

Vida privada. Derecho a la salud. Adicciones

TEDH, *Affaire Abdyusheva et autres c. Russie*, 26 de noviembre de 2019

Por Juan Ignacio Lozano¹

Introducción

En el fallo que comentaré se analiza la prohibición del tratamiento de sustitución con metadona y buprenorfina por parte de la Federación de Rusia a ciudadanos con consumos problemáticos de heroína. El planteo radicaba en si esta negación de tratamiento violaba el derecho a la intimidad y equivalía a un trato discriminatorio.

I. Hechos de caso

La causa se originó en tres solicitudes contra la Federación de Rusia de personas adictas a la heroína. Informan sobre períodos alternados de consumo de drogas y remisión. Afirman que han sido hospitalizados varias veces en centros médicos para curas de desintoxicación y que sufrieron una recaída inmediata al salir de esos centros.

¹ Doctor en Ciencias Sociales (IDES-UNGS). Licenciado y Magíster en Trabajo Social (UNLP). Profesor Adjunto regular (UNLP). Jefe de Trabajos Prácticos regular y Profesor Adjunto interino (UNLu) Integrante de RESET, Políticas de Drogas y Derechos Humanos.

La historia de los demandantes es muy interesante. El primero de ellos, informa que es consumidor de drogas, incluidos estimulantes y heroína, desde 1994. Ya desde 1997 hay intervención en dispositivos de salud, en una institución médica estatal para el tratamiento de las personas que sufren de drogadicción. Acudió allí desde 1996 al 2000, en tratamiento de desintoxicación. En 2010, presentó a la clínica su solicitud de tratamiento de sustitución de opioides con metadona, manifestando que el tratamiento de sustitución de opioides era recomendado por la OMS como un método eficaz para combatir la drogadicción y el SIDA. Sin embargo, el planteo fue rechazado porque no está contemplado en los protocolos de política pública sanitaria del país.

Ante los rechazos, el demandante fue apelando a tribunales que fueron denegando el tratamiento. Es de destacar que se le diagnosticó hepatitis C y VIH, presuntamente por contaminación como resultado del uso de jeringas usadas.

La historia de la segunda demandante es similar al anterior: ha estado usando opiáceos desde 1984, con varios tratamientos en diferentes centros de toxicología entre 1984 y 2009. De los datos médicos surge que ha sido diagnosticada bajo un “síndrome de adicción a los opiáceos de nivel medio”. Solicitó el acceso al tratamiento de sustitución de opiáceos con metadona y buprenorfina, que le fue negado en varias oportunidades. También se le detectó hepatitis C y VIH. Había estado utilizando opiáceos desde los 17 años, había hecho por lo menos 12 intentos de tratar su adicción, sus períodos de abstinencia habían durado solo dos o tres semanas y había reanudado el uso de opiáceos después de esos períodos. Por un viaje de trabajo, en otro país conoció el tratamiento de sustitución. Con ello pudo estar en remisión en un período de tiempo como nunca antes había experimentado. Sin embargo, esta experiencia tampoco fue contemplada por los tribunales rusos.

El último demandante ha estado usando opiáceos desde 1994. Entre 1996 y 2012, ha tratado de combatir su adicción visitando regularmente una institución médica estatal para el tratamiento de desintoxicación. El solicitante afirma estar infectado con el VIH y el virus de la hepatitis C. De la historia clínica surge que consumía drogas desde los 16 años, había dejado de consumirlas mientras estaba detenido y después de haber completado un programa de rehabilitación titulado “las 12 etapas”. Había reanudado el uso de opiáceos, había desarrollado una mayor tolerancia a los opiáceos, mostraba una reacción de abstinencia si dejaba de usarlos, daba prioridad al uso de drogas en detrimento de su vida familiar y profesional y seguía usando drogas a pesar de las consecuencias.

Los tres demandantes presentaron informes profesionales particulares que sugieren tratamiento de reemplazo, y también han tenido problemas legales, imputaciones de delitos leves, por contravenciones, multas, por deambular, lo que los estimuló a apelar y pedir en una instancia mayor que sean reconocidos en sus problemas de consumo problemático, las consecuencias asociadas en la salud y el aumento de criminalización y judicialización de sus vidas cotidianas.

II. El marco legal interno

La Orden del Gobierno de Rusia No. 681, de 30 de junio de 1998, sobre estupefacientes y sustancias sicotrópicas y sus precursores sometidos a fiscalización, contiene tres listas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. La lista I contiene sustancias cuyo uso está prohibido. La metadona está en esta lista. La lista II contiene sustancias cuyo uso está restringido y prevé la introducción de medidas de fiscalización para ellas. La buprenorfina está en esta lista.

La Ley Federal N° 3-FZ sobre estupefacientes y sustancias sicotrópicas, de 8 de enero de 1998, permite el uso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas de la lista II para fines médicos. Sin embargo, se prohíbe el uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas incluidas en la lista II para el tratamiento médico de la drogadicción. La misma ley prohíbe la circulación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas incluidas en la lista I, salvo para fines de investigación científica, investigación forense e investigación policial.

En la Resolución N° 40 del año 2004 la Organización Mundial de la Salud presentó las “Directrices para el tratamiento con asistencia farmacológica y psicosocial de las personas dependientes de opiáceos”; el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas invitó a la OMS a que estableciera y publicara requisitos mínimos y directrices internacionales para el tratamiento con asistencia farmacológica y psicosocial de las personas dependientes de opiáceos.

En el documento de la OMS titulado “Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS”, en la sección 24.5, la metadona y la buprenorfina son medicamentos de la lista suplementaria de medicamentos para el tratamiento de la adicción. En la lista suplementaria se especifica que la metadona y la buprenorfina solo deben utilizarse en el marco de un programa de gestión codificado.

III. La demanda ante el TEDH

Los demandantes alegan que la falta de tratamiento de sustitución con metadona y buprenorfina para su dependencia de los opiáceos equivale a una violación de su derecho a la intimidad, reconocido en el artículo 8 del CEDH.

La respuesta del gobierno ruso es que la metadona y la buprenorfina pertenecen a la familia de los opiáceos, siendo adictivas y similares a otros opiáceos. Indican que la metadona es una sustancia altamente tóxica, que causa complicaciones para los órganos internos, y que su eliminación del cuerpo es más lenta que la de la heroína, lo que aumentaría el riesgo de sobredosis si se toman conjuntamente la metadona y la heroína. Ponen como ejemplo a los Estados Unidos de América, donde la tasa de muertes relacionadas con los opiáceos recetados por los médicos ha aumentado en dos tercios, por lo que la metadona representa un mayor riesgo para la salud pública.

El Gobierno indicó, además que la metadona y la buprenorfina no curan la drogadicción, sino que, por el contrario, la causan y la agravan. De hecho, según el Gobierno, la metadona y la buprenorfina

no tienen un efecto eufórico, por lo que los pacientes las utilizan junto con la heroína para obtener ese efecto. El uso concomitante de esas dos sustancias y de otras drogas agravaría los trastornos mentales y del comportamiento y aumentaría el riesgo de una sobredosis mortal. Por consiguiente, la metadona no llevaría a una remisión duradera, sino al policonsumo.

Tampoco observan que dichos tratamientos de sustitución de opioides tengan un efecto positivo en la prevención del VIH. Cita trabajos científicos que, según cree, prueban que la metadona causa la replicación del VIH e inhibe la inmunidad humoral y celular. Sin embargo, considera que el tratamiento convencional de drogas que se ofrece en Rusia, basado en la abstinencia, excluye completamente el riesgo de transmisión del VIH.

Levantar la prohibición del uso de metadona y buprenorfina para las personas dependientes de opiáceos debe considerarse una solicitud de legalización de drogas, medida que queda a su discreción en materia de salud pública.

IV. La sentencia del TEDH

La Corte evaluó que el artículo 3 de la Convención consagra uno de los derechos más fundamental para las sociedades democráticas: prohíbe en términos absolutos la tortura y tratos o penas inhumanos o degradantes. Sin embargo, para caer bajo esta disposición, los malos tratos deben llegar un mínimo de gravedad.

Para el TEDH no hay evidencia de que la negación de tratamientos de sustitución se base en una actitud dirigida a humillar a los adictos.

Tampoco la Corte encuentra alegatos de sufrimiento infligido por agentes estatales. Señala además que otras denuncias de malos tratos, presuntamente contrarias en el artículo 3 de la Convención, son completamente infundadas. Para la Corte no hay diferencia en el tratamiento de las personas dependientes de opiáceos en comparación con personas con otras enfermedades mencionadas por los solicitantes.

Por lo expuesto anteriormente, en principio solo acepta tratar la solicitud de una de las personas demandantes, y posteriormente por seis votos contra uno concluye que no ha habido violación del artículo 8 de la Convención.

V. Consideraciones a partir del fallo analizado

Resulta de interés el voto en disidencia, que afirma que, en síntesis, las autoridades nacionales se inmiscuyeron en la elección de los solicitantes de tratamiento de sustitución de opioides, que es crucial ya que les permitiría sobrevivir.

La elección toca el núcleo duro del artículo 8 de la Convención y se inscribe en la noción de autonomía personal. En su opinión, el Tribunal evaluó erróneamente el margen de apreciación del que goza

el Gobierno para regular tratamientos de sustitución de opioides. Además, incluso considerando que la Corte entendió acertadamente que este margen de maniobra es amplio, la naturaleza absoluta de la prohibición de buprenorfina y metadona constituye, para el voto disidente, una violación del artículo 8 de la Convención. La sentencia dictada por la Corte impacta, así, las vidas de miles de consumidores de opiáceos para obtener tal tratamiento en Rusia, más allá de una falta de consenso real sobre la eficacia de los tratamientos de sustitución de opiáceos.

IV. Conclusión

Solo en nuestro país, 1 de cada 11 pacientes con consumo problemático tiene acceso al sistema sanitario. De igual manera, esa sola persona que llega a una guardia, a un consultorio externo o a alguna institución de salud mental recibe una atención con demora y de manera discontinua.

En este sentido, una de las claves a pensar es la accesibilidad. Es un gran desafío además porque del universo de personas que usan drogas, alrededor del 10% presenta consumos problemáticos, y de los mismos, no todos ni en todo momento ponen en riesgo a su persona o a un tercero. Esto implica trabajar sobre el total en políticas de reducción de riesgos y daños, y ofrecer y acercar a ese porcentaje de población tratamientos, siempre que exista obviamente un consentimiento.

Dentro de los padecimientos de salud mental, el de los consumos problemáticos es uno de los más estigmatizados, operando discursos sobre la responsabilización individual, y una serie de prejuicios que los ubican como mentirosos, manipuladores, peligrosos, que no quieren cambiar, principalmente.

Como correlato a ello se afianza y consolida una lógica tutelar, con una infantilización y por momentos demonización de los usuarios de drogas. El prohibicionismo, encarnado en una propuesta de carácter abstencionista, es la moneda corriente en las instituciones. Las mismas funcionan mayoritariamente como islas, sin establecer lazos más allá de la red primaria que presenten los usuarios de los dispositivos, dejando de lado la importancia de trabajar intersectorialmente y mucho menos favoreciendo la participación comunitaria en salud.

Existe entonces una baja accesibilidad a los tratamientos, además de diversos estigmas hacia las personas usuarias y una ley de drogas que persigue y criminaliza a aquellos que posean estupefacientes para uso personal. Si bien las instituciones sanitarias no tienden a la inclusión y el sistema penal castiga, muchas veces los profesionales tampoco consiguen la adherencia al tratamiento de estos usuarios en situación problemática con sustancias, dado que generalmente se realizan intervenciones cargadas de sesgos estigmatizantes vulnerando la autonomía de los pacientes, conociendo la vulnerabilidad de esta población.

En el caso analizado, se observa la similitud de trayectorias de vida de los demandantes, donde los distintos efectores, primero de salud, luego de justicia, deniegan pensar en la centralidad de las per-

sonas a la hora de elaborar respuestas a sus problemas. Como intentaron probar, existe evidencia y conocimiento científico sobre respuestas positivas en sustitución de drogas.

Resulta indispensable proponer rondas de debate entre profesionales de distintas disciplinas, como también usuarios para coconstruir nuevos discursos y cogestionar abordajes a los consumos problemáticos integrales, incluyendo la demanda del paciente. Repensar las respuestas de abordaje para pasar de ajustar a las personas a los tratamientos estandarizados a tratamientos acordes a las particularidades de las personas.