0,8%	68

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Honduras	0,00	34,98	0,0%	-
Hungría	607,08	159,89	379,7%	99.931
Islandia	44,50	2,74	1622,5%	7.326
India	492,35	4.155,81	11,8%	81.046
Indonesia	149,62	986,66	15,2%	24.628
Irán (República Islámica de)	7.555,79	231,30	3266,6%	1.243.751
Irak	4,59	123,41	3,7%	755
Irlanda	1.158,16	44,18	2621,7%	190.643
Israel	899,72	48,78	1844,4%	148.101
Italia	6.712,53	792,07	847,5%	1.104.943
Jamaica	6,97	20,05	34,7%	1.147
Japón	2.353,10	1.564,87	150,4%	387.341
Jordania	30,54	18,08	168,9%	5.026
Kazajistán	13,93	116,76	11,9%	2.293
Kenia	24,51	532,51	4,6%	4.035
Kiribati	0,00	0,16	0,0%	-
Kuwait	8,00	3,08	260,2%	1.317
Kirguistán	36,01	20,39	176,6%	5.927
República Democrática Popular Lao	0,84	20,55	4,1%	139

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Letonia	45,28	28,52	158,8%	7.453
Líbano	14,65	16,29	89,9%	2.411
Lesotho	0,78	55,54	1,4%	128
Liberia	n/a	17,00		n/a
Jamahiriya Árabe Libia	11,49	15,06	76,3%	1.891
Lituania	100,85	37,87	266,3%	16.601
Luxemburgo	91,39	5,04	1812,9%	15.043
Madagascar	0,56	58,56	1,0%	92
Malawi	2,52	268,66	0,9%	415
Malasia	639,81	116,05	551,3%	105.319
Maldivas	0,33	2,38	13,7%	54
Mali	0,25	65,48	0,4%	41
Malta	46,18	3,63	1270,4%	7.601
Islas Marshall	0,32	0,25	126,0%	53
Mauritania	0,57	12,23	4,7%	94
Mauricio	48,86	4,91	994,8%	8.042
México	377,36	380,53	99,2%	62.116
Micronesia (Estados Federados de)	0,31	0,26	122,0%	52
Mónaco	n/a	0,34		n/a

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Mongolia	2,97	20,33	14,6%	489
Marruecos	18,78	70,68	26,6%	3.091
Mozambique	3,99	302,38	1,3%	656
Birmania	11,72	268,66	4,4%	1.928
Namibia	5,20	35,24	14,7%	855
Nauru	0,31	0,04	743,1%	51
Nepal	11,43	88,95	12,8%	1.882
Países Bajos	3.080,90	201,34	1530,2%	507.144
Nueva Zelandia	981,07	39,86	2461,3%	161.493
Nicaragua	5,59	19,92	28,1%	920
Níger	0,48	68,66	0,7%	79
Nigeria	1,67	1.052,97	0,2%	274
Niue	n/a	0,0		n/a
Noruega	1.162,22	56,58	2054,1%	191.312
Omán	3,55	5,81	61,0%	584
Pakistán	10,49	470,18	2,2%	1.726
Palaos	1,31	0,06	2213,3%	216
Panamá	9,81	15,91	61,6%	1.614
Papua Nueva Guinea	7,72	17,60	43,8%	1.271

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Paraguay	4,15	27,70	15,0%	684
Perú	31,02	172,16	18,0%	5.106
Filipinas	32,73	242,45	13,5%	5.387
Polonia	1.662,62	470,20	353,6%	273.683
Portugal	1.837,12	123,46	1488,1%	302.407
Qatar	2,94	1,03	286,6%	484
República de Corea	911,05	408,05	223,3%	149.967
República de Moldavia	11,40	27,07	42,1%	1.877
Rumania	96,81	210,06	46,1%	15.936
Federación Rusa	211,98	1.374,10	15,4%	34.894
Ruanda	0,27	92,61	0,3%	45
San Cristóbal y Nieves	n/a	0,26		n/a
Santa Lucía	1,17	0,96	122,1%	192
San Vicente y las Granadinas	0,38	0,75	51,2%	63
Samoa	0,32	0,51	62,1%	53
San Marino	n/a	0,42		n/a
Santo Tomé y Príncipe	0,86	0,55	156,1%	142
Arabia Saudita	91,58	57,64	158,9%	15.075
Senegal	0,58	52,40	1,1%	96

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Serbia	237,70	112,67	211,0%	39.127
Seychelles	0,34	0,44	77,5%	57
Sierra Leona	0,32	33,55	1,0%	53
Singapur	23,06	27,27	84,6%	3.796
Eslovaquia	364,76	57,54	634,0%	60.043
Eslovenia	447,22	26,69	1675,7%	73.617
Islas Salomón	0,00	0,89	0,0%	-
Somalia	n/a	37,37		n/a
Sudáfrica	354,58	1.171,96	30,3%	58.367
España	11.241,13	512,81	2192,1%	1.850.392
Sri Lanka	17,98	98,36	18,3%	2.960
Sudán	3,04	211,74	1,4%	501
Surinam	0,44	2,59	17,1%	73
Suazilandia	0,00	31,42	0,0%	-
Suecia	1.642,61	102,13	1608,3%	270.389
Suiza	2.858,50	81,49	3507,9%	470.536
República Árabe Siria	32,12	28,75	111,7%	5.288
Tayikistán	0,35	12,73	2,8%	58
Tailandia	188,89	621,03	30,4%	31.093

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Ex República Yugoslava de Macedonia	80,12	17,77	450,8%	13.189
Timor-Leste	n/a	2,20		n/a
Togo	0,57	45,57	1,2%	93
Tonga	0,32	0,29	108,5%	53
Trinidad y Tobago	6,45	8,82	69,7%	1.012
Túnez	31,96	21,88	146,1%	5.260
Turquía	568,68	290,49	195,8%	93.610
Turkmenistán	0,90	14,88	6,1%	149
Tuvalu	0,00	0,04	0,0%	-
Uganda	29,63	398,46	7,4%	4.877
Ucrania	131,67	460,45	28,6%	21.675
Emiratos Árabes Unidos	14,82	3,73	397,7%	2.439
Reino Unido	9.533,77	793,59	1201,3%	1.569.345
República Unida de Tanzania	0,00	529,81	0,0%	-
Estados Unidos de América	193.190,79	2.977,00	6489,5%	31.800.953
Uruguay	17,86	39,31	45,4%	2.940
Uzbekistán	7,19	56,49	12,7%	1.184
Vanuatu	0,47	0,55	85,5%	77
Venezuela	49,05	98,34	49,9%	8.074

PAÍS	Consumo total de equivalente de morfina (kg)	Morfina necesaria para tratar pacientes con SIDA y cáncer (kg)	% de necesidad	Cantidad de pacientes con cáncer o VIH/SIDA que podrían ser tratados con el consumo anual de opioides fuertes (promedio de 2006-2008)
Vietnam	106,17	374,46	28,4%	17.477
Yemen	3,56	55,70	6,4%	586
Zambia	4,10	291,05	1,4%	674
Zimbabwe	8,29	594,52	1,4%	1.365

Estado global del tratamiento del dolor

El acceso a cuidados paliativos como derecho humano

Cada año, decenas de millones de personas en todo el mundo padecen dolor severo y otros síntomas que debilitan su salud causados por enfermedades como cáncer y VIH/SIDA. A través de entrevistas en varios países, Human Rights Watch ha documentado casos de pacientes cuyo sufrimiento era tan intenso que preferían morir antes que vivir con ese dolor.

Este padecimiento es en gran parte innecesario, dado que existen medicamentos para el dolor seguros, económicos y efectivos, y podrían brindarse servicios de cuidados paliativos a bajo costo para atender las necesidades físicas, psicológicas y sociales de pacientes gravemente enfermos.

Pese a ello, en la mayoría de los países la disponibilidad de analgésicos fuertes es casi nula y los cuidados paliativos son un aspecto relegado del servicio de salud. Esta situación vulnera el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

El presente informe emplea datos sobre consumo de medicamentos analgésicos que se encuentran disponibles públicamente para mostrar que existe una enorme necesidad insatisfecha de tratamientos contra el dolor. También presenta los resultados de una encuesta realizada a trabajadores de la atención de la salud en 40 países sobre los obstáculos que impiden brindar un tratamiento del dolor y cuidados paliativos más efectivos.

El informe *Estado global del tratamiento del dolor* insta a los gobiernos a evaluar la necesidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor en sus respectivos países y a identificar y abordar de manera sistemática los obstáculos al acceso, en cumplimiento de sus obligaciones conforme al derecho internacional. Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y los organismos de fiscalización de drogas de Naciones Unidas, deberían apoyar las iniciativas de los países destinadas a erradicar el padecimiento innecesario del dolor.

Mary Njoki, trabajadora de atención de la salud de la comunidad, habla con una madre de niños mellizos durante una visita domiciliar el 6 de marzo de 2010, en Mathare, un barrio marginal de Nairobi. Njoki enseñó a la madre a aplicar un medicamento para tratar una afección de la piel que padecen sus hijos, pero no ha recibido capacitación para evaluar el dolor ni tiene acceso a medicamentos analgésicos.

© 2010 Brent Foster

