



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE DERECHO

**El derecho a los cuidados paliativos en el ordenamiento
jurídico peruano: Dignidad y grandeza de la persona en la
enfermedad**

Tesis para optar el Título de
Abogado

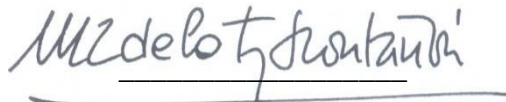
**Nora Alejandra Lescano Rebaza
María de Fátima Moreno Hidalgo**

**Asesor(es):
Dra. María del Rosario de la Fuente Hontañón**

Piura, setiembre de 2024

Aprobación

La tesis titulada “El derecho a los cuidados paliativos en el ordenamiento jurídico peruano: dignidad y grandeza de la persona en la enfermedad”, presentada por las bachilleras María de Fátima Moreno Hidalgo y Nora Alejandra Lescano Rebaza en cumplimiento con los requisitos para obtener el Título de Abogado, fue aprobada por el director de tesis Dra. María del Rosario de la Fuente Hontañón.


Director de tesis





Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Nora Alejandra Lescano Rebaza, egresado del **Programa Académico** de Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI N° 47716847.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo final titulado:
“El derecho a los cuidados paliativos en el ordenamiento jurídico peruano: dignidad y grandeza de la persona en la enfermedad”
El mismo que presento bajo la modalidad de **Tesis**¹ para optar el Título profesional² de Abogado.
2. Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.
 - María de Fátima Moreno Hidalgo, identificado con DNI N° 47481747
3. La asesoría del trabajo estuvo a cargo de:
 - Dra. María del Rosario de la Fuente Hontañón, identificado con DNI N° 07794207
4. El texto de mi trabajo final respeta y no vulnera los derechos de terceros o de ser el caso derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para la cual he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.
5. El texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico.
6. La investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.
7. Declaro que mi trabajo final cumple con todas las normas de la Universidad de Piura.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Fecha: 11/06/2024.

Firma del autor optante³

¹ Indicar si es tesis, trabajo de investigación, trabajo académico o trabajo de suficiencia profesional.

² Grado de Bachiller, Título profesional, Grado de Maestro o Grado de Doctor.

³ Idéntica al DNI; no se admite digital, salvo certificado.



Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, María de Fátima Moreno Hidalgo, egresado del **Programa Académico** de Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI N° 47481747.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo final titulado:
“El derecho a los cuidados paliativos en el ordenamiento jurídico peruano: dignidad y grandeza de la persona en la enfermedad”
El mismo que presento bajo la modalidad de **Tesis**¹ para optar el Título profesional² de Abogado.
2. Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.
 - Nora Alejandra Lescano Rebaza, identificado con DNI N° 47716847
3. La asesoría del trabajo estuvo a cargo de:
 - Dra. María del Rosario de la Fuente Hontañón, identificado con DNI N° 07794207
4. El texto de mi trabajo final respeta y no vulnera los derechos de terceros o de ser el caso derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para la cual he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.
5. El texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico.
6. La investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.
7. Declaro que mi trabajo final cumple con todas las normas de la Universidad de Piura.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Fecha: 11/06/2024.

Firma del autor optante³

¹ Indicar si es tesis, trabajo de investigación, trabajo académico o trabajo de suficiencia profesional.

² Grado de Bachiller, Título profesional, Grado de Maestro o Grado de Doctor.

³ Idéntica al DNI; no se admite digital, salvo certificado.

Dedicatoria

A las personas que más amo en mi vida, mis maravillosos hijos Micaela y Thiago, por ser la mayor motivación para lograr mis sueños.

A mis abuelos Antonio y Nora, por enseñarme a nunca rendirme y brindarme siempre tanto amor.

A mis abuelos Abraham y Rosa, por el cariño y tiempo compartido.

A mi madre, por ser mi ejemplo de fortaleza y confiar siempre en mí. Este logro es para ella.

A mis adorados hermanos Sergio y Joaquín, espero se sientan siempre orgullosos de su hermana mayor.

A mis queridos tíos, July, Bruce, Marco, Carli, Juan Carlos y mis primos David, Ethan, Grace, Antonella, Bianca y Dante a quienes he sentido cerca siempre pese a la distancia.

A mi padre, por impulsarme a terminar esta tesis y por su apoyo brindado.

Nora Alejandra Lescano Rebaza

A mi padre, Polivio Antonio Moreno Florián, quien murió luchando contra una enfermedad terminal y me enseñó que la fortaleza de espíritu está por encima de los dolores físicos. Gracias papá, cada palabra de este trabajo es para ti.

A mi amadísimo esposo Kevin, mi mejor amigo, mi mano derecha y mi compañero de vida.

A mis adorados hijos, Mariana y Salvador, mi mayor alegría, motivación y dicha.

A mi madre María Ana Hidalgo y mis hermanos Miguel Ángel y Juan Antonio, a quienes quiero mucho.

A mi familia política por el apoyo y benigno afecto, el mismo que es recíproco. Siempre gracias, Eliana, Miguel y Josué.

A todos los que quiero y que me quieren.

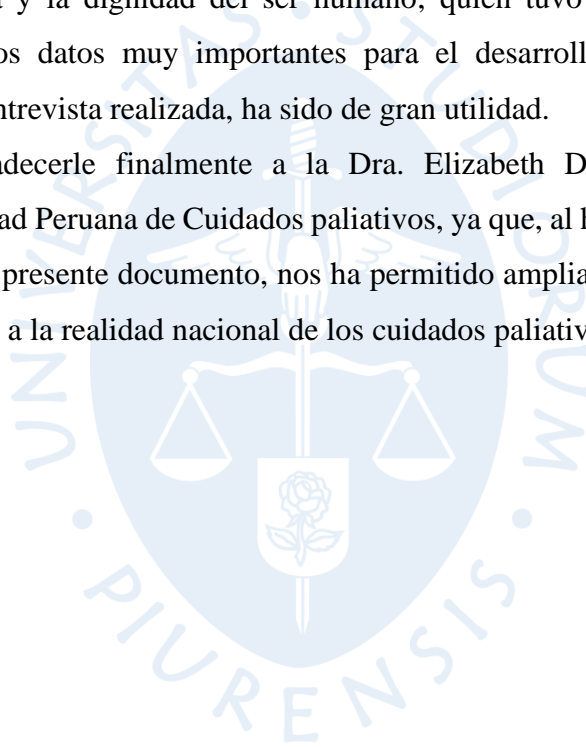
María de Fátima Moreno Hidalgo

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestra directora de tesis, la Dra. María del Rosario de la Fuente Hontañón, quien con su conocimiento, sabiduría, motivación, paciencia y gran empatía nos ha permitido realizar esta investigación dentro de una especialidad tan humana como la que desarrollamos en este trabajo. Esperamos que este texto permita expandir el conocimiento respecto al derecho esencial a los cuidados paliativos, así como también el derecho a tener una vida, y por qué no, una muerte digna.

A su vez, agradecemos a la Dra. Carmen de la Fuente Hontañón, vicepresidente de Paliativos Sin Fronteras (PSF), Miembro Internacional de Association Hospice Palliative Care (IAHPC), Miembro European Association Palliative Care y demás organizaciones que protegen los derechos a la vida y la dignidad del ser humano; quien tuvo la buena disposición de apoyarnos y brindarnos datos muy importantes para el desarrollo de esta investigación. Valoramos mucho la entrevista realizada, ha sido de gran utilidad.

Deseamos agradecerle finalmente a la Dra. Elizabeth Díaz Pérez de Valtolina, presidente de la Sociedad Peruana de Cuidados paliativos, ya que, al haber contribuido a través de una entrevista en el presente documento, nos ha permitido ampliar nuestros conocimientos y perspectivas respecto a la realidad nacional de los cuidados paliativos



Resumen

En el presente trabajo se realiza un estudio respecto al desarrollo de los cuidados paliativos desde un enfoque histórico, internacional, nacional y jurídico. Se lleva a cabo una investigación respecto a su importancia como derecho esencial a la salud, y su absoluta recomendación y aplicación para preservar la vida, la calidad de sobrevivencia en enfermos terminales o con enfermedades crónicas, enalteciendo la dignidad de todo ser humano hasta el final de sus vidas.



Tabla de contenido

Introducción.....	12
Capítulo 1 La importancia del reconocimiento de los cuidados paliativos como derecho humano a la salud.....	13
1.1 El derecho fundamental a la salud	13
1.1.1 Derechos fundamentales, constitucionales y humanos	13
1.1.2 El derecho fundamental a la salud y su contenido esencial	15
1.1.3 Definición de dignidad humana y el derecho a la vida.....	18
1.2 Eutanasia ¿existe un derecho de acabar con la propia vida?	21
1.3 El ser humano y su derecho para vivir dignamente hasta el último momento	25
1.4 Algunos casos peruanos relevantes.....	29
1.4.1 María Benito y su decisión de retirar el soporte vital	29
1.4.2 El caso de Ana Estrada.....	37
Capítulo 2 Aspectos generales de los cuidados paliativos.....	47
2.1 Definición de los cuidados paliativos	47
2.2 Fundadora de los cuidados paliativos	50
2.3 Movimiento hospice	52
2.4 Cuidados paliativos: clasificación y principios	54
2.4.1 Esfuerzo terapéutico: adecuación y límites.....	61
2.4.2 Los opiáceos como herramienta para combatir el dolor	63
2.5 La Organización Mundial de la salud y los cuidados paliativos.....	66
2.6 Los cuidados paliativos en países en desarrollo	68
2.7 Cuidados paliativos en el mundo: La internacionalización de una nueva filosofía sobre cuidados paliativos	73
Capítulo 3.....	80
Aspectos éticos y jurídicos sobre los cuidados paliativos.....	80
3.1 La importancia de los cuidados paliativos como servicio de salud en el Perú	80
3.2 Breve análisis a la Ley N.º 30846 y a la Resolución Ministerial N.º 939- 2021/MINSA y su anexo	82
3.3 Los cuidados paliativos como un reto para los servicios de salud.....	89
3.4 Los principales problemas para la implementación de los cuidados paliativos en el Perú	92
3.5 El Estado Peruano y su rol activo en la implementación de los cuidados paliativos	94

3.6 Posibles mecanismos utilizados por el Estado para que los ciudadanos logren acceder a los cuidados paliativos	96
Conclusiones	99
Referencias.....	101
Normas legales.....	113
Anexos	115
Anexo A. Entrevista a la Dra. Carmen de la Fuente Hontañón.....	115
Anexo B. Entrevista a la Dra. Elizabeth Díaz Pérez de Valtolina.....	120



Lista de tablas

Tabla 1	Cantidad de equipos paliativos.....	70
Tabla 2	Asociaciones de cuidados paliativos	70
Tabla 3	Distribución de opioides.....	71
Tabla 4	Estimación de población objetiva según acciones	88



Lista de figuras

Figura 1	Medición del dolor	63
Figura 2	Escalera analgésica.....	64
Figura 3	Atlas cuidados paliativos.....	69
Figura 4	Deficiencias en el plan	85
Figura 5	Objetivos general y específico del plan.....	86
Figura 6	Análisis presupuestal del periodo 2011-2018	88
Figura 7	Tasa de mortalidad por cáncer.....	89



Introducción

Es el ser humano y su dignidad el punto de partida que motiva el desarrollo del presente texto, siendo la ciencia médica una herramienta que deberá colocarse al servicio de la vida, aun cuando ello implique no tener la posibilidad de curar una enfermedad, pero sí de aliviar el sufrimiento de todo aquel que en condición de enfermo crónico y terminal requiere de una atención integral, que busque apaciguar los dolores físicos, mentales y psíquicos tanto del enfermo que padece el sufrimiento; como de su familia, quien acompaña la agonía de un ser amado.

La dignidad, concepto inalienable e inherente al ser humano nos indica que las políticas públicas deberán estar encaminadas a preservar la condición humana hasta el final, rescatándola del dolor, y no eliminándola, como busca actuar la eutanasia.

Los cuidados paliativos como tales actúan cuando todo esfuerzo para lograr la recuperación del paciente se ha terminado, dejando de lado el ensañamiento terapéutico, se abre la puerta a realizar todo tipo de actuaciones y cuidados posibles, y favorecer en la última etapa de la existencia corpórea una vida serena, dentro de todo aquello que fuese posible dentro de una fase crítica.

Para el correcto desempeño de estos cuidados, se deberá contar con una estructura dinámica, compuesta tanto por especialistas en cuidados paliativos, como profesionales en la salud, psicólogos, psiquiatras y sacerdotes, en caso el credo del paciente así lo requiera.

Por ello, dentro de esta “estructura dinámica” no podemos dejar de lado la implicancia que tiene el desarrollo normativo en la regulación, protección y desarrollo de textos que permitan la correcta implementación de los cuidados paliativos como requisitos inherentes de todo enfermo que curse una enfermedad crónica y terminal, siendo esto parte del derecho a la salud de todo ser humano.

La manera en cómo vive un ser humano, el desarrollo y evolución que éste llegue a tener, debería determinar la importancia que como sociedad le demos también al morir, y que, al hacerlo, nunca perdamos de vista que somos seres con dignidad y merecedores de una muerte sin sufrimiento.

Capítulo 1

La importancia del reconocimiento de los cuidados paliativos como derecho humano a la salud

1.1 El derecho fundamental a la salud

La Constitución de 1993, al igual que la Constitución de 1979, mantiene características que buscan la prevalencia de la democracia y de un Estado Social, y lo que sus características básicas implican¹: “la existencia de condiciones materiales mínimas para alcanzar sus deberes primordiales y la identificación del Estado con los fines de su contenido social”, ello establecido por Tribunal Constitucional Peruano, en su Sentencia 008-2033-AI/TC,2003².

El Estado Peruano coloca como eje central de nuestra sociedad a la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad, esto contemplado en el artículo 1 de la Constitución Política del Perú³. Por otro lado, el artículo 7 de la Constitución Política⁴ recoge que, “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

El artículo 44 de la Constitución⁵ dispone además que es prioridad para el Estado promover el bienestar general, fundamentado en la justicia y el desarrollo integral de sus ciudadanos. Por ello, el derecho a la salud, es un derecho fundamental para este desarrollo integral que se debe alcanzar para todos los integrantes del Estado Peruano.

1.1.1 Derechos fundamentales, constitucionales y humanos

Para determinar la diferencia entre derechos fundamentales y derechos constitucionales que se advierte de la lectura a nuestra Constitución Política, corresponde atender la expresión del profesor Luis Castillo Córdova: “Una definición básica de derechos constitucionales es la siguiente: derechos reconocidos –expresa o implícitamente– en la Constitución. Es básica porque se está definiendo al derecho con el nombre de la norma que lo contiene”⁶, de esta forma

¹ Landa, César. Derecho y medicina, una perspectiva legal sobre la salud. Constitucionalización del derecho fundamental a la salud. Themis 2021, Lima-Perú, p. 17,

² Tribunal Constitucional. Sentencia 008-2023-AI/TC. (Alva Orlandini, J., Gonzales Ojeda, M., y García Toma, V.), 2003, 5 de octubre. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2003/00008-2003-AI.html>

³ Constitución Política del Perú. Artículo 1: la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

⁴ Constitución Política del Perú. Artículo 7: Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

⁵ Constitución Política del Perú. Artículo 44: Son deberes primordiales del Estado: defender la soberanía nacional; garantizar la plena vigencia de los derechos humanos; proteger a la población de las amenazas contra su seguridad; y promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación. Asimismo, es deber del Estado establecer y ejecutar la política de fronteras y promover la integración, particularmente latinoamericana, así como el desarrollo y la cohesión de las zonas fronterizas, en concordancia con la política exterior.

⁶ Revista “Foro Jurídico”. El significado del contenido esencial de los derechos fundamentales. Castillo Córdova Luis. 2014, Lima – Perú, p. 143

el autor refiere que a *prima facie* se podría advertir que “todos son derechos constitucionales al estar recogidos en la Constitución, lo que permitiría hablar de derechos constitucionales fundamentales y de derechos constitucionales no fundamentales”⁷.

Sin embargo, se advierte que la Constitución reconoce mecanismos de protección de derechos con una misma eficacia constitucional⁸, aunado a ello de la lectura al artículo 3 de la Carta Magna se advierte que la enumeración de los derechos catalogados como fundamentales bajo el artículo 2 no excluye otros que la propia Constitución garantiza (constitucionales), situación que advierte no existe semejante diferencia. Así, se adopta la postura clara del profesor Luis Castillo “la expresión derechos fundamentales o derechos constitucionales se hace alusión a lo mismo, a la constitucionalización de una serie de exigencias humanas que, formuladas como bienes humanos, son debidos a la persona por ser tal. Está legitimado, por tanto, el empleo de una u otra expresión”⁹.

Por otra parte, cuando se analiza el concepto de derechos humanos, nuevamente importa acotar lo expuesto por el mismo autor: “Los bienes humanos es lo debido a la persona humana por ser tal y es lo debido porque es lo que le corresponde por tener la naturaleza y dignidad humanas, por eso se formulan como bienes jurídicos vinculantes. Y es que en la medida que se habla de título y deuda, se habla de derecho. Estos bienes humanos que corresponden a la persona humana (deuda) por tener naturaleza y dignidad humana (título) son derechos humanos”¹⁰. Respecto este tipo de derechos humanos, nuestro Tribunal Constitucional informa que estos gozan de preexistencia al Estado y la Sociedad, situación que importa resaltar en la medida que su existencia como bien humano no se encuentra condicionada a su regulación en norma constitucional o inferior¹¹.

Para este jurista “derechos humanos y derechos fundamentales vienen a ser lo mismo y no podía ser de otra manera cuando detrás de unos y otros está la persona. La legitimidad y consiguiente validez de esa constitucionalización dependerán de su ajustamiento a las exigencias del derecho humano. Esta afirmación, introduciendo la categoría “contenida”, puede reformularse de la siguiente manera: La validez del contenido constitucional de un derecho fundamental dependerá de su ajustamiento al contenido esencial del derecho humano”¹².

⁷ Ibidem. p. 144

⁸ Constitución Política del Perú. Artículo 200

⁹ Revista “Foro Jurídico”. El significado del contenido esencial de los derechos fundamentales. Castillo Córdova Luis. 2014, Lima – Perú, p. 144

¹⁰ Ibidem p. 145

¹¹ Sentencia del expediente 4637-2006-PA/TC, F.J. 45

¹² Revista “Foro Jurídico”. El significado del contenido esencial de los derechos fundamentales. Castillo Córdova Luis. 2014, Lima – Perú, p. 146.

Al respecto, importa destacar que “el contenido esencial de un derecho fundamental equivale al contenido constitucional del mismo. En uno y otro caso, la justicia de su formulación dependerá de su ajustamiento a las exigencias del bien humano (jurídico) que les da sentido”¹³. Para nuestro Tribunal Constitucional “el contenido esencial de un derecho fundamental es la concreción de las esenciales manifestaciones de los principios y valores que lo informan, su determinación requiere un análisis sistemático de este conjunto de bienes constitucionales, en el que adquiere participación medular el principio-derecho de dignidad humana, al que se reconducen, en última instancia, todos los derechos fundamentales de la persona”¹⁴.

Así, es posible concluir que los derechos fundamentales, constitucionales y humanos comparten el concepto de referencia como bien necesario y debido a la persona que lo perfecciona como ser.

1.1.2 El derecho fundamental a la salud y su contenido esencial

De acuerdo con la jurista María González “El derecho a la salud permite la realización de otros derechos humanos sobre todo el derecho a la vida. Este último es un derecho humano reconocido en diversos instrumentos internacionales y en la Constitución del Estado Peruano”¹⁵. De acuerdo con el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se precisa: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Importa acotar que, si bien nuestra Carta Magna no recoge el derecho a la salud en el artículo 2 de Derechos Fundamentales de la Persona, este si es referido en el artículo 7 del capítulo de los derechos sociales y económicos:

Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Importa resaltar que el máximo intérprete de la Constitución ya ha reconocido el carácter de derecho fundamental que ostente el derecho a la salud en nuestro ordenamiento jurídico¹⁶, justamente por su estrecha vinculación al derecho a la vida¹⁷:

¹³ Ídem

¹⁴ Sentencia emitida en expediente 1417-2005-AA/TC de fecha 08 de julio de 2005, F.J. 21.

¹⁵ González Luna, María Alejandra. El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional. Revista Actualidad Jurídica. N° 198. p. 164

¹⁶ Sentencia del expediente 02945-2003-PA/TC

¹⁷ Constitución Política del Perú. Artículo 2.- Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.

28. La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida, y la vinculación entre ambos derechos es irresoluble, ya que la presencia de una enfermedad o patología puede conducirnos a la muerte o, en todo caso, desmejorar la calidad de la vida.

De acuerdo con el Tribunal Constitucional, el derecho a la salud guarda una conexión intrínseca con el derecho a la vida, conforme se desarrolla en la sentencia recaída en el expediente 01429-2002-PHC/TC:

Fundamento 14. Si bien el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales, su inescindible conexión con el derecho a la vida (art. 2°), a la integridad (art. 2°) y el principio de dignidad (art. 1° y 3°), lo configuran como un derecho fundamental indiscutible, pues, constituye “condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” (art. 1, Título Preliminar de la Ley N.º 26842, General de Salud). Por ello, deviene en condición necesaria del propio ejercicio del derecho a la vida y, en particular, a la vida digna. De otra parte, siempre que el derecho a la integridad resulte lesionado o amenazado, lo estará también el derecho a la salud, en alguna medida. Sin embargo, son también posibles supuestos en que se afecte de manera directa y grave el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social en condiciones normales. La salud resulta un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que incide en mayor o menor medida en la vida del individuo, dependiendo de sus condiciones de adaptación. Teniendo como base esta apreciación gradual de la salud, la protección del derecho a la salud importa la tutela de un mínimo vital, fuera del cual el deterioro orgánico impide una vida normal o un grave deterioro de ésta. Debe tenerse presente que la vida no es un concepto circunscrito a la idea restrictiva de peligro de muerte, sino que se consolida como un concepto más amplio que la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Por esta razón, es indispensable la consideración de la vida en dignidad que, en este caso, se manifiesta como vida saludable.

Así, se aprecia de forma categórica que el derecho a la salud constituye un bien necesario y esencial de la persona, vinculado a otros bienes (derechos) de igual importancia que permiten su satisfacción y desarrollo. Nuestro ordenamiento define como el contenido esencial del derecho fundamental a la salud de la siguiente forma¹⁸:

¹⁸ Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente 7231-2005-PA/TC de fecha 29 de agosto de 2006.

1. El derecho a la salud constituye un derecho constitucional. Conforme al artículo 7 de la Constitución, “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad (...), así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. (...)”. El contenido o ámbito de protección de este derecho constitucional consiste en la “facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo”. (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 12, segundo párrafo). El derecho a la salud, entonces, “se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado” (STC 1429-2002-HC/TC, FJ 13). Este doble aspecto del derecho a la salud se orienta ciertamente a posibilitar un *estado pleno de salud*.
2. La *conservación* del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuanto ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud. En consecuencia, una *denegación* arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una *restricción arbitraria* de la prestación, una *perturbación* en el goce de la misma o, finalmente, una *exclusión* o *separación* arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud.

Finalmente, corresponde a su vez tener presente algunas posturas del Tribunal Constitucional respecto al derecho a la vida, bien fundamental y esencia intrínseca del hombre:

– Sentencia en el expediente 01535-2006-PA/TC de fecha 31 de enero de 2008

Fundamento 82: "actualmente, la noción de Estado social y democrático de Derecho concreta los postulados que tienden a asegurar el mínimo de posibilidades que tornan digna la vida. La vida, entonces, ya no puede entenderse tan solo como un límite al ejercicio del poder, sino fundamentalmente como un objetivo que guía la actuación positiva del Estatuto, el cual ahora se compromete a cumplir el encargo social de garantizar, entre otros, el derecho a la vida y a la seguridad".

Fundamento 83: "Nuestra Constitución Política de 1993 ha determinado que la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado; la persona está consagrada como un valor superior, y el Estado está obligado a protegerla. El cumplimiento de este valor supremo supone la vigencia irrestricta del derecho a la vida, pues este derecho constituye su proyección; resulta el de mayor

connotación y se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos, ya que el ejercicio de cualquier derecho, prerrogativa, facultad o poder no tiene sentido o deviene inútil ante la inexistencia de vida física de un titular al cual puedan serle reconocidos tales derechos".

– Sentencia del expediente 03378-2019-PA/TC de fecha 05 de marzo de 2020

Fundamento 33: (...) En virtud de los derechos a la vida y al libre desarrollo, estos aseguran a todas las personas una vida digna y libre, es decir, la capacidad para formular autónomamente sus proyectos de vida, los cuales son libres de construir a partir de su individual modelo de virtud y, desde luego, de poderlos alcanzar.

Así, es posible advertir la naturaleza intrínseca que ostenta el derecho a la salud junto al derecho a la vida y otros que, como es posible advertir, exigen en nuestro sistema jurídico y Estado de Derecho la exigencia de conservar y reestablecer un estado de salud en la persona; y que, además, aunque no exista una posibilidad de aplicar un tratamiento que logre que el enfermo recupere la salud (en el aspecto curativo); no se le abandone; sino que se apliquen medidas para conservar su derecho a la vida y la salud, como derechos fundamentales, hasta el momento de su muerte.

1.1.3 Definición de dignidad humana y el derecho a la vida

Para analizar el término de dignidad humana y el derecho a la vida, es importante reconocer que implica poseer naturaleza humana, para ello Javier Hervada¹⁹, nos dice que esto constituye el ser del hombre entendido en su última esencia, y que hablar de declaraciones o pactos nacionales o internacionales de derechos humanos, despojan al hombre de lo que le corresponde por su propia estructura ontológica, así como también la estructura que lo compone. El hombre, posee entonces a título natural derechos inherentes a su propia naturaleza humana.

Es así que el derecho a la vida es un derecho natural “originario y primario”²⁰ al ser humano, presente desde el inicio de la humanidad, y que va más allá de posturas religiosas o construccionistas, la vida se debe “porque sí” a todo hombre.

Para Alegre Martínez, el derecho a la vida, responde a una apreciación valorativa que solo al legislador le corresponde realizar; pero que sin embargo es una cualidad humana previa al derecho y que supera los límites del ámbito jurídico²¹. A fecha presente es una lástima que

¹⁹ Hervada Javier, Introducción Crítica al Derecho Natural. Colección Jurídica de la Universidad de Piura, 1999, p. 108.

²⁰ Ibidem. p. 113.

²¹ Alegre Martínez, M. A., “Apuntes sobre el derecho a la vida en España: Constitución, jurisprudencia y realidad”, Revista de Derecho Político, N°. 53, 2002, p. 345

la vida de los seres humanos y su dignidad jueguen un papel netamente politizado y que se mueva por intereses muchas veces personales, permitiendo que legisladores dejen de lado lo “natural e inherente” a nuestra especie.

La vida es un principio, un presupuesto ontológico²² algo fundamental del existir del ser humano, del que se derivan todo ámbito jurídico de libertad, desarrollo autónomo y demás. Entonces, el derecho sustantivo debe ser únicamente una herramienta para normar el ejercicio de vivir y las consecuencias del despliegue de esta libertad. La vida, se crea por un principio universal, en el que la voluntad carece de injerencia, por más que resulte importante en muchas ocasiones, como por el ejemplo en el supuesto de consentimiento informado²³

El hombre es un “alguien” no es un “qué”, es un sujeto, y no un objeto, porque es poseedor de dignidad, la dignidad de ser una persona²⁴. La declaración universal de los Derechos Humanos, recoge en su artículo 6 que todo ser humano tiene un núcleo de juridicidad consustancial a su propia persona, y este, debe ser reconocido por todos los entes que conformen la sociedad, sobre todo, la comunidad política²⁵.

Chueca Rodríguez indica “Todo derecho fundamental posee, precisamente por su ubicación en la Constitución, un doble aspecto. De un lado supone la delimitación de un espacio de disposición, de ejercicio de facultades por el sujeto titular del derecho, que se impone frente a los poderes públicos: un derecho fundamental puede ser visto, así como un derecho más. Pero junto a este plano, o aspecto subjetivo, el derecho fundamental posee un aspecto objetivo, ligado por supuesto al hecho de que todo precepto constitucional es supremo, es decir, se impone a toda otra norma jurídica. Esto significa que todo derecho fundamental implica una obligación activa, de comportamiento acorde con la optimización del ejercicio del derecho fundamental por parte de su titular. Los poderes públicos vienen así exigidos a la realización de acciones u omisiones dirigidas a tal fin²⁶”

²² Torres del Moral, A., Principios de Derecho Constitucional español, Madrid, Servicio de Publicaciones Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid, 4º. ed., 1998, pp. 289 290. Bustos Puché, E., Manual sobre bienes y derechos de la personalidad, Madrid, Dykinson, 1997, pp. 81 y 85. García Cuadrado, A. M., Sistema constitucional de derechos y libertades, Alicante, Ed. Club Universitario, 3º ed., 2000, tomo I, p. 194. El propio Tribunal Constitucional (STC 53/1985, FJ 3), ha afirmado que la vida “es el derecho fundamental, esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”.

²³ Piccinni, Mariassunta, e Mazzoni Cosimo Marco, “La persona física”. Per riferimenti all’elaborazione giurisprudenziali in materia, prima della legge n. 219, Milano, Italia, 2017, cit. 32.

²⁴ Novoa Monreal, Eduardo, “Derecho a la vida privada y a la libertad de información, un conflicto de derechos”, Siglo XXI Editores, Sexta edición, Argentina, 2001, pp. 20 y ss

²⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 6: “*Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica*”.

²⁶ Chueca Rodríguez, R. “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, en DS. Vol. 16, 2008, XVI Congreso “Derecho y Salud”, p. 2.

Nogueira²⁷, defiende que la vida constituye un bien jurídico constitucional objetivo y un derecho de defensa, no disponible para la persona, por tal, el ejercicio sobre la propia vida no se convierte en un derecho de libertad o de libre disposición sobre ella, dejando de lado así cualquier posibilidad de permitir la eutanasia o alguna forma de suicidio.

En cuanto a la dignidad, la misma va de la mano con el ejercicio de vivir de todo ser humano, la vida deber ser entonces, una vida digna; por ello, constituciones como la alemana²⁸, en su artículo 1 y la Constitución Española²⁹, en su artículo 10, recogen el respeto y la intangibilidad de la dignidad humana, y las vinculan con todos poderes del Estado. Es entonces la dignidad una característica básica que debería ser propia de toda vida, sin embargo, lejos de ser un presupuesto aceptado por todas las sociedades y los ciudadanos que las integran, como un derecho adscrito al ser humano, se ha convertido en un bien jurídico controvertido, diríamos fracturado y alejado de un consenso universal³⁰.

La dignidad como concepto tiene orígenes bíblicos³¹, por ello podríamos otorgarle un significado sagrado³² y que acompaña al ser humano a lo largo de toda su vida³³. Respecto a la dignidad, se pueden considerar dos nociones que nos permiten entender por qué el hombre es un ser que posee dignidad, para ello Andorno³⁴, nos habla de la dignidad ontológica, la misma que es está unida de manera inseparable al ser humano, es entonces el valor del hombre por el simplemente hecho de existir. Entenderemos hasta este punto que todos somos dignos, estemos sanos o no, estemos postrados o no, seamos enfermos terminales o no.

Por otro lado, Martínez Morán³⁵, nos da la segunda noción de dignidad, y detalla la dignidad ética, es decir, la manera en que el ser humano actúa u obra. En ese sentido, somos dignos si actuamos de acuerdo con lo que nosotros somos, entonces, el respecto a la vida propia

<https://www.google.com/search?q=el+derecho+a+la+vida+incluye+la+integridad+fisica+y+moral&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:es-ES:IE-Address&ie=&oe=>. Consultado en Pádova, 17 de abril de 2019

²⁷ Nogueira, Humberto. “El Derecho a la Vida”. Ed. Librotecnia, Santiago, 2007, p. 49

²⁸ Constitución Alemana, art. 1, inciso 1: Protección de la dignidad humana, vinculación de los poderes públicos a los derechos fundamentales. La dignidad humana es intangible. Respetarla y protegerla es obligación de todo poder público.

²⁹ Constitución española, art. 10, inciso 1: 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

³⁰ Papacchini, Ángelo, “Derecho a la Vida”, Editorial Universidad del Valle, Cali, Colombia, 2010, pp. 10 y ss.

³¹ Villegas (ss.cc.), B. (1991). La dignidad vulnerable. La dignidad humana según la Biblia. *Revista Estudios Públicos*, (44), 5-16. <https://www.estudispublicos.cl/index.php/cep/article/view/1417>

³² Spaemann, R. Sobre el concepto de dignidad humana. *Revista Persona y Derecho*, (19), 1988, pp. 13-33. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/12656>.

³³ Vial Correa, J. y Rodríguez Guerro, A. La dignidad de la persona humana, desde la fecundación hasta la muerte. *Acta Bioethica*, 15 (1), 2009, pp. 55-64, <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/1417>.

³⁴ Cfr. Andorno, R (2012). *Bioética y dignidad de la persona/Roberto Andorno.*, (2a Ed),pp. 67-82.

³⁵ Cfr. Martínez Moran, N. “La dignidad humana en las investigaciones biomédicas”. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, (32), 2004, pp. 165-206.

o ajena, es una manera directa de ser dignos, y el no considerar la vida como un “derecho disponible” nos mantiene dentro de lo que la ética mínimamente exige.

En el caso peruano, la dignidad está fuertemente vinculada con la protección de los derechos fundamentales, por ello la interpretación que realicen nuestros jueces, siempre debe estar basada en una interpretación *pro homine*³⁶. Se ha llegado a plantear que la dignidad, “se erige como un verdadero derecho fundamental”³⁷ y un valor y principio constitucional.³⁸

Nos planteamos entonces, ¿Cómo la vida se ha convertido en un “decisión” de algunos legisladores? ¿Cómo se puede dejar de lado los valores inherentes a todo ser humano y la dignidad que nos diferencia de otros seres vivos? Es el ser humano y los frentes de defensa a la vida aquellos determinados a buscar preservar nuestra esencia.

1.2 Eutanasia ¿existe un derecho de acabar con la propia vida?

Según la Real Academia de la Lengua Española, la eutanasia³⁹ es: “La intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. Muerte sin sufrimiento físico”. La eutanasia, es “la muerte de un enfermo terminal provocada voluntariamente, sea a través del suministro de sustancias letales, sea a través de la omisión de los cuidados debidos. De modo más técnico, por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en sus intenciones, produce la muerte, con el objetivo de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa, por tanto, al nivel de las intenciones y de los métodos usados⁴⁰”.

Al analizar a fondo esta materia, autores como la Dra. Josefina Miró Quesada Gayoso⁴¹, indica que “la muerte digna” es tener la potestad de tener el control al final de nuestras vidas, y que no existiendo tratamiento o alternativas de mejoras a nivel de salud, la vida sería “no deseada o dolorosa”, para ella el Estado en caso busque preservar la vida de sus individuos bajo su jurisdicción estaría actuando bajo un precepto únicamente religioso (católico), considerando que la postura es contraria a lo que determina ser un Estado Laico, por ello, defensores de la eutanasia en general indican que es “inhumano” que una persona que sufre una enfermedad terminal o crónica “adolezca” o “agonice” como respuesta a tratamientos que no

³⁶ Landa Arroyo, C. Dignidad de la persona humana. *Ius et Veritas*, 2000, (21), pp. 10-25. <https://doi.org/10.18800/ius.v10i21.15957>.

³⁷ Viteri Custodio, D.D. La naturaleza jurídica de la dignidad humana: un análisis comparado de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español y el Tribunal Constitucional federal alemán. *Estudios de Derecho*, 69 (153), 2012, pp. 113-145. <https://doi.org/10.17533/udea.esde.14143>.

³⁸ Idem.

³⁹ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario, actualización 2023 <https://dle.rae.es/eutanasia>

⁴⁰ Muñoz Góngora, Y. Eutanasia: ¿derecho derivado de la dignidad de la persona? *Apuntes de Bioética*, 4(1), 2021, pp. 144-165. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.615>

⁴¹ Miró Quesada Gayosa, Josefina. La muerte bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos. *THEMIS-Revista de Derecho*, N° 78. julio-diciembre 2020, pp. 503-519. e-ISSN: 2410-9592.

logran obtener la cura o mejoría y que contrario a ello, solo enervan el desgaste tanto físico como emocional de dichos pacientes.

Países Bajos, ha sido el primer país en legalizar la eutanasia, fue así que, en enero del año 1990, se dio la primera muerte calificada como eutanásica a nivel mundial, Ineke Stinissen fue la primera mujer en recibirla⁴².

Al día de hoy la eutanasia es legal en los siguientes países⁴³: Colombia, España, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Nueva Zelanda.

Si nos situamos al final de la vida del ser humano, y en lo que indica la ética y la moral, debemos conocer que mínimamente todos nosotros deseamos terminar nuestra vida en “paz”, que el final de nuestro camino sea pacífico y acompañado de los nuestros; pero ¿qué es morir en paz?, el Dr. Gómez Sancho⁴⁴ nos dice que la “obstinación terapéutica” está lejos de ser una manera tranquila de preservar la vida, y mucho menos de alcanzar la muerte, contrariamente a lo que consideran los defensores de la eutanasia, aquellos que buscan preservar la muerte digna o están contra la eutanasia, no persiguen bajo ninguna circunstancia el llamado “encarnizamiento terapéutico”, y finalmente el impedir dicho “encarnizamiento” tampoco podría asimilarse como una eutanasia pasiva. La mayoría de enfermos es muy generoso y no desea ser una “carga” para sus familiares; pero lamentablemente la posibilidad de morir en casa es cada vez más complicada, dado que los hogares necesitan destinar a personas encargadas a cuidar al enfermo y a la vez trabajar para obtener los recursos que faciliten dicha atención, más aún cuando el Estado, en países en vías de desarrollo como lo es el Perú, no otorgan presupuesto para atender pacientes terminales dentro de hospitales, y mucho menos, fuera de ellas.

José Carlos de Bartolomé Cenzano⁴⁵ divide la eutanasia de la siguiente manera: “la activa, que sustancialmente produce la muerte del enfermo mediante el uso de fármacos que resultan letales; y la pasiva, que es la que consiste en la consecución de la muerte de aquel mediante la suspensión, tanto del tratamiento médico que tenía, como de su alimentación por cualquier vía”

⁴² La eutanasia y su batalla para "morir sin dolor", <https://revistamercado.do/medihealth/eutanasia-morir-sin-dolor/#:~:text=El%20primer%20caso%20fue%20el,pon%C3%ADa%20reparos%20a%20la%20pasiva.>

⁴³ Cfr. Lampert Grassi, M.P., “Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo”, en Biblioteca Nacional de Chile, Asesoría técnica parlamentaria, abril 2019, Chile, p. 14.

⁴⁴ Cfr. Dr. Gómez Sancho, Marcos. Cuidados paliativos, clase magistral en la Universidad de Deusto. video creado por Fundación Pía Aguirreche, Bilbao 31 de enero de 2024: <https://www.youtube.com/watch?v=9Reroy8iF7s>

⁴⁵ Bartolomé Cenzano José Carlos. El derecho a la vida, Nuevos retos jurídicos para su disfrute con dignidad y sostenibilidad en tiempos de crisis, Dykinson, Madrid, 2020, pp 197 – 232

En el Perú, la eutanasia es una práctica penada por ley, así lo recoge el Artículo 112 del Código Penal⁴⁶, por su parte el Artículo 113⁴⁷ el Código Penal castiga la instigación y/o ayuda al suicidio. La muerte como proceso natural, debe entenderse como una suma de factores que confluyen en sí mismos en la muerte de un sujeto, muerte que no debe prologarse de manera arbitraria ni innecesaria, que debe respetarse, por ello el artículo 15, numeral 3, inciso e de la Ley 29414, Ley General de Salud, recoge que toda persona tiene derecho a que: “se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad”.

En países como Alemania⁴⁸ y Austria⁴⁹ se reconoce como derecho el “suicidarse”. En el caso de Alemania⁵⁰, se interpreta que la persona tiene derecho a “encontrar, desarrollar y preservar su identidad e individualidad de forma autónoma”⁵¹, lo que incluye un “derecho a una muerte autodeterminada”, y por ende un “derecho al suicidio”⁵².

En Austria, se consideró meses después al reconocimiento de Alemania⁵³ (sobre el derecho a suicidarse) la posibilidad de que pacientes con enfermedades neurológicas degenerativas puedan acabar con su vida.

Por otra parte, Portugal e Italia, se pronuncian contra la eutanasia como una forma de protección del Estado y su deber de preservar la vida. En el caso de Portugal⁵⁴, por tercera vez se ha declarado inconstitucional la ley que pretender la “anticipación de una muerte medicamente asistida”. En el caso de Italia⁵⁵, la Corte Constitucional de este mismo país,

⁴⁶ Artículo 112.- “El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”.

⁴⁷ Artículo 113.- “El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”.

⁴⁸ Wolfgang, Dick. Ayudar a morir vuelve a ser legal en Alemania. 26 de febrero de 2020, <https://www.dw.com/es/ayudar-a-morir-vuelve-a-ser-legal-en-alemania/a-52544838>

⁴⁹ Euronews. Austria legaliza el suicidio asistido. 17 de diciembre de 2021, <https://es.euronews.com/2021/12/17/austria-legaliza-la-eutanasia>

⁵⁰ Cfr. Sentencia de 26 de febrero de 2020, 2 BvR 2347/15 y otros. Para algunos comentarios en lengua castellana, véanse, por ejemplo, COCA, 2020, pp. 501 y siguientes; Dell’orsi, 2020, pp. 213 y siguientes; Cámara Villar, 2021, pp. 48 y siguientes; MORESO, 2021, pp. 77 y siguientes; Peñaranda, 2021, pp. 201 y siguientes. En lengua italiana, véanse especialmente Fornasari, 2020, p. 1 y siguientes; Romano, 2021, pp. 33 y siguientes.

⁵¹ Cfr. Sentencia 2BvR 2347/15, párrafo 207. Corte de Karlsruhe – Alemania.

⁵² Cfr. Sentencia 2BvR 2347/15, párrafo 208. Sobre el carácter sorprendente de este reconocimiento general, desvinculado de cualquier referencia a una situación de sufrimiento determinado por una enfermedad (como, en cambio, era usual en el debate sobre el ayuda al suicidio), véase Peñaranda A (2021), p. 215, y allí referencias al debate alemán sobre la decisión del BverfG (Tribunal Constitucional Federal de Alemania).

⁵³ Cfr. Sentencia G 139/2019-71 de 11 de diciembre de 2020. Sobre esta decisión, véase Cámara Villar (2021), p 48; Peñaranda, 2021, pp. 219 y siguientes. Tribunal Austriaco.

⁵⁴ Constenla, Tereixa. El Tribunal Constitucional portugués frena la tercera versión de la ley de eutanasia por su “intolerable indefinición”. El País, 31 enero 2023, <https://elpais.com/sociedad/2023-01-31/el-tribunal-constitucional-portugues-frena-la-tercera-version-de-la-ley-de-eutanasia-por-su-intolerable-indefinicion.html>

⁵⁵ Sentencia 50/2022 Corte Constitucional Italiana. <https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2022/03/03.03-Italia.pdf>

mediante una sentencia del año 2022 ha declarado la inadmisibilidad de un referéndum que solicitaba mediante un proyecto de ley la derogación de una norma que tipificaba el homicidio con el consentimiento de la víctima⁵⁶. La sentencia 50/2022, de fecha 15 de febrero de 2022, indica que el Tribunal considera que, dicha propuesta de referéndum no contempla excepciones, por ello, los más débiles, tales como menores de edad y personas con algún tipo de retraso cognitivo, quedarían en indefensión. Por otro lado, se indicó que en dicho proyecto no se determina la manera en que se causaría la muerte, ni quien sería el encargado o autorizado para realizar el procedimiento, lo que permitiría un vacío legal, dejando puerta a que la muerte pueda ser dolorosa o configurar un eventual homicidio.

En definitiva, la Corte Constitucional Italiana, resolvió que, el bien de la vida ocupa un primer plano, y la libertad de autodeterminación no puede prevalecer de manera absoluta sobre los motivos que protegen el mismo bien; por ello, el artículo 579 del Código Penal Italiano⁵⁷, cumple ese rol, y derogarlo sin ningún tipo de límite o especificación, vulneraría la protección constitucional que merece la vida.

Francesco Viganò⁵⁸, indica que: “no puede no considerarse que legislar en temas tan éticamente cargados como la eutanasia es generalmente difícil para los parlamentos democráticamente electos, ya que muchas veces las mismas mayorías políticas están profundamente divididas en su interior sobre estos temas. Con lo cual la solución más sencilla para los mismos actores políticos puede ser precisamente la de esperar una intervención de los tribunales, los cuales tienen la obligación institucional de dar respuesta a los demandantes que reclaman verse vulnerados en la esfera más íntima de sus derechos fundamentales. Demandantes que, además, presentan al tribunal su carga de sufrimientos y exigen respuestas claras sobre las razones por las cuales la ley no les permite liberarse de ellos”. Entonces, ¿Estaría adrede el legislador peruano permitiendo que sean los tribunales quienes a través de

⁵⁶ Buj, Anna. La muerte asistida El Constitucional italiano tumba un referéndum sobre la eutanasia La Vanguardia, 15 febrero 2022. <https://www.lavanguardia.com/vida/20220215/8059991/constitucional-italiano-tumba-referendum-sobre-eutanasia.html>

⁵⁷ Código Penal Italiano: Artículo 579. (Asesinato de la parte que consiente) El que cause la muerte de un hombre, con su consentimiento, será castigado con prisión de seis a quince años. No se aplicarán las circunstancias agravantes establecidas en el artículo 61. Las disposiciones relativas al homicidio se aplicarán cuando el delito se cometa: 1.º contra una persona menor de dieciocho años; 2.º contra una persona mentalmente enferma, o que se encuentre en un estado de deficiencia mental, debido a otra enfermedad o al abuso de sustancias alcohólicas o estupefacientes; 3.º contra una persona cuyo consentimiento haya sido dado por el infractor extorsionados por la violencia, la amenaza o la sugestión, o robados por engaño. Traducido del italiano al español para fines académicos.

⁵⁸ Viganó, Francesco: “Eutanasia y derechos fundamentales”. Polít. Crim. Vol. 18 N° 36 (diciembre 2023), Art. 1, pp. 500-537. Disponible en: <https://politcrim.com/wpcontent/uploads/2023/12/Vo118N36A1.pdf>

un control difuso o concentrado de la norma puedan dar la llave para permitir casos de eutanasia? Al parecer estaríamos frente a una realidad como la que Viganó señala.

Respecto al derecho de acabar con la propia vida, no existe a fecha presente un derecho constitucional en nuestro ordenamiento jurídico que conceda un “derecho a morir”, situación opuesta con la obligación del Estado de preservar la vida de sus ciudadanos. En palabras del constitucionalista, Luis Castillo, toda persona tiene derecho a la vida, no podemos entonces extraer un “innominado” derecho a morir⁵⁹.

Los derechos humanos, son propios del ser humano quiera él o no, tal es el caso que, si una persona es secuestrada y él afectado en su derecho a la libertad decide no denunciar, de igual manera el Estado estaría en la obligación de perseguir el delito y ejercitar justicia. Sería un contrasentido que, dentro de nuestro ordenamiento jurídico, en tratados internacionales y normas de diferente índole se busque proteger y preservar el derecho a la vida, y que, a su vez, se conceda un derecho a morir.

1.3 El ser humano y su derecho para vivir dignamente hasta el último momento

Conceptos importantes como derecho a la vida, derecho a la salud, dignidad humana, naturaleza humana, muerte digna, adecuación del esfuerzo terapéutico y eutanasia, nos permiten evaluar en qué consiste vivir dignamente hasta el final.

La vida, es un derecho protegido en nuestra Constitución Política⁶⁰, entendida como un derecho fundamental, además protegido también en el Código Civil Peruano⁶¹. Tratados internacionales también se ocupan de defender el derecho a la vida^{62,63,64}. Esto nos permite precisar que la vida debe ser protegida de todo accionar que pueda ponerla en riesgo.

El bien jurídico que se protege en este derecho es la vida misma, derecho que una vez afectado lastimosamente no puede recuperarse; por eso su carácter de inviolable e inalienable.

⁵⁹ Castillo Córdova, L., Estudio introductorio a la Constitución política del Perú, 13ª edición, Ed. Ministerio de Justicia y Derechos humanos, Lima, 2019, p. 35

⁶⁰ Constitución Política del Perú: Derechos fundamentales de la persona. Artículo 2.- Toda persona tiene derecho, inciso 1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo (...)

⁶¹ Código Civil. Irrenunciabilidad de los derechos fundamentales

Artículo 5.- El derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad, al honor y demás inherentes a la persona humana son irrenunciables y no pueden ser objeto de cesión. Su ejercicio no puede sufrir limitación voluntaria, salvo lo dispuesto en el artículo 6.

⁶² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.aspla>

⁶³ Declaración Universal de la Organización de la Naciones Unidas, Artículo 3º: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

⁶⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), Artículo 4: Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. <https://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/america/CADH/1969-CADH.htm#a4>

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Huilca Tecse contra Perú*⁶⁵ (un hombre asesinado junto con su familia a manos del grupo “Colina”), establece en su sentencia del 03 de marzo del 2005, lo siguiente:

“65. Este Tribunal ha establecido que el derecho a la vida es de carácter fundamental, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Al no ser respetado el derecho a la vida, todos los derechos carecen de sentido. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.

66. El cumplimiento del artículo 4 de la Convención Americana, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. Esta protección integral del derecho a la vida por parte del Estado no solo involucra a sus legisladores, sino a toda institución estatal, y a quienes deben resguardar la seguridad (...)”.

En este sentido el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su sentencia de Caso *Pretty contra Reino Unido*⁶⁶ (una mujer con Esclerosis Lateral Amiotrófica que deseaba aplicarse la eutanasia con ayuda de su esposo), desarrolla que el derecho a la vida, no confiere un derecho opuesto al mismo, y que tampoco se puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de darle a un ser humano la posibilidad de dar muerte, en lugar de vida, ya sea por ayuda del Estado o un tercero.

En conclusión, la eutanasia no será nunca una manera de obtener una muerte digna, porque atenta de manera directa contra el derecho a la vida, la dignidad del ser humano, su

⁶⁵ Chinchilla, Fanny. Caso *Huilca Tecse Vs Perú*. Sentencia de 3 marzo de 2005 Corte Interamericana de Derechos Humanos. 26 setiembre 2007. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_121_esp.pdf

⁶⁶ En su jurisprudencia en la materia, el Tribunal ha dirigido constantemente la atención sobre la obligación del Estado de proteger la vida. En estas condiciones, no se siente convencido de que el «derecho a la vida» garantizado por el artículo 2 pueda interpretarse como algo que incluye un aspecto negativo. El artículo 2 no podría interpretarse, sin distorsión del lenguaje, como algo que confiere un derecho diametralmente opuesto, a saber, el derecho a morir; tampoco podría crear un derecho a la autodeterminación, en el sentido de dar a cualquier persona el derecho de dar la muerte en lugar de la vida. Como consecuencia, el Tribunal considera que del artículo 2 del Convenio no es posible deducir el derecho a morir, ya sea a manos de terceros o con ayuda de una autoridad pública. https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/echr_uk_2002_pretty_espanol.pdf#:~:text=El%20Tribunal%20Europeo%20de%20Derechos%20Humanos%20comunic%C3%B3%20hoy%2C,la%20vida%29%20del%20Convenio%20Europeo%20de%20Derechos%20Humanos.

esencia como tal. Desde una perspectiva religiosa, además, el Papa Francisco, mayor representante de la iglesia católica, la misma que a fecha presente cuenta con 1,390 millones⁶⁷ de miembros bautizados, indica lo siguiente en "*Samaritanus bonus*", la Carta de la Congregación para la Doctrina de la Fe⁶⁸:

“Incurable no es nunca sinónimo de ‘in-cuidable’”: quien sufre una enfermedad en fase terminal, así como quien nace con una predicción de supervivencia limitada, tiene derecho a ser acogido, cuidado, rodeado de afecto. La Iglesia es contraria al ensañamiento terapéutico, pero reitera como “enseñanza definitiva” que "la eutanasia es un crimen contra la vida humana", y que "toda cooperación formal o material inmediata a tal acto es un pecado grave" que “ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo”.

Respecto a los cuidados paliativos⁶⁹, estos deberían privilegiarse en la medida que buscan preservar la vida de los seres humanos, otorgarle alivio a su dolor, atender todo aspecto que configura al hombre visto como un ser integral.

Como sociedad hemos avanzado en la medida que el acabar con la vida de otro ser humano, está penado, tipificado como delito, si existe un ser humano que se encuentra en posición de enfermo, terminal o no, debe recibir cuidados paliativos para poder “caminar” acompañado su camino en la enfermedad. Morir en dignidad y en paz, es morir entonces con los nuestros, sin dolor, y sin abandono.

Entonces, una solución contra la eutanasia y el morir deliberadamente, es la intervención de los cuidados paliativos; los mismos que buscarán entender la concepción que el enfermo tiene sobre sí mismo, sobre su vida, sus aspiraciones, sus relaciones, credos y demás. Para todo sujeto, la enfermedad representa algo distinto, no obstante, y pese al razonamiento de cada individuo, bajo ningún supuesto se puede atentar contra la propia vida, o la de un tercero.

⁶⁷ Vatican News. Crece la cantidad de católicos en el mundo, ahora son 1.390 millones. 6 abril 2024. <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2024-04/crece-la-cantidad-de-catolicos-en-el-mundo-ahora-son-1390-millon.html>

⁶⁸ Vatican News. La eutanasia es un crimen contra la vida, Incurable bo significa ‘in curable’” <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2020-09/carta-doctrina-fe-vida-eutanasia-samaritanus-bonus-sintesis.html>

⁶⁹ Evangelista, Maurizio. Cuidados Paliativos, Situación actual, Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer? En “Capítulo IV LOS CUIDADOS PALIATIVOS. Madrid, 2006. Ediciones Palabra.p.95: Los cuidados paliativos se ocupan de modo activo y total de los pacientes que están afligidos por una enfermedad no necesaria o exclusivamente oncológica, que no responde de modo total a tratamientos específicos y cuya directa y última consecuencia es la muerte. El control del dolor, de otros síntomas y de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales es considerado de importancia fundamental y la finalidad esencial de los cuidados paliativos hay que buscarla en el logro de la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias

Por otro lado, los cuidados paliativos pueden servir como un “antídoto” contra una alternativa de caer en la eutanasia, porque permiten en los enfermos encontrar un “refugio” a los dolores que lo aquejan, tanto física, como psicológicamente, sin dejar de lado el aspecto espiritual.

Por su parte la Conferencia Episcopal Española⁷⁰, brinda argumentos para favorecer los cuidados paliativos, los mismos que están basados más que en ídoles religiosas, en la dignidad que posee todo ser humano, entiéndase, inherente a su propia naturaleza:

1. “Permite a los enfermos morir sin sufrimiento, disminuir el dolor, controlar los síntomas, de modo que el proceso de morir transcurra con dignidad, rodeados del amor familiar, de preferencia dentro del domicilio, considerando su situación médica y los cuidados que los pacientes necesiten según el caso concreto.
2. En caso la enfermedad sea incurable, se deberá aplicar la sedación paliativa, la misma que permitirá aliviar el sufrimiento del enfermo en casos de enfermedad terminal y crónica; además en fase de agonía. La sedación permite disminuir el estado de conciencia del paciente, para que este no sienta dolor, o sufrimiento intratable o insoportable. El profesional de la salud encargado de realizar la sedación paliativa deberá emplear los medicamentos idóneos para que con su actuación no provoque la muerte en el enfermo.
3. Se permite la muerte natural del paciente, descartando bajo todo supuesto la obstinación terapéutica, ya que significaría prologar la existencia del enfermo y no permitiendo su muerte natural.
4. No existe mejor manera de morir, que, estando acompañado, así es más fácil soportar la agonía, el dolor, la soledad y el miedo propio de morir; por ello es vital la compañía de profesionales de la salud capacitados, la familia y los amigos. El enfermo entonces, debería poder elegir el lugar donde morir, y la compañía espiritual, si es que la precisa”.

No menos importante es mencionar que la profesión médica, debe estar enfocada en preservar la vida y dignidad de sus pacientes, tal y como recoge el juramento hipocrático⁷¹: “A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin”. Por

⁷⁰ Conferencia Episcopal. Díptico – Eutanasia 27 febrero 2020. <https://www.conferenciaepiscopal.es/wp-content/uploads/2020/03/DIPTICO-EUTANASIA.pdf>

⁷¹ Colegio Médico de Chile. Juramento Hipocrático. <https://www.colegiomedico.cl/documentos/juramento-hipocratico/>

tanto, la posibilidad de aplicar la eutanasia debería estar alejada en su totalidad de la práctica médica.

Otros entes importantes en el mundo de la medicina, consideran la vida como un derecho invaluable; por ello la Asociación Médica Mundial (AMM)⁷², organización que representa a los médicos en el mundo, con fecha 26 de octubre de 2019 ha sido tajante respecto a la eutanasia y la ayuda al suicidio, al indicar lo siguiente: “La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”.

Es tan importante el nacimiento de un ser humano como su muerte, por ello, la dignidad debe estar presente hasta el último segundo de la existencia de un individuo; y bajo ninguna circunstancia permitir la instrumentalización de la vida, o la politización de intereses. Debe ser el Estado, con todos sus poderes, el principal actor y defensor del derecho a la vida de sus ciudadanos, evitando a toda costa que la muerte se convierta en un derecho de autodeterminación. La práctica médica no es compatible con la eutanasia, la función de los profesionales sanitarios es favorecer la vida del ser humano, su dignidad, nunca hacer daño.

1.4 Algunos casos peruanos relevantes

1.4.1 *María Benito y su decisión de retirar el soporte vital*

María Teresa Benito Orihuela (en adelante María), mujer huancaína de 66 años fue diagnosticada en el año 2014 con una enfermedad llamada Esclerosis Lateral Amiotrófica⁷³ (ELA). National Geographic, detalla que el ELA⁷⁴ es una “enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas del cerebro y la médula espinal que se encargan del movimiento voluntario de los músculos de nuestro cuerpo”.

Por otro parte Castro – Rodríguez define el ELA de la siguiente manera: “La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), también denominada como enfermedad de Lou Gehrig, es una enfermedad de carácter degenerativo, secundaria a la afectación de las neuronas motoras superiores o inferiores⁷⁵”. Esta enfermedad generó en María Benito con el tiempo, una pérdida

⁷² Asociación Médica Mundial. Asociación Médica Mundial reafirma oposición a la eutanasia y el suicidio con ayuda médica. 26 octubre 2019. <https://www.wma.net/es/news-post/asociacion-medica-mundial-reafirma-oposicion-a-la-eutanasia-y-el-suicidio-con-ayuda-medica/>

⁷³ Miró Quesada Gayoso, Josefina. María Benito: el rechazo a tratamiento médico para morir con dignidad. IDEHPUCP, 13 febrero 2024. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/maria-benito-el-rechazo-a-tratamiento-medico-para-morir-con-dignidad/>

⁷⁴ Erill Soto, Berta. Qué es la ELA, un trastorno grave y fatal del que todavía sabemos muy poco. National Geographic España, 21 febrero 2024, https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/ela-enfermedad-neuronas_20533

⁷⁵ Cfr. Castro-Rodríguez, E., Azagra, R., Gómez-Batiste, X., & Povedano, M. (2021). La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) desde la Atención Primaria. Epidemiología y características clínico-asistenciales. Atención Primaria, 53(10), 102158.

de la actividad muscular, postrándola totalmente, sobreviviendo solo gracias al soporte de un ventilador mecánico⁷⁶.

En el mes de mayo de 2023, María remite una carta a Silvia Santos Reyes, Gerente Clínico de la Red Prestacional de Rebagliati, (Carta N.028-GC-GHNERM-EsSalud-2023)⁷⁷, en la cual le solicitaba “poder retirar el ventilador mecánico, por decisión médica individual o colegiada”, ante lo cual, Santos Reyes niega dicha petición. Posterior a ello y con fecha 12 de junio de 2023, la Defensoría del Pueblo a través de un oficio, se dirige a Iván Pereyra Villanueva, Gerente General de ESSALUD tras el rechazo de revocación de ventilador mecánico a María; por ello lo conmina a lo siguiente⁷⁸:

“RECOMENDAR que la Red Asistencial Rebagliati de EsSalud reevalúe, en el más corto plazo, la solicitud que, en ejercicio de su autonomía, de su derecho a la integridad y otras libertades, ha realizado la ciudadana María Benito Orihuela para revocar el tratamiento médico de soporte vital de ventilación mecánica que viene recibiendo.

GARANTIZAR los cuidados paliativos a la señora María Benito Orihuela que le correspondan como consecuencia del estado de la enfermedad y, de manera particular, en el contexto de su decisión de revocar su consentimiento informado del tratamiento médico de soporte vital de ventilación mecánica que viene recibiendo.

ESTABLECER una pauta institucional que permita canalizar su pedido, evaluarlo adecuada y rápidamente, así como otros casos similares, tomando en cuenta la presente recomendación y los considerandos desarrollados”.

Dado que María no encontró solución a su solicitud, inicia una lucha judicial junto a su familia en setiembre de 2023, cuando interpone un recurso de Habeas Corpus en el Décimo primer juzgado constitucional contra el gerente de la red prestacional de Rebagliati y el seguro social de salud (ESSALUD), indicando que se estaba vulnerando su derecho a: “la integridad personal, derecho a no ser sometido a tortura o tratos inhumanos o humillantes y derechos conexos a la libertad individual - derecho a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a una muerte en condiciones de dignidad”; por ello, María solicita lo siguiente⁷⁹:

- “Se declare fundada la demanda y, por consiguiente, se disponga el cese de la vulneración del derecho a la libertad individual en su contenido de derecho a la

⁷⁶ Gómez Vega, Renzo. Muere María Benito, la paciente que batalló contra el sistema de salud por morir dignamente en Perú. El País, 5 mayo 2024. <https://elpais.com/america/2024-05-05/muere-maria-benito-la-paciente-que-batallo-contr-el-sistema-de-salud-por-morir-dignamente-en-peru.html>

⁷⁷ Para mayor detalle véase Resolución N.º 01 del Expediente Judicial N.º 04988-2023-0-1801-JR-DC-11

⁷⁸ Ibidem p. 39

⁷⁹ Véase escrito de demanda con fecha setiembre de 2023, consignado en el Expediente Judicial N.º 04988-2023-0-1801-JR-DC-11

integridad personal y derechos constitucionalmente conexos de la beneficiaria María Teresa Benito Orihuela.

- Se ordene a EsSalud, como entidad encargada de la gestión de las prestaciones de salud de la beneficiaria a respetar y garantizar su decisión libre e informada de rechazar los tratamientos médicos que la mantienen artificialmente en vida, como es el ventilador mecánico el cual debe ser retirado mientras la paciente esté sedada como medida paliativa para evitar mayor sufrimiento.
- Se exhorte a EsSalud a adoptar todas las medidas necesarias e idóneas para que se garantice plenamente y sin dilación la voluntad de la beneficiaria de rechazar los tratamientos médicos que la mantienen artificialmente con vida, en un plazo máximo de siete días hábiles desde que se emita la sentencia judicial a su favor, bajo apercibimiento de aplicar las medidas previstas en el artículo 27 del NCPC. En caso el Juzgado requiera que la beneficiaria ratifique su decisión, el plazo empezará a correr desde que ella lo realice, o si no pudiera comunicar su voluntad a futuro, desde que lo haga el apoyo que ha designado para tales efectos”.

María indica que el juzgado hace mal en ignorar sus derechos a la “integridad personal” concretamente su derecho a la “libertad personal” conforme se recoge en el inciso 1 del artículo 33 del Nuevo Código Procesal Constitucional⁸⁰. En el mismo sentido, alega que ESSALUD vulnera su “integridad personal” en tanto ⁸¹:

(...) 1) acentúa y prolonga los sufrimientos físicos, psíquicos y morales que ya padece, creándole una situación de precariedad al saberse sujeta al control de EsSalud e impedida de modificar en algo los sufrimientos que vive; 2) La somete a una situación de tratos crueles e inhumanos que la despoja de su dignidad; y 3) La fuerza a recibir un tratamiento médico invasivo no consentido. Señala que es importante precisar que, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la protección de tortura y malos tratos puede darse con cualquier finalidad y no necesariamente se circunscribe a personas privadas de la libertad (física), sino a otros contextos de custodia, dominio o control, en los que la víctima se encuentra indefensa, por ejemplo: en el ámbito de los servicios de salud.

⁸⁰ Nuevo Código Procesal Constitucional Peruano: Artículo 33. Derechos protegidos: Procede el hábeas corpus ante la acción u omisión que amenace o vulnere los siguientes derechos que, enunciativamente, conforman la libertad individual: 1) La integridad personal y el derecho a no ser sometido a tortura o tratos inhumanos o humillantes, ni violentado para obtener declaraciones (...)

⁸¹ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, p. 2.

Iniciado el proceso de Habeas Corpus y posterior a que los funcionarios judiciales de la Tercera Sala Constitucional de la Corte Superior de Lima revisaran la misma, y habiéndose declarado improcedente en primera instancia;⁸², optaron dadas las circunstancias que aquejaban a María, realizar una “reconversión” y por los siguientes fundamentos⁸³, resolver el proceso como si de un proceso de amparo⁸⁴ se tratase:

i) El presente caso se encuentra en segunda instancia; ii) el derecho que reclama la demandante sufriría una afectación permanente, por lo que no hay plazo para iniciar cómputo alguno de prescripción; iii) en cuanto a la legitimidad de la demandante, es titular del derecho invocado, y se encuentra debidamente representada mediante poder escriturario, además de haber estado en las audiencias llevadas a cabo tanto en primera instancia como ante esta Sala Superior, y documentación anexa a su demanda que acredita suficientemente su legitimidad para intervenir en este proceso considerándola como demandante; iv) el caso se resolverá conforme el petitorio y fundamentación fáctica de la demanda, respetándose el principio dispositivo procesal; v) en cuanto a la irreparabilidad, es transparente la situación de salud en la que se encuentra la beneficiaria, que es condición suficiente para superar las formas que puedan perjudicar la celeridad que amerita el proceso en aplicación del principio de flexibilidad; vi) la demanda explica suficientemente la necesidad apremiante, pues el problema del ELA estaría afectando la visión de la demandante, único medio que tiene para comunicarse; vii) la parte demandada ha ejercitado su derecho a la defensa con la contestación de la demanda, bajo cuyos términos de debate se resolverá.

Para determinar la procedencia de la demanda de María, se analizaron textos legales tales como, la Ley 26842, Ley General de Salud⁸⁵, en su artículo 4º, la misma que recoge lo siguiente:

⁸² Véase Exp. Judicial N.º 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º 07, pág. 09 y 10. El sexto juzgado constitucional de Lima indica que el petitorio y los hechos que sustentan la misma no están referidos en forma directa al contenido constitucionalmente protegido del derecho invocado (Habeas Corpus).

⁸³ Véase Exp. Judicial N.º 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º 09, pág. 19.

⁸⁴ Nuevo Código Procesal Constitucional: Art. 44, inciso 2) Al libre desenvolvimiento de la personalidad, inciso 4) A la libertad de conciencia y el derecho a objetar.

⁸⁵ Ley 26842, Ley General de Salud, Art. 4: “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece

“Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido. (...)

Al respecto, la misma Ley⁸⁶ en su artículo 15° indica lo siguiente:

Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente: 15.2 Acceso a la información (...) e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud. f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta. g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad”.

los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido. (...)”

⁸⁶ Ley 26842, Ley General de Salud, inciso 15, inciso 2: Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente: 15.2 Acceso a la información (...) e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud. f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta. g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad

Finalmente, y en mérito a lo precedente, el artículo Art. 15.4 literal a) de la ley, señala que el paciente tiene derecho:

“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública”.

De lo antes mencionado, y de una interpretación completa de la Ley General de Salud, se permite expresamente que los pacientes no den únicamente su consentimiento antes de un tratamiento, sino que también los faculta para que los mismos puedan revocar, negarse o rechazar un tratamiento en cualquier fase de este, situación que se visualiza en la solicitud de María del retiro del ventilador mecánico posterior a una fase de sedación.

En cuanto al Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, se recoge expresamente, que la práctica profesional deber guardar estricto cumplimiento a la dignidad, autonomía e integridad de los pacientes y su familia; así como de su comunidad⁸⁷, a su vez se recoge la importancia de la autonomía de la persona que obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión⁸⁸. Adicional a ello, el capítulo 2, del mismo texto recoge en su artículo 63º, inciso e) que los pacientes tienen el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento o revocar su decisión, sin obligación de expresión de causa⁸⁹.

Más importante aún se convierte en un derecho de todo paciente, que su médico tratante no propicie el encarnizamiento terapéutico⁹⁰, entendiéndose por esto el rechazo la aplicación de medidas terapéuticas desproporcionadas al caso concreto del paciente.

⁸⁷ El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: PREÁMBULO (...). enfatiza la necesidad de priorizar estos enfoques a fin de que toda actividad de los médicos cumpla con estas aspiraciones sociales, las cuales se concretizan en una práctica profesional que guarde el estricto respeto de la dignidad, autonomía e integridad de los pacientes, su familia y su comunidad. (...)

⁸⁸ El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: acápite 1, inciso b) De las personas: “Los principios y valores en la Medicina”: inciso b) La autonomía de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión, en consonancia con sus valores personales y culturales. La integridad de la persona obliga moralmente al médico a respetarla, no sólo en su entereza moral sino también en su unidad, plenitud, totalidad, indemnidad, pudor y sacralidad de su ser corporal. (...)

⁸⁹ El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: Capítulo 2: Del respeto de los derechos del paciente. Art. 63º, inciso e) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa.

⁹⁰ El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: Capítulo 2: Del respeto de los derechos del paciente. Art. 72º. El médico no debe propiciar el encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal, la adopción de medidas terapéuticas desproporcionadas a la naturaleza del caso. El médico debe propiciar el respeto a las directivas anticipadas del paciente en lo referente al cuidado de su vida. El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona”

Se analizaron, además, textos internacionales respecto a la procedencia o no de la revocación de voluntad de María respecto al uso del ventilador mecánico; para ello, se analizó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO⁹¹, artículo 6, inciso 1, la misma que respecto al consentimiento de los pacientes, se indica que el mismo puede revocarse en todo momento y por cualquier motivo, sin que represente una desventaja o un perjuicio para el paciente.

Fueron argumentos importantes y tomados en consideración, que el tratamiento que recibía María no representaba un cuidado paliativo, solo podía mantenerla artificialmente con vida; y por ello, las posibilidades de su recuperación o mejoría eran imposibles⁹².

Un argumento a debatir por parte de la Sala encargada de este proceso, era si proceder con lo solicitado por María consistía en un acto eutanásico, al respecto se determinó que la finalidad de María no era “conseguir su muerte”; sino más bien, rechazar el tratamiento que la mantenía artificialmente con vida⁹³. En resumidas cuentas, lo que María solicitaba era una “adecuación del esfuerzo terapéutico” (AET)⁹⁴ la misma que consiste en el cambio de tratamiento, o la retirada de éste, como consecuencia de la no respuesta del mismo.

En tanto, y luego de dar lectura a lo consignado en la demanda de María, ella “estaba viviendo una situación de sufrimientos físicos y psíquicos constantes, producto de la enfermedad que padece, y de la nula posibilidad de decidir sobre los tratamientos médicos que recibe”, en el nivel psíquico, “les es muy difícil aceptar el estado en el que se encuentra. Ella siempre fue una persona activa, deportiva y con muchos proyectos”⁹⁵. Así las cosas, María para setiembre de 2023 había perdido la vista, lo que imposibilitaba su único medio de comunicación (el mismo que era visual) generando un menoscabo aún más grande en su dignidad.

⁹¹ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, aprobada por aclamación por la 33a sesión de la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005. <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>

⁹² Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, fundamento 15.3 y 15.4. p. 48.

⁹³ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, fundamento 17.1. p. 49.

⁹⁴ Figura en la página web el documento: Recomendaciones Clínicas para Cuidados Paliativos en Pacientes con Covid-19 Hospitalizados en Áreas No Uci. Reporte de Evidencia N° 23 agosto 2020. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. IETSI-EsSalud. De su texto señala que: Este documento no es una guía de práctica clínica. Es una respuesta rápida a una solicitud de información para los profesionales de la salud o tomadores de decisiones, sobre cuáles son las recomendaciones para el manejo de una condición clínica específica o problema sanitario. Regula procedimientos de adecuación terapéutica para pacientes en situación de últimos días a raíz de la pandemia, con el uso de sedación paliativa en cuyo procedimiento médico busca conseguir una disminución de la conciencia con el objetivo hacer control sintomático en aquellos pacientes que presentan un sufrimiento intolerable debido a la presencia de síntoma(s) refractario(s) al tratamiento durante un tiempo razonable, a pesar de recibir un manejo paliativo correcto, utilizando diversos fármacos y dosis adecuadas. En ningún caso se debe aplicar sedación paliativa en contra de los deseos consientes del paciente, aun cuando el equipo médico observe sufrimiento. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/cuidados_Paliativos_IETSI_V11.pdf

⁹⁵ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, obrante a foja 01 a 50.

La sentencia de este emblemático caso aplica principios bioéticos de Beauchamp y Childress⁹⁶: No maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía:

- No maleficencia: el proceder o actuar médico no estará destinado a producir daño en el paciente: mantener el tratamiento es alargar el sufrimiento de María, lo que conllevaría a generar un menoscabo en su dignidad, más gravoso del ya generado.
- Beneficencia: mantener la terapia no genera beneficio o recuperación para la paciente, por ello continuar con la misma genera más dolor y sufrimiento.
- Justicia: corresponde individualizar el caso de cada paciente, cuyo tratamiento deberá estar adecuado a sus circunstancias; por ello, darle lo que le corresponde. Si aplicamos entonces este principio bioético, María requiere el cese del tratamiento.
- Autonomía: María ha podido manifestar su voluntad y decisión de revocar el tratamiento, conociendo que dicho cese acabaría con la posibilidad de continuar respirando artificialmente, tal y como se recoge en el expediente que contiene su demanda.

Por los argumentos esgrimidos y debatidos por proceso de amparo, y con los votos de los magistrados Paredes Flores, Cueva Chauca y Cabrera Giurisich, se determinó que se debía revocar la sentencia de fecha 6 de octubre de 2023, reformándola y declarándola fundada, toda vez que se pudo acreditar la vulneración del derecho a la dignidad humana, libertad de conciencia, libre desarrollo de la personalidad, de María Benito⁹⁷.

A su vez se ordenó a ESSALUD designar a un profesional en medicina, no objetor de conciencia a fin de que éste brinde sedación paliativa a favor de María en el momento de desconexión de ventilador mecánico, con la finalidad de evitarle sufrimiento. Se especifica a su vez que dicha actuación es atípica a la norma penal y por tal, no acarrea responsabilidad penal⁹⁸. Se exhorta al décimo Primer Juzgado Constitucional dar cumplimiento a la resolución en desarrollo⁹⁹.

Por su parte el magistrado, juez superior Velarde Acosta formuló un voto en discordia¹⁰⁰ contra la resolución que ordenaba la desconexión de María y siguientes, ya que consideraba que el estado de salud de la recurrente era estable, lo que implicaba que podía preservarse su

⁹⁶ Universidad Internacional de Valencia. Los 4 grandes principios bioéticos. Nuestros expertos. Ciencia y Tecnología. 11 julio 2021 <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/los-4-grandes-principios-bioeticos>

⁹⁷ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, Parte resolutive: fundamento 1.

⁹⁸ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, Parte resolutive: fundamento 2.

⁹⁹ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, Parte resolutive: fundamento 3.

¹⁰⁰ Véase Exp. Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09, Parte resolutive: los fundamentos del voto en discordia del juez superior Velarde Acosta, del fundamento primero al fundamento décimo octavo.

vida pese a su deteriorado estado de salud, a su vez consideró que la función del Estado es preservar la vida de sus ciudadanos y no acabar con la misma, dado que no existe un derecho a morir; además que ordenar dicha actuación involucra que una profesional de la salud realice un acto que ordenamiento no puede tolerar, *máxime* cuando un tercero es quien realizaría una conducta activa con la finalidad de terminar con la vida de un ser humano. Sugiere a su vez que la aplicación de cuidado paliativos generaría en gran medida un cese al sufrimiento de María.

El día 03 de mayo de 2024, María Benito murió¹⁰¹, se le retiraron las medidas de soporte vital, posterior a una sedación paliativa.

1.4.2 El caso de Ana Estrada

Ana Estrada Ugarte (en adelante, Ana), fue la primera ciudadana peruana que accedió a la eutanasia¹⁰², murió el día 21 de abril del año 2024, después de un largo proceso judicial, el mismo que buscaba la inaplicación de los artículos 112 y 113 del Código Penal¹⁰³.

Esta paciente sufría de polimiositis¹⁰⁴ desde hacía más de 30 años. El National Center for Advancing Translational Sciences, describe la polimiositis como “un grupo de enfermedades musculares conocidas como las miopatías inflamatorias, que se caracterizan por inflamación muscular crónica y debilidad muscular. La polimiositis afecta los músculos esqueléticos (los músculos que se encargan del movimiento)”, esta enfermedad es crónica, progresiva e incurable.

En enero del año 2020 y posteriormente a que Ana acudiera a la Defensoría del Pueblo, buscando obtener “una muerte digna”, es que la Defensoría interpone una demanda de amparo¹⁰⁵ contra una norma legal, la misma que se declara admitida a trámite en el mes de marzo de 2020. La Defensoría solicitaba lo siguiente:

- “Se declare inaplicable el artículo 112° del Colegio Penal (Dec. Leg. N° 635) que tipifica el delito de homicidio piadoso, para el caso de la Sra. Ana Estrada Ugarte diagnosticada con una enfermedad incurable, progresiva y degenerativa llamada polimiositis, ello con la finalidad de que pueda elegir, sin que terceros sean procesados penalmente, al momento en el cual las emplazadas deberán procurarle un procedimiento médico de eutanasia.

¹⁰¹ El Comercio. María Benito, paciente con ELA, ejerció su derecho a la muerte digna. Lima 5 mayo 2024 <https://elcomercio.pe/lima/maria-benito-paciente-con-ela-ejercicio-su-derecho-a-la-muerte-digna-ultimas-noticia/>

¹⁰² De la Quintana, Jimena. La peruana Ana Estrada Ejerció su derecho a la eutanasia y murió luego de luchar durante años en los tribunales. CNN – Perú 22 abril 2024 <https://cnnespanol.cnn.com/2024/04/22/murio-ana-estrada-eutanasia-peru-orix/>

¹⁰³ Ídem pp,19.

¹⁰⁴ NIH - GARD. Polimiositis. 28 setiembre 2018. <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12786/polimiositis>

¹⁰⁵ Véase Exp. Judicial N°. 00573-2020-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º 01.

- Se declare inaplicable el artículo 112° del Colegio Penal (Dec. Leg. no 635) por considerar que los efectos desplegados por dicha norma constituyen una lesión al derecho fundamental de la Sra. Ana Estrada Ugarte a una muerte digna, así como a sus derechos fundamentales a la dignidad, a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad y amenaza cierta e inminente a no sufrir tratos crueles e inhumanos.
- Se ordene a consecuencia de lo anterior a EsSalud, como entidad encargada de la gestión de las prestaciones de salud de la Sra. Ana Estrada Ugarte: (i) respetar la decisión de su representada de poner fin a su vida a través del procedimiento técnico de la eutanasia; debiéndose entender por “eutanasia” a la acción de un médico de suministrar de manera directa (oral intravenosa) un fármaco destinado poner fin a su vida, u otra intervención médica destinada a tal fin; (ii) conformar de manera inmediata una junta médica interdisciplinaria que deberá iniciar sus funciones dentro de los 7 días siguientes a la emisión de la resolución judicial, para el ejercicio del derecho a la muerte en condiciones dignas, a través de la eutanasia; entre sus funciones, estará el acompañamiento integral antes y durante el proceso, el aseguramiento del respeto a la decisión de la Sra. Ana Estrada Ugarte, el establecimiento de un plan que especifique los aspectos asistenciales y técnicos de la decisión tomada y la designación de los profesionales médicos que se encargaran de la ejecución de la eutanasia; (iii) brindar todas las condiciones administrativas, prestacionales y sanitarias para el ejercicio del derecho a la muerte en condiciones dignas de la Sra. Ana Estrada Ugarte a través del procedimiento de la eutanasia. El adecuado ejercicio de este derecho implica que el procedimiento solicitado y diseñado por la Junta Médica debe ejecutarse dentro de los diez días hábiles contados a partir del momento en que ella manifieste su voluntad de poner fin a su vida. Para cuando Ana Estrada tome esa decisión, el plan debe estar aprobado y validado por el Ministerio de Salud, para lo cual el juez deberá establecer plazos perentorios de cumplimiento obligatorio para la ejecución de etapas previas (conformación de la Junta Médica por parte de EsSalud, diseño del plan por parte de la Junta Médica, validación de plan por parte del Minsa y aprobación final de EsSalud).
- Se ordene a consecuencia de lo anterior al Ministerio de Salud, en tanto ente rector del sector salud: (i) respetar la decisión de la Sra. Ana Estrada Ugarte de poner fin a su vida a través del procedimiento técnico de la eutanasia; en virtud del reconocimiento judicial del derecho a la muerte en condiciones dignas, así como de los demás derechos fundamentales vinculados; (ii) validar en el plazo de 7 días

hábiles el plan del procedimiento de eutanasia diseñado y propuesto por la Junta Médica para el ejercicio de la muerte en condiciones de dignidad de la Sra. Ana Estrada Ugarte.

- Se ordene al Ministerio de Salud que cumpla con emitir una Directiva que regule el procedimiento médico para la aplicación de la eutanasia para situaciones similares a las de la Sra. Ana Estrada Ugarte, que involucren el reconocimiento judicial del derecho fundamental a la muerte en condiciones dignas y derechos conexos”.

Los demandados fueron ESSALUD, el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH), Procuraduría pública del Ministerio de Salud y la Procuraduría Pública del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; figuraron a su vez en calidad de “*amicus curiae*”, la Clínica de Derecho Penal de la Facultad de Derecho de la Pontificie Universidad Católica del Perú y la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos¹⁰⁶.

Al respecto los emplazados contestan la demanda con los siguientes argumentos¹⁰⁷;

- Procurador público del Ministerio de Salud: él considera que la enfermedad de Ana es crónica; pero no terminal, por ello la demandante no refiere dolores de carácter intolerable. Considera a su vez que el Minsa es un órgano rector de políticas públicas del sector salud, no encontrándose facultado para poder elaborar protocolos y procedimientos que solo le corresponderían a una Junta Médica, a su vez no está facultado a dictar normas. Solo se adscribe a una normativa vigente.
- Procurador público del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Considera que la petición de Ana busca que su sentencia se convierta en un protocolo médico y se regule un procedimiento administrativo, pese a que, la eutanasia no se encuentra contemplada en nuestro ordenamiento jurídico. A su vez, indica que el juez constitucional estaría haciendo las veces de órgano legislador, lo que va contra nuestro sistema normativo democrático. Se hacen entonces observaciones no de fondo; sino de temas procesales¹⁰⁸.
- ESSALUD: se indica que dicha entidad no se encuentra facultada a emitir protocolos respecto a la eutanasia, por ende, si accediese a realizar lo solicitado por Ana estaría violentando el principio de legalidad de nuestro ordenamiento. Por otro lado, refiere

¹⁰⁶ Exp 00573-2020-0-1801-JR-DC-11. Consulta de expedientes judiciales. <https://cej.pj.gob.pe/cej/forms/detalleform.html>,

¹⁰⁷ Exp 14442-2021. Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/08/Consulta-14442-2021-LPDerecho.pdf>

¹⁰⁸ De la Fuente, R. La eutanasia: ¿existe un derecho a morir? El caso de Ana Estrada. Gaceta Constitucional, (157), 2021, pp. 36-49

la inexistencia de procedimientos técnicos y la medicación a usarse. Finalmente considera que acceder a la demanda de Ana implicaría irrespetar el principio de separación de poderes.

En calidad de *amicus curiae*, intervienen la Sociedad de Cuidados Paliativos y la Clínica Jurídica en Derecho Penal de la Pontificia Universidad Católica del Perú, indican respectivamente lo siguiente:

- Sociedad de cuidados paliativos: Los principios bioéticos que rigen implican que una muerte digna no es bajo ninguna circunstancia una forma de eutanasia, y que, en situaciones de enfermedades crónicas o terminales, está mucho más acorde una atención paliativa, la misma que está llamada a reforzar la dignidad del enfermo, buscando mejorar su calidad de vida y bienestar.
- Clínica jurídica en Derecho Penal de la Pontificia Universidad Católica del Perú: esta entidad ha presentado un informe a favor de la petición de Ana. Para ellos la autodeterminación de los ciudadanos debe considerarse un “límite” para la actuación del Estado, y para ellos el que no se apruebe su solicitud de eutanasia consiste violentar sus derechos y libertades, sobre todo, cuando el preservar la vida por sobre la voluntad de la demandante, significaría que importa más lo que desea el Estado que la recurrente.

En cuanto a la sentencia de primera instancia: El Décimo Primer Juzgado de la Corte Superior de Justicia de Lima, resolvió declarar fundada en parte la demanda de Ana¹⁰⁹, “al considerar afectados los derechos de dignidad, , autonomía, libre desarrollo de su personalidad y de la amenaza de no sufrir tratos crueles e inhumanos; en consecuencia, se inaplique el artículo 112 del Código Penal vigente, para el caso de Ana Estrada; y dispone que los miembros del personal médico, como los sujetos activos, no podrán ser procesados penal ni administrativamente, ni ser sancionados en institución alguna, pública o privada, por el cumplimiento de la sentencia de tutela de muerte digna, siempre que los actos se practiquen de manera institucional y sujeta al control de legalidad, en el tiempo y oportunidad que lo especifique, en tanto ella, no pueda hacerlo por sí misma”.

Los fundamentos principales que sustentan la sentencia son los siguientes:

- La dignidad se reconoce en todas las personas con discapacidad, y es inherente a todo ser humano, aun cuando este afectada su propia autopercepción. La capacidad de

¹⁰⁹ Consulta Exp 14442-2021. pp. 09 y 10. Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/08/Consulta-14442-2021-LPDerecho.pdf>

razonar y expresarse respecto a las propias decisiones, como ejercicio de la libertad, permite elegir entre diversas formas de vida, y también, de morir.

- Ana tiene uso de “razón”, prueba de ello es su capacidad de designar poderes vía notarial, hecho fáctico que se prueba con la escritura pública en donde designa apoyos y salvaguardas. La razón permite que la demandante haga uso de su libertad.
- Nadie tiene derecho a vivir con dolor, ello genera desgaste tanto físico como psicológico; y afecta la condición humana en sí misma.
- Se ha requerido la inaplicación del Art. 112° del Código Penal, la misma que es una normal autoaplicativa, lo que representa que no requiere una norma que regule su aplicación. En el caso de Ana, aún dicha actuación no se consuma; pero se requiere que en el futuro el supuesto se daría en base al cumplimiento de una “muerte digna”.
- Subprincipio de idoneidad, esto implica que la medida adoptada debe ser la más idónea. El bien jurídico que el Art. 112° del Código Penal defiende es la vida; pero dado que es la dignidad de la demandante la que está en riesgo, se debe aplicar el principio de razonabilidad en su caso concreto.
- Subprincipio de necesidad: el Estado tiene muchas maneras de intervención para defender la vida de sus ciudadanos, no siendo únicamente la legislación penal; para ello deberá emplear la vía menos gravosa y más razonable para hacerlo.
- Subprincipio de proporcionalidad: se considera que la muerte digna es un derecho que se deriva de la dignidad de todo ser humano, derivado además de una fase interna de autopercepción de la persona. Debe entenderse que no debe promoverse; más aún cuando es el deber del Estado preservar la vida de sus ciudadanos.

La sentencia se elevó a consulta¹¹⁰ y la Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente, resolvió bajo los siguientes fundamentos:

- El control difuso y el control concentrado, permiten realizar un examen de constitucionalidad de todas las normas del ordenamiento jurídico, y a su vez; determinar si son conformes a la Constitución.

¹¹⁰ Ley N.º 28237, Código Procesal Constitucional, Art. 95. Si la sentencia que declara fundada la demanda no es apelada, los autos se elevarán en consulta a la Sala Constitucional y Social de la Corte Suprema. La consulta se absolverá sin trámite y en un plazo no mayor de cinco días desde que es recibido el expediente. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/4D75DA237A3B00A8052586DB008202EA/\\$FILE/CODIGO-PROCESAL-CONSTITUCIONAL.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/4D75DA237A3B00A8052586DB008202EA/$FILE/CODIGO-PROCESAL-CONSTITUCIONAL.pdf). Dicha ley ya fue derogada; pero al momento de realizarse la Consulta, la misma estaba vigente.

- El Art. 138° de la Constitución Política del Perú¹¹¹, ordena el respeto a todos los jueces del principio de supremacía de la Constitución y también la jerarquía de las normas. Se convierten entonces los jueces en operadores y controladores de la legalidad constitucional, labor que deberá ser realizada únicamente cuando exista un conflicto de intereses real. Sirve además como un control de excesos cometidos tanto por el Poder Legislativo, como por el Poder Ejecutivo.
- El artículo VII del Título Preliminar del nuevo Código Procesal Constitucional¹¹², establece que “cuando exista incompatibilidad entre la Constitución y otra norma de inferior jerarquía, el Juez debe preferir la primera, siempre que ello sea relevante para resolver la controversia y no sea posible obtener una interpretación conforme a la Constitución”. Respecto a ello, el Dr. Eloy Espinoza¹¹³ menciona: “la supremacía de la Constitución, uno de los fines esenciales de los procesos constitucionales, parte de reconocer que toda Constitución es, entre otras cosas, parámetros de validez formal (procedimientos sobre cómo generar derecho) y de validez material (contenidos de dicho derecho) del ordenamiento jurídico de cualquier Estado y que, por ende, no pueden haber conceptos o procedimientos que pudiesen ser considerados conformes a derecho si no se adecuan a lo que la norma constitucional tiene previsto al respecto”.
- El artículo 14 del Texto Único Ordenado de la Ley Orgánica del Poder Judicial¹¹⁴, establece que: “cuando los jueces al momento de fallar el fondo de la cuestión de su competencia, en cualquiera clase de procesos o especialidad, encuentren que hay incompatibilidad en su interpretación, de una disposición constitucional y una con

¹¹¹ Constitución Política del Perú. Art.138. La potestad de administrar justicia emana del pueblo y se ejerce por el Poder Judicial a través de sus órganos jerárquicos con arreglo a la Constitución y a las leyes.

En todo proceso, de existir incompatibilidad entre una norma constitucional y una norma legal, los jueces prefieren la primera. Igualmente, prefieren la norma legal sobre toda otra norma de rango inferior.

¹¹² Artículo VII del Título Preliminar del nuevo Código Procesal Constitucional: cuando exista incompatibilidad entre la Constitución y otra norma de inferior jerarquía, el Juez debe preferir la primera, siempre que ello sea relevante para resolver la controversia y no sea posible obtener una interpretación conforme a la Constitución

¹¹³ Espinosa Saldaña-Barrera, Eloy: “Código Procesal Constitucional Comentado, Homenaje a Domingo García Belaunde”, Editorial Pacífico, Cuarta Edición, Lima, 2018, p. 87.

¹¹⁴ Artículo 14.- De conformidad con el Art. 236 de la Constitución, cuando los Magistrados al momento de fallar el fondo de la cuestión de su competencia, en cualquier clase de proceso o especialidad, encuentren que hay incompatibilidad en su interpretación, de una disposición constitucional y una con rango de ley, resuelven la causa con arreglo a la primera. (*) Las sentencias así expedidas son elevadas en consulta a la Sala Constitucional y Social de la Corte Suprema, si no fueran impugnadas. Lo son igualmente las sentencias en segunda instancia en las que se aplique este mismo precepto, aun cuando contra éstas no quepa recurso de casación.

En todos estos casos los magistrados se limitan a declarar la inaplicación de la norma legal por incompatibilidad constitucional, para el caso concreto, sin afectar su vigencia, la que es controlada en la forma y modo que la Constitución establece. (...)

rango de ley, resuelven la causa con arreglo a la primera. Las sentencias así expedidas son elevadas en consulta a la sala de Derecho Constitucional y Social de la Corte Suprema”

- El Tribunal Constitucional ha establecido los presupuestos que deberán regir la inaplicación de normas legales por ser incompatibles con la Constitución¹¹⁵: "6. (...) El control difuso de la constitucionalidad de las normas constituye un poder-deber del Juez (...). El control difuso es un acto complejo en la medida en que significa preferir la aplicación de una norma cuya validez, en principio, resulta beneficiada de la presunción de legitimidad de las normas del Estado. Por ello, su ejercicio no es un acto simple, y para que él sea válido se requiere de la verificación, en cada caso, de los siguientes presupuestos: a. Que, en el proceso constitucional, el objeto de impugnación sea un acto que constituya la aplicación de una norma considerada inconstitucional. b. Que la norma a inaplicarse tenga una relación directa, principal e indisoluble con la resolución del caso, es decir, que ella sea relevante en la resolución de la controversia. c. Que la norma a inaplicarse resulte evidentemente incompatible con la Constitución, aun luego de haberse acudido a interpretarla de conformidad con la Constitución, en virtud del principio enunciado en la segunda Disposición general de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional.
- La Suprema de Derecho Constitucional y Social Permanente, ha establecido en la Consulta N.º 1618-2016-LIMA NORTE¹¹⁶: doctrina jurisprudencial vinculante; donde se menciona: “2.2.3. El control difuso conlleva una labor compleja que ineludiblemente debe ser observada por los jueces y traducida en la motivación de la decisión judicial, en tanto garantiza que están actuando conforme a los fines de preservar la supremacía de la norma constitucional, que no están vulnerando la presunción de legitimidad y constitucionalidad de las leyes, que no están actuando contra el ordenamiento jurídico, ni utilizando el control difuso para fines distintos a los permitidos.” Y en el fundamento 2.5. ha enfatizado las siguientes reglas para el ejercicio del control difuso judicial: “i. Partir de la presunción de validez, legitimidad y constitucionalidad de las normas legales (...). ii. Realizar el juicio de relevancia, en tanto solo podrá inaplicarse una norma cuando es la vinculada al caso, (...) iii.

¹¹⁵ Caso Gamero Valdivia, Expediente N.º 1109-2002-AA/TC, sentencia del seis de agosto de dos mil dos. Disponible en: <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2002/01109-2002-AA.html>

¹¹⁶ Consulta Exp 1618- 2016 p. 3. Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. https://iuslatin.pe/wp-content/uploads/2022/08/Resolucion_1618-2016.pdf

Identificada la norma del caso, el juez debe efectuar una labor interpretativa exhaustiva distinguiendo entre disposición y norma;(...). iv. En esencia el control difuso es un control de constitucionalidad en concreto que conlleva la inaplicación al caso particular, es exigencia ineludible iniciar identificando los derechos fundamentales involucrados en el caso concreto, el medio utilizado, el fin perseguido, el derecho fundamental intervenido y el grado de intervención, para así poder aplicar el test de proporcionalidad u otro de igual nivel de exigencia, examinando si la medida legal en cuestión, supera el examen de idoneidad (...), el examen de necesidad (...) y el examen de proporcionalidad en sentido estricto (...)"

- En la Consulta N.º 17151-2013 – LIMA¹¹⁷ se indica que: "(...) la inaplicación de una norma legal, que se interpreta contraria a la Constitución Política del Estado, constituye una prerrogativa jurisdiccional de última ratio, por ésta razón no puede ser invocada a menudo en la actividad jurisdiccional; sino por el contrario, atendiendo a la trascendencia que ésta decisión implica, el juzgador deberá tener en cuenta, en principio, que todas las leyes expedidas por el Congreso de la República, por el sólo hecho de haber sido expedidas por el órgano constitucional que tiene a su cargo la función legislativa, siguiendo para el efecto, todo un proceso de formación de la ley, que es conocido en la doctrina como el 'iter legislativo', están amparadas por la presunción de constitucionalidad; por tanto, a priori se presume que todas las leyes son constitucionales y que éstas guardan perfecta armonía entre sí y con la Carta Fundamental".

El objeto de la consulta es realizar un análisis de la inaplicación del Art. 112º por el juez constitucional; al acceder a una "muerte digna" para Ana. Por ello, se determinará la existencia del sujeto pasivo (Ana) y del sujeto activo (un profesional de la salud o algún miembro de la familia o cercano al sujeto pasivo). Se establece que el sujeto pasivo deberá estar en condiciones de expresar su voluntad y el sujeto activo actuar por piedad, como lo define Felipe Villavicencio: "la piedad en sí misma no fundamenta la menor penalidad, sino se necesita de un componente objetivo fáctico como es el poner fin a intensos dolores o sufrimientos que padece el sujeto pasivo bajo la "piedad"¹¹⁸. Se indica que la inaplicación de dicho artículo va de la mano con el dictamen de un protocolo reglado para realizar la eutanasia.

¹¹⁷ Cfr. Consulta Exp 14442-2021. p. 16. Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/08/Consulta-14442-2021-LPDerecho.pdf>

¹¹⁸ Cfr. Villavicencio Terreros, Felipe: "Derecho Penal, Parte Especial, Volumen I, Editorial Grijley, Lima. 2014 p. 281.

Respecto a definir el extremo del protocolo de actuación era necesario el voto firme de cuatro jueces; por ello posterior al voto del juez dirimente Carlos Calderón Puertas; se determinó lo siguiente¹¹⁹:

- Ana, debe ratificar su voluntad de prestación de eutanasia (muerte con dignidad), ante la Comisión Interdisciplinaria o el apoyo designado, se debe consignar en la respectiva historia clínica.
- La Comisión Interdisciplinaria, deberá informarle a Ana o a sus apoyos, la existencia de algún tratamiento o la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales.
- La Comisión Interdisciplinaria, deberá comunicar a Ana que cuenta con el derecho de revocar su decisión, o solicitar su prórroga.
- La Comisión Interdisciplinaria, de manera anticipada deberá antes de obtener el consentimiento informado, de manera veraz, asequible y completa, la forma en que se realizará el procedimiento, el medicamento o sustancia que se inoculará, la sintomatología que el organismo de la paciente experimentará, el tiempo que tomará el que su sistema cerebral deje de funcionar, entre otros.
- Se indica que el protocolo se aplicará cuando Ana se encuentre en fase terminal; para así evitarle dolores y sufrimiento extremo.
- Antes de la realización del acto se deberá configurar la visita de representantes de doctrinas que se opongan a la “muerte digna”. Para ello se estableció: 1. Se elegirán 05 representantes como mínimo en relación al número de integrantes que la congregación represente o congregate. 2. De no poder aplicarse el primer supuesto, se evaluará la antigüedad de solicitud firmada por representante legal. 3. Existirá un cronograma de fecha y hora de visita, previamente concertado. 4. Cada visita tendrá una duración entre los 15 a 40 minutos. 5. Las visitas deberán acontecer con una antigüedad no mayor de nueve meses al acto, transcurrido de los cuales caducarán. 6. La Comisión será la encargada de determinar las medidas de seguridad durante las visitas 7. Los profesionales médicos y personal sanitario que realicen la aplicación de la sustancia en el cuerpo de Ana, serán voluntarios, quienes por convicción o vocación deberán manifestar su voluntad 8. Una vez se realice la ayuda para morir, la consecuencia será la muerte legal de Ana, surtiendo todos los efectos que eso acarrea.

¹¹⁹ Consulta Exp 14442-2021. p. 229. Corte Suprema de Justicia de la República Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/08/Consulta-14442-2021-LPDerecho.pdf>

El 27 de julio de 2022, el Poder Judicial falla de manera definitiva¹²⁰ a favor de la petición de Ana Estrada en el proceso de amparo en donde solicitaba el derecho a una “muerte digna”.

La CNN en español informó el 22 de abril del 2024 que Ana Estrada había ejercido¹²¹ “su derecho a la eutanasia y murió luego de luchar varios años en los tribunales”. Por otro lado, su familia según comunicado a la prensa informó¹²²: La lucha de Ana ha permitido visibilizar y sensibilizar a miles de peruanos y peruanas sobre la importancia de defender este derecho”, y “ha trascendido las fronteras de nuestro país y marcado un hito en la región”.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo a través de la red social “X” expresó a la comunidad peruana¹²³:

#MuerteDigna Destacamos sentencia definitiva de Corte Suprema @Poder_Judicial_ en favor de @anaestradau. Con voto del magistrado Calderón se cierra debate judicial sobre su derecho a una muerte en condiciones dignas y el protocolo que debe seguirse. (1/3)

Esta sentencia representa un paso fundamental en el reconocimiento de los #DerechosHumanos en el país. Además de sentar un precedente histórico sobre el tema, reafirma que es deber del Estado respetar la dignidad humana. (2/3)

Reconocemos la inmensa valentía de @anaestradau por llevar adelante esta lucha en defensa de su dignidad y libertad. Seguiremos acompañado su caso a fin de garantizar que pueda ejercer su derecho cuando ella lo determine #LasPersonasPrimero (3/3)

¹²⁰ El Peruano. Ciudadana Ana Estrada accederá a la eutanasia y tendrá una muerte digna. 27 julio 2022. <https://elperuano.pe/noticia/174570-ciudadana-ana-estrada-accedera-a-la-eutanasia-y-tendra-una-muerte-digna>

¹²¹ De la Quintana, Jimena. La peruana Ana Estrada Ejerció su derecho.

¹²² ATV. Ana Estrada accedió a la eutanasia: “Su lucha permitió visibilizar y sensibilizar a miles de peruanos” 22 abril 2024. <https://www.atv.pe/noticia/ana-estrada-accedio-a-la-eutanasia-y-murio-con-dignidad-su-lucha-ha-permitido-visibilizar-y-sensibilizar-a-miles-de-peruanos#!/player-visor>

¹²³ Perú Legal. Fallo final de la Corte Suprema: Ana Estrada ya cuenta con protocolo para la eutanasia. 27 julio 2022. <https://perulegal.larepublica.pe/temas-legales/casos/2022/07/27/se-aprueba-oficialmente-el-protocolo-de-acceso-a-la-eutanasia-a-favor-de-ana-estrada-3296>

Capítulo 2

Aspectos generales de los cuidados paliativos

2.1 Definición de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos, abarcan como disciplina al hombre en su totalidad, en sus aspectos antropológicos, espirituales, y filosóficos, enfocados no solo al individuo como tal “que sufre la enfermedad” sino también a su entorno familiar, y más cercano.

El Dr. Maurizio Evangelista, Profesor de la Escuela de Especialidad en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, en la Universidad Católica del Sagrado Corazón considera que la finalidad de los cuidados paliativos consiste en que¹²⁴:

“Los cuidados paliativos se ocupan de modo activo y total de los pacientes que están afligidos por una enfermedad no necesaria o exclusivamente oncológica, que no responde de modo total a tratamientos específicos y cuya directa y última consecuencia es la muerte. El control del dolor, de otros síntomas y de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales es considerados de importancia fundamental y la finalidad esencial de los cuidados paliativos hay que buscarla en el logro de la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias”.

Los cuidados paliativos entonces, son una disciplina encaminada al servicio de la vida, ya que con ello es posible que aun cuando no existe una posibilidad de conseguir una cura ante una enfermedad crónica o terminal, se prevea una atención integral destinada a mitigar el dolor físico, psicológico y por qué no, espiritual, de aquel que está cerca o en camino a terminar su existencia.

La Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados paliativos¹²⁵, a través del grupo de trabajo de “Atención al Final de la vida” desarrolló un documento que tiene la finalidad de definir con la mayor claridad y simplicidad algunos términos; entre ellos “cuidados paliativos”:

Atención integral a pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor; así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el

¹²⁴ Evangelista, Maurizio. Cuidados paliativos, Situación actual, Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer? En “Capítulo IV LOS CUIDADOS PALIATIVOS. Madrid, 2006. Ediciones Palabra, p.95.

¹²⁵ Organización Médica Colegial y Sociedad Española de cuidados paliativos, “Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones”. Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida”. publicado en recurso electrónico, 2015. <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38/39>

hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.

Se entiende entonces que extremos tales como el alargamiento deliberado de la vida, a través del encarnizamiento terapéutico; así como el abandono o déficit de tratamiento para acabar con la vida, buscando deliberadamente su extinción, quedan fuera de aquel concepto recogido como “cuidados paliativos”.

Por otro lado, la principal característica de los cuidados paliativos es que se desarrollan a través de un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales de la salud, trabajadores sociales, entre otros, para poder atender de esta manera todos los problemas o situaciones que enfrente tanto el paciente, como los miembros de su familia. En línea con esta finalidad, dentro de “La Declaración de los enfermos en la terminalidad”¹²⁶, se recogen derechos básicos de todo enfermo que se encuentra afrontando el final de su vida:

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a morir en paz y dignidad.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

Según la definición del *National Council for Hospice and Palliative Care Services*, WHO-OMS 1990¹²⁷, modificada posteriormente en el año de 1999 por la comisión ministerial para los cuidados paliativos, se entiende por cuidados paliativos aquellos cuidados destinados a mejorar la calidad de vida del enfermo y sus familias; por ello los profesionales de la salud que intervienen en esta actividad deberán actuar de manera precoz, y se irán ampliando a medida que el estado de salud del paciente avanza y se torna irreversible.

¹²⁶ Michigan Inservice Education Council. Declaración de los Derechos de los Enfermos en la Terminalidad. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/DERECHOS.ENFERMOS-.pdf>

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. 20 agosto 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Finalmente existe un “consenso” establecido por la IAHPC¹²⁸ (Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados paliativos), ellos promulgan lo siguiente:

Los cuidados paliativos:

- “Incluyen prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.
- Brindan apoyo a los pacientes para ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.
- Son aplicables durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Se proporcionan juntamente con tratamientos que modifican la enfermedad, siempre que sea necesario
- Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.
- Brindan apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad de los pacientes y durante su propio duelo.
- Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia.
- Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario).
- Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.
- Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos”.

El Dr. Ángel Morales Santos¹²⁹, refiere que los cuidados paliativos enfocados al servicio de pacientes terminales poseen bases legales, que fundamentan su ejercicio, aplicación y desarrollo. Para él la enfermedad genera un doble efecto: a) Atención médica de enfermos, y b) Sostener al enfermo a través de prestaciones económicas y sociales. Por ello, los Estados

¹²⁸ Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/>

¹²⁹ Morales Santos, Ángel. ¿Qué derechos asisten a los enfermos terminales? 23 noviembre 2004. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Derechos-enfermos-terminales.pdf>

estarían obligados a la protección de salud de sus ciudadanos, y cada ordenamiento jurídico debería desplegar sus esfuerzos, tanto para el 1) Derecho a una asistencia sanitaria; como para también dotar de 2) Derechos a los enfermos (en sentido estricto), esto entendido como la protección a su dignidad, el ejercicio de su libertad y autonomía.

2.2 Fundadora de los cuidados paliativos

Corría el año 238 a.c, cuando el emperador Ashoka¹³⁰ construyó en Varanasi, un refugio para personas en estado moribundo, esto cerca al río Ganges, en la India. En cuanto a la cultura del occidente, tenemos los *hospice*, cuyo inicio se remonta al Medioevo y al protagonismo de los hermanos de San Juan de Dios (Fatebenefratelli¹³¹), quienes conocedores del aspecto espiritual de los seres humanos, ofrecían un lugar en donde además de los cuidados médicos que se podían proporcionar a enfermos terminales, se atendiese el aspecto espiritual de los mismos. Finalmente, y hablando en estricto de “cuidados paliativos”, la precursora en esta materia es Cicely Saunders¹³², quien en el año de 1960 fue la primera en utilizar el concepto de “Dolor Total”¹³³. Posterior a ello, en el año de 1967 y conocedora de las necesidades que aquejaban a personas en esta extrema situación funda el St. Christopher’s Hospice en la ciudad de Londres.

Cicely relata el comienzo de St. Christopher’s Hospice de la siguiente manera;

“La semilla a partir de la cual creció el Hospice fue una donación de 500 libras hecha por un hombre del ghetto de Varsovia que murió de cáncer en un hospital de Londres en 1948. (...) 19 años más tarde fueron ingresados los primeros pacientes: la donación inicial había aumentado a 500.000 libras cuando se abrió el Hospice”. Hoy, el St. Christopher -siendo el prototipo de los hospitales para incurables- “tiene sus propias características peculiares, procedentes de la personalidad de su equipo y, sobre todo, de su fundamento cristiano”.¹³⁴

Cicely Saunders, lideresa de la medicina paliativa contemporánea, fue una enfermera y trabajadora social que nació dentro del seno de una familia inglesa en el año de 1918, fue la mayor de tres hermanos. Estudió en la Universidad de Oxford la carrera de Política, Filosofía y Economía; posterior a ello y con la llegada de la Segunda Guerra Mundial, en el año de 1940,

¹³⁰ National Geographic – Historia. Ashoka, el emperador pacifista de la India. Reinos de Oriente. 20 septiembre 2023 https://historia.nationalgeographic.com.es/a/ashoka-emperador-pacifista-india_9521

¹³¹ Vatican News. S. Juan de Dios, fundador de los Fatebenefratelli, patrón de los enfermos y trabajadores en los hogares. 8 marzo. <https://www.vaticannews.va/es/santos/03/08/s--juan-de-dios--fundador-de-los-fatebenefratelli--patron-de-los.html>

¹³² Cicely Saunders International. Dame Cicely Saunders biography. Kings College London, Bessemer Road, London, 2024. <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/>

¹³³ Cfr. Saunders, C.M & Baines, M. *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Libdres. Oxford, Oxford University Press. 1983, pp.12-13

¹³⁴ Saunders, C.M. Hospice Evolution. *Nursing Times*; 82 (42), 1986 pp. 28-30

Saunders decide estudiar la carrera de enfermería en el Hospital St Thomas, en donde obtuvo su título en 1944, profesión que le permitía desarrollar sus capacidades humanitarias. Posterior a ello, y un año después, obtuvo un diploma en Administración Pública y social, donde posteriormente pasó a ser Lady Limosnero. Debido a su condición como enfermera decidió trabajar como enfermera cuidando enfermos en salas de postoperatorio, donde pudo conocer de cerca el dolor y agonía de estos enfermos¹³⁵¹³⁶.

Saunders, observó durante el siglo XX la tendencia de esconderle al moribundo la realidad respecto a su estado de salud, su pronóstico respecto a la enfermedad que lo aquejaba, a su vez, la posibilidad de poder morir junto a los seres queridos en el calor del hogar se vio reemplazada por el de morir solo y aislado en un hospital, y así, la imposibilidad de un despliegue público a nivel emocional, solo denotaban la incapacidad de asumir la condición finita que como seres humanos poseemos, así como la de los demás. Además, durante esta época la medicina estaba orientada a descubrir las causas de diversas enfermedades, así como la de encontrar su cura.

Así, debido a los avances técnicos y el incremento de la expectativa de vida de la población, quienes desde años atrás habían vivido hasta los 50 años, el manejo a nivel sintomático de enfermedades quedó desplazado a segundo plano e incluso fue rechazado por la comunidad médica, esto no implicaba entonces atender o velar por la calidad de vida de los clientes; sino únicamente se buscó seguir incrementando la expectativa de vida de las personas, pudiendo incluso caer en un encarnizamiento terapéutico¹³⁷.

Ante ello, Sanz y Pascual nos señalan que “hay que rescatar y redescubrir, si cabe, el fenómeno de “cuidar”, actualmente eclipsado por la sobre expansión de los aspectos curativos de la medicina. No tenemos que olvidar que la medicina nace como respuesta de ayuda, consuelo y acompañamiento para los seres humanos enfermos y moribundos”¹³⁸

En la consecución de su sueño, Saunders se da con la sorpresa que sus credenciales como enfermera y trabajadora social no cubrían ciertos aspectos para dedicarse en íntegro al cuidado de enfermos terminales, por ello, decide estudiar la carrera de Medicina, culminando la misma en el año de 1957. Posterior a ello se dedica al estudio exhaustivo de enfermos en

¹³⁵ Christophers, S.T. Dame Cicely Saunders' life and work. 2024. <https://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/>

¹³⁶ Cicely Saunders International. Dame Cicely Saunders biography. Kings College London, Bessemer Road, London, 2024. <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/>

¹³⁷ Del Rio Ignacia, Palma Alejandra. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. 6 agosto 2007. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

¹³⁸ Cfr. Arranza, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. Intervención emocional en Cuidados paliativos Modelo y protocolos. Barcelona, España, 2003, Editorial Ariel S.A.

situación de abandono por su condición terminal y conoce de cerca la pérdida de interés en los mismos, por parte de los médicos, quienes se instruían en métodos curativos abandonando toda atención en dichos enfermos, al no tener alternativa de curación alguna.

El contacto directo con una realidad innegable, el abandono de pacientes terminales, ocasionó que Saunders busque unificar la tecnología y la ciencia médica, junto con la compasión y la humanización¹³⁹ Todo esto fue observado por la doctora así, como que los pacientes eran tratados con opiáceos cada cuatro horas, permitiéndole desarrollar un método paliativo basado en la sedación continua con morfina vía oral, logrando estabilizarlos y que no tengan dolor y estén conscientes, dándoles una mejor calidad de vida a diferencia de mantenerlos dopados siempre que presentaban dolor. Este método fue efectivo por lo cual se difundió rápidamente.

2.3 Movimiento hospice

El término latino “*Hospitium*” significa inicialmente el sentimiento cálido experimentado por el huésped y anfitrión y luego, el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba¹⁴⁰. El término griego para la misma expresión, fue *xenodochium*. En el siglo IV aparece en territorio bizantino la primera organización de tipo religiosa (cristiana) que ostentaba ambos nombres: *hospitium o xenodochium*. Posterior a ello este tipo de instituciones tuvieron nacimiento en Roma y se expandieron a lo largo de territorio europeo. Este tipo de lugares fueron conocidos como los primeros hospicios. Con la llegada de la Edad Media, los hospicios tuvieron como principal foco de atención a peregrinos o moribundos, dando así refugio, alimento, pero también cuidado a estos enfermos. La llegada de la Reforma¹⁴¹ consiguió que la mayoría de estos hospicios tuviesen un final bastante intempestivo y abrupto.

Corría el año de 1842 en Francia, cuando el término “hospicio” se utilizaba directamente con el cuidado de enfermos terminales (moribundos). Mme Jeanne Garnier fue la fundadora de los llamados hospicios o calvarios¹⁴², quien recibía solidariamente a muchas personas que sufrían el calvario de una muerte cercana. Para ello, convocó a más mujeres, quienes se convertirían en sus colaboradoras para tan dedicada labor.

¹³⁹ Evangelista, Maurizio. Cuidados paliativos, Situación actual, p.97.

¹⁴⁰ Del Rio Ignacia, Palma Alejandra. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. 6 agosto 2007. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

¹⁴¹ Saunders, C, Foreword en Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. New York, 2004. Tercera Edición.

¹⁴² Del Rio Ignacia, Palma Alejandra. Cuidados paliativos. 6 agosto 2007. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

En el año de 1879 se funda en Dublín el Our Lady's Hospice (Hospicio de Nuestra Señora) y en el año de 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos a cargo de la Madre Mary Aikenhead, quien fue la fundadora de las de las Hermanas Irlandesas de la Caridad¹⁴³.

Durante el año de 1950 se establece la fundación "Marie Curie" en Inglaterra, esto forja un importante hito en el cuidado de enfermos terminales de manera domiciliaria. Fue hasta el año de 1967, en Londres, cuando Cicely Saunders¹⁴⁴¹⁴⁵, pionera en el área de cuidados paliativos en estricto, funda St. Christopher's Hospice. Esta institución logró demostrar que el acompañamiento emocional, una comunicación fluida, aunados claro está, a una correcta atención de dolencias y síntomas lograban mejorar de manera sustancial la calidad de vida del paciente y también, la de su familia. Este centro se convirtió en un flanco de investigación respecto a enfermedades crónicas y terminales, un lugar para ejercer la docencia y el apoyo a los familiares del moribundo durante el paso por la enfermedad, y aun después, durante el periodo de duelo.

El objetivo principal de St. Christopher's Hospice tenía como base lo siguiente¹⁴⁶:

El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles; en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres. Sin barreras de raza, color, clase o credo.

Se cree que el origen etimológico del término "paliativo" proviene del latín pallium, cuyo significado es "manto o cubierta", en referencia a la acción de aliviar síntomas o sufrimiento¹⁴⁷¹⁴⁸.

Durante el año de 1980 se crean equipos especializados en tratar el control de síntomas en enfermos terminales, esto en hospitales de tipo oncológico, para ello se crean los hospitales "*based terminal care*". El término "*hospice*" en francés puede utilizarse también como un símil de hospital. En Canadá, Balfour Mount, conociendo la posible confusión que podría existir

¹⁴³ Cfr. Centeno, C, Historia de Cuidados paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: <http://www.seepal.com/presentación/index.php?acc=historia%20CP>.

¹⁴⁴ Centeno, Clark "Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis". Journal of the Royal College of Physicians, vol 6, pp. 197-201

¹⁴⁵ Mount BM., Cohen. "Canada: status of cancer pain and Palliative Care" en J. Pain Symptom Manage, vol 8. No 6, pp. 395-8.

¹⁴⁶ St. Christopher's. Annual Report and Year Book 1990-91, Hospice. Londres: St. Christopher's Hospice, 1991

¹⁴⁷ Mount BM., Cohen. "Canada: status of cancer pain and Palliative Care"

¹⁴⁸ Billings, A. "What is Palliative Care" en Journal Of Palliative Medicine, vol. 1, Number 1, Mary Ann Liebert, 1998.

entre estos términos acuñó la palabra “cuidados paliativos”. En el caso de Inglaterra, en el año de 1987 se decidió nombrar Medicina Paliativa a esta especialidad, la misma que luego se convertiría en una subespecialidad de las ciencias médicas.

En estos “hospice” se brinda entonces cuidados paliativos. The Royal College of Physicians” define el término “Medicina Paliativa”: “*Is the study and a management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is quality of life*”¹⁴⁹

En caso de la Organización Mundial de la Salud; en adelante OMS, en 1980 incorpora de manera oficial el término “cuidados paliativos”, destinado en ese entonces a promover un programa de tratamiento para enfermos oncológicos. Es hasta el año de 1995 que la PAHO lo introduce como parte de ayuda social o asistencial.

Hasta el día de hoy el término *hospice* se utiliza en países como Estados Unidos y Gran Bretaña, para detallar servicios de tipo humanitario, para responder ante necesidades y requerimientos de enfermos llamados “terminales”.

2.4 Cuidados paliativos: clasificación y principios

Hanson, M.I. Callahan decía: “Tan importante es el objetivo de curar y prolongar la vida como el de ayudar a proporcionar una muerte en paz¹⁵⁰”. Como hemos mencionado durante el desarrollo del presente texto, los cuidados paliativos están destinados a atender las múltiples necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas y también los considerados enfermos terminales; a su vez del acompañamiento de los miembros que componen la familia de estas personas, que por el camino doloroso que afrontan, también ven mellado su equilibrio en muchos aspectos. Los cuidados paliativos permitirán hacer que la sobrevivencia de todo aquel beneficiado por los mismos sea respetada, a través de un paso por la enfermedad digno, considerando además el derecho a la vida, y la salud recogidos constitucionalmente¹⁵¹ como elementos sustanciales.

¹⁴⁹ Doyle, D. “Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine” en J R Coll Physicians Edinb, vol. 35, pp.199-205.

¹⁵⁰ Hanson, Mark J. and Callahan, Daniel. The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform.. Georgetown University Press, Washington DC, 1999.

¹⁵¹ Constitución Política del Perú: Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona Toda persona tiene derecho: 1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.
Artículo 7.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Clasificación: Los cuidados paliativos, atienden no solo los síntomas propios de la enfermedad; sino también los considerados efectos secundarios¹⁵² de la misma y pueden clasificarse de acuerdo con la finalidad que cumplen de la siguiente manera¹⁵³:

- a) De apoyo físico: las enfermedades crónicas y/o terminales traen consigo de por sí, un sin número de malestares físicos, aunados además a los malestares que acarrear en su mayoría tratamientos agresivos para contrarrestar la enfermedad base. Por ello, este tipo de apoyo está destinado a combatir síntomas como: dolor, náuseas, vómitos, fatiga, pérdida de apetito, problemas respiratorios, y además problemas relacionados con el sueño.
- b) De apoyo social: aquellos destinados a lograr mejorar la comunicación del paciente respecto a su situación emocional, facilitando de esta manera que el enfermo pueda expresar lo que siente y de ser el caso pertenecer además a grupos de apoyo. Para ello y en ciertas ocasiones, trabajadores sociales pueden facilitar la pertenencia del enfermo a círculos que permitan su mayor desenvolvimiento dentro de las circunstancias personales que le rodean.
- c) De apoyo emocional: este tipo de cuidado paliativo está destinado y/o enfocado en tratar los sentimientos que puede experimentar el enfermo durante la enfermedad crónica y/o terminal que lo aqueja, tales como: tristeza, ansiedad, estrés, depresión, enojo, entre otras. Especialistas (psiquiatras, psicólogos, terapeutas, etc.) en salud mental deberán brindar soporte emocional al paciente. De ser el caso y el especialista en salud mental lo considere necesario, se deberá brindar fármacos al paciente para ayudar a mejorar su estado de ánimo, con la finalidad de que éste, tenga mejor ánimo y disposición para hacer frente al tratamiento respectivo y a la situación que padece.
- d) De apoyo financiero: las enfermedades crónicas y/o terminales representan altos costos para la economía tanto del paciente, como de su entorno familiar. Por ello, a través de asesorías financieras se deberá brindar apoyo al enfermo para que este pueda encontrar la manera de sobrellevar sus inquietudes monetarias e intentar

¹⁵² Instituto Nacional del Cáncer. Efecto secundario. Diccionario de cáncer del NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/efecto-secundario>: “Efecto de un medicamento u otro tipo de tratamiento que se añade o va más allá del efecto deseado. Los efectos secundarios pueden ser perjudiciales o beneficiosos, y la mayoría desaparece por sí solos con el tiempo. Otros pueden continuar una vez que termina el tratamiento o aparecen mucho después de que este haya terminado. Algunos efectos secundarios comunes del tratamiento de cáncer son náuseas, vómitos, fatiga, dolor, recuentos sanguíneos bajos, caída del cabello y llagas en la boca”.

¹⁵³ American Cancer Society. Atención paliativa. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/tipos-de-cuidados-paliativos>

disminuir el estrés conexas a este tipo de situaciones. Será necesario entonces que se informe oportunamente respecto a costos de atención, cobertura de seguros, costo de fármacos, pagos por incapacidad o discapacidad, licencias médicas, obtención de medicamentos a bajo costo o gratuitos (de ser el caso).

- e) De apoyo espiritual: Este tipo de situaciones generan que en su mayoría los pacientes experimenten crisis de índole espiritual, cuestionándose el porqué de la situación que afrontan. De ser el caso y el enfermo así lo requiera, se deberá brindar acompañamiento espiritual a cargo de la comunidad espiritual al que pertenece. En su mayoría los centros hospitalarios cuentan con un capellán que podrá brindar este tipo de auxilio, independientemente del credo que el enfermo profese.

Principios: estos se encuentran contenidos en su mayoría en códigos de ética médica diversos; en el presente documento desarrollaremos los recogidos por la Dra. Paulina Taboada¹⁵⁴:

a) Principio de inviolabilidad de la vida humana

Para poder determinar con precisión la importancia y el deber que representa el cuidado y el respeto a la vida humana, citaremos a Mons. Elio Sgreccia;

“De hecho, la vida humana forma parte de la persona humana, participa de su ser y de su dignidad; esta realidad constituye la condición filosófico-antropológica del deber de respetar la vida humana. En segundo lugar, el deber del respeto se refiere también a la vida biológica de la persona en todas las fases de su desarrollo e implica una serie de deberes y límites en la acción del hombre sobre su vida corpórea: este es el aspecto bioético. Por último, la persona humana es titular de este deber que afecta a un conjunto de personas a distintos niveles: al sujeto mismo que tiene que respetar la propia vida y la de los demás, a los padres en su actitud ante el «nascituro» o ante los hijos ya nacidos, a los médicos en su deber profesional, a los legisladores y jueces responsables de la vida de los ciudadanos”¹⁵⁵

La vida, como expresión de la existencia corpórea es un requisito previo para la práctica de todos los derechos. En la actualidad, los debates de bioética indican que el derecho a la vida es supremamente personalísimo en el sentido que nadie debería seguir viviendo si ya no lo desea,

¹⁵⁴ Taboada, Paulina. Medicina y Cuidados Paliativos, Desafíos y principios éticos en medicina paliativa, Santiago de Chile, 2010, Ediciones Universidad Católica de Chile, pp. 41-50

¹⁵⁵ Sgreccia, Elio. La persona y el respeto de la vida humana. El Primado de la persona en la moral contemporánea: XVII Simposio Internacional de Teología de la Universidad de Navarra / edición dirigida por Augusto Sarmiento... [et al.], Servicio de publicaciones de la Universidad de Navarra, 1997, pp. 407-421

pudiendo así acabar con su vida en el momento que lo determine. (eutanasia¹⁵⁶). Respecto a ello, los profesionales de salud a través de su juramento hipocrático¹⁵⁷ se comprometen a lo siguiente:

A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

Este precepto representa una de las bases fundamentales de la Medicina Paliativa de la época contemporánea. Entonces, el respeto a la vida nos dice que no existen una carta abierta para reconocer un “derecho a morir”, sino a morir dignamente, a la forma en que el ser humano termina sus últimos días, con la misma grandeza con la que llegó a este mundo. Los cuidados paliativos permiten que los mínimos éticos en el morir del ser humano se respeten.

b) Principio de proporcionalidad terapéutica

Respecto a este principio se abre un abanico de posibilidades para el enfermo, quien deberá analizar con un conocimiento amplio de la situación todos los tratamientos y medicas curativas o paliativas que se le ofrezcan, valorando los beneficios que podría obtener en caso tome uno u otro tratamiento. Es aquí donde se enfrentan nuevos retos éticos y morales, ya que en diversas ocasiones el paciente rechaza tratamientos por índoles personales y ello acarrea la interrogante de si existen o no limites morales para preservar la salud de aquel sujeto que no desea cierto tratamiento.

Se deberá encontrar una “adecuada proporción” entre el medio empleado y el resultado, es decir, si el tratamiento acarrea intervenciones agresivas o desproporcionadas no existirá una exigencia moral obligatoria. El “juicio de proporcionalidad” se convierte en una herramienta efectiva para determinar la existencia o no de licitud moral, ya que la ausencia de ella devendrá en formas de eutanasia.

La Dra. Taboada¹⁵⁸ nos indica que el juicio de proporcionalidad debería tener en cuenta lo siguiente:

- Utilidad o inutilidad de la medida
- Alternativas terapéuticas, con sus respectivos riesgos y beneficios

¹⁵⁶ Ilora Finlay of Llandaff. Baronesa y profesora. Cuidados paliativos, Situación actual, Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer? Capítulo VI La Eutanasia: Lo que es y Lo que no es. Madrid, Ediciones Palabra, 2006, p.95.

¹⁵⁷ Colegio Médico de Chile. Juramento Hipocrático.

¹⁵⁸ Taboada, Paulina. Medicina y Cuidados Paliativos, pg. 41-50

- Pronóstico en sentido amplio; es decir, una estimación de la evolución global del paciente con y sin la implementación de la medida, incluyendo tanto criterios de sobrevivencia como de calidad de vida
- Costos en sentido amplio; esto es, las cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etcétera
- Disponibilidad real de la medida y cumplimiento de los requisitos necesarios para implementarla
- Circunstancias concretas del individuo, incluyendo sus valores y prioridades.

Es importante además mencionar que el análisis costo – beneficio no deberá ser analizado a la ligera, tomando opciones que vayan contra la licitud de la propia naturaleza del acto, es decir, se deberá analizar la finalidad del tratamiento, pero los medios, también deberán ser adecuados.

c) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

Respecto a ello, es conocido que el uso de opioides¹⁵⁹ busca alterar el estado de vigilia del paciente en estado terminal, causando en ciertos casos insuficiencia respiratoria, baja de presión, entre otras, esto hace que algunos consideren que su uso representaría un tipo de eutanasia.

La Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos, en adelante ALCP, señala que pacientes que sufren de cáncer sienten entre el 30% y 40% dolor en una fase inicial de la enfermedad, mientras que el 70% a 90% sufren de dolores intensos cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado, sin embargo, el uso de estos fármacos tiene una serie de limitantes que hacen que su uso se vea restringido o se realice de manera limitada. Las cifras son alarmantes si consideramos que en caso de países en desarrollo solo un 10% a 30% de pacientes reciben tratamiento. Mucho más preocupante es la situación de enfermedades crónicas de tipo no oncológico, ya que más del 50% de pacientes con enfermedades como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), insuficiencia renal o hepática, enfermedad

¹⁵⁹ Los opioides, a veces llamados narcóticos u opiáceos, son un tipo de droga. Incluyen fuertes analgésicos recetados como oxicodona, hidrocodona, fentanilo y tramadol. La droga ilegal heroína también es un opioide. Algunos opioides están hechos de la planta del opio y otros son sintético (...) Un profesional de la salud puede recetar un opioide para reducir el dolor después de haber tenido una lesión seria o una cirugía. Puede obtenerlos si tiene un dolor intenso debido a problemas de salud como el cáncer. Algunos proveedores los recetan para el dolor crónico. <https://medlineplus.gov/spanish/opioidsandopioidusedisorderoud.html>

pulmonar crónica obstructiva, generan dolor agudo de tipo quirúrgico, post quirúrgico y post traumático¹⁶⁰.

Las cifras antes descritas se dan en países considerados desarrollados, ya que la situación en países en vías de desarrollo es realmente atroz, ya que los pocos centros existentes especializados en terapias del dolor son de costo excesivamente alto y limitados para personas de mayores recursos, mientras que el ciudadano de escasos recursos y los pobres mueren día sin tratamiento y en agonía soportando los dolores más intensos sin ningún tipo de auxilio por parte del Estado al que pertenecen.

El manual para el uso de opiáceos para el tratamiento del dolor, destinado a Latinoamérica, nos menciona que estos medicamentos están destinados al bloqueo de la síntesis de las prostaglandinas que suprimen la sensación del dolor, y tienen como principales efectos secundarios: efecto antiagregante plaquetario, efecto gastrolesivo, efecto broncoconstrictor, alergias, diarrea, somnolencia, entre otras¹⁶¹.

Desde una perspectiva jurídica la disyuntiva se hallaría en encontrar una confluencia entre la promoción del bienestar del paciente y el respeto de su autonomía¹⁶². Por ello se deberá analizar en este punto la expresión de voluntad del paciente, su aceptación o negativa a recibir cierto tratamiento, esto significa que no solo se deberá valorar una perspectiva objetiva sino también subjetiva del propio afectado, quien tendrá un propio criterio, el mismo que se considera insustituible al momento de decidir respecto al propio tratamiento, y esto deja poco margen para la intervención o decisión de terceros.

En Perú, la intervención del Derecho Penal en esta rama puede verse incluida, ya que la omisión de intervención realizada por algún especialista de la salud podría ser considerada un delito, desde omisión de socorro y exposición al peligro (artículo 126 del Código Penal Peruano), delitos de homicidio (artículo 106 del Código Penal Peruano) o lesiones (artículos 121 al 214 del Código Penal Peruano).

El tratamiento del dolor es importante durante todo el proceso que cursa una enfermedad crónica o terminal, en cada fase de dicha dolencia la incorporación de medicamentos será trascendental, por ello, el médico deberá informar antes de suministrar el medicamento,

¹⁶⁰ ALCP, Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos. Uso de Opioides en tratamiento del dolor. Manual para Latinoamérica; 22 abril 2011. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>

¹⁶¹ Idem

¹⁶² Barbero Gutiérrez, J., Romeo Casabona, C., Gijón Yj. Júdez, P. "Limitación del esfuerzo terapéutico", en *Med. Clin.*, vol.,117, 2001, p. 587.

especialmente aquellas en donde el uso de analgésicos se vea involucrada, ya que el consumo de estos podría decantar en efectos adversos¹⁶³.

En este punto se podrá aplicar el principio ético formulado por Santo Tomàs de Aquino quien formuló ciertas condiciones para que “el principio de doble efecto”¹⁶⁴ se pueda aplicar. Entonces será necesario que ciertos requisitos se presenten, concisamente uno bueno y otro malo.

Serán cuatro condiciones para que no se impute a quien actúa de cierto modo el efecto negativo que su acción pudo generar:

- a) Que la acción sea buena en sí misma, o al menos indiferente
- b) Que exista una razón grave para realizar dicha acción, y que se busque un bien y este sea proporcional al daño que se podría recibir.
- c) Que el efecto bueno, no sea causado directamente por el malo.
- d) Que el efecto malo no se busque directamente; sino que solo se tolere.

Si procedemos con la aplicación del principio de doble efecto, si se suministra un tratamiento con dosis elevadas de opioides con fines analgésicos para aliviar el dolor, habiendo agotado todo tipo de terapia que no tenía efectos adversos, será desde el punto de vista ético, lícito, ya que, aunque tenga efectos negativos, los mismos no habrían sido buscados y deberán tolerarse, ya que lamentablemente ningún otro tratamiento sin efectos adversos habría funcionado. El uso de opioides será lícito en la medida que no habría sido la causa de muerte del paciente, sino únicamente utilizado como una técnica para aliviar su sufrimiento.

En el caso de sedación paliativa, se debería aplicar el mismo principio del doble efecto¹⁶⁵, ya que se anularía la opción de ejercer facultades de nivel superior, no se consideraría una conducta lícita privar del pensamiento crítico, la razón y conciencia a nadie, si no existiese una justificación válida y superior para dicho acto. En este caso, esta técnica deberá ser utilizada como último recurso y en momentos previos al fenecimiento del enfermo, y la dosis deberá ser suministrada en estricto cuidado para evitar la supresión respiratoria que genera como efecto secundario dichos medicamentos. En ninguna circunstancia la sedación paliativa deberá ser utilizada por factores irrelevantes, como la falta de personal médico para la atención de pacientes, etc.

¹⁶³ Blanco Corder, Isidoro. Relevancia Penal de la Omisión de la Información Terapéutica en el marco del tratamiento del dolor. Aspectos Médicos y Jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia, Madrid, Editorial Unión, 2008, p. 50

¹⁶⁴ García Norro, Juan José. Principio del doble efecto en el *ius in bello*, Scripta Theologica – Universidad Complutense, Vol 46, España, 2014, pp. 307-327

¹⁶⁵ Cfr. Hodelín TR. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MediSan;16(6), 2012, p. 949-959.

d) Principio de veracidad

El miedo a la muerte es innato a todo ser humano desde el principio de la humanidad. Un enfermo terminal aun conociendo la realidad respecto a su situación, teme al futuro, por ello, los cuidados paliativos deben estar destinados a hacer de esta realidad “una verdad soportable”; por ello, el acompañamiento afectuoso dentro de un núcleo de apoyo favorecerá la frialdad de la realidad. Es parte además de la responsabilidad medica el prever las posibilidades ante las posibles complicaciones y síntomas que se presentarán con la evolución de la enfermedad. Se deberá implementar las medidas necesarias para que tanto el paciente, como su familia, estén informados en todo el proceso de la enfermedad, para que así se pueda evitar decisiones precipitadas o malas decisiones que podrían acarrear un fin aún peor al previsible.

e) Principio de no abandono

Es un reto para todos los profesionales vinculados con la medicina paliativa mantener una relación cercana con pacientes destinados a morir, establecer una comunicación basada en la empatía se convierte en una de las principales herramientas para lograr acompañar y consolar a pacientes que aun sin alternativas de curación, merecen un trato digno por el solo hecho de ser personas. Solo exceptuando casos graves de objeción de conciencia sería condenable abandonar enfermos porque rechacen ciertos tratamientos, lo ideal entonces sería, afianzar los vínculos de confianza para lograr que recapaciten y tomen la mejor alternativa para aliviar su sufrimiento, preservando claro está, el valor que tiene todo ser humano, por el simple hecho de vivir.

2.4.1 Esfuerzo terapéutico: adecuación y límites

Al final de la vida humana, y cuando más cerca se está de la muerte, en caso de enfermos crónicos y terminales, surge la duda de hasta dónde debe llegar la intervención de los tratamientos médicos, sobre todo, cuando dichos tratamientos ya no tienen una función curativa o posibilidad alguna de conseguir la mejoría del paciente.

Es entonces que surge el término de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (en adelante LET)¹⁶⁶, el mismo que consiste en la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

¹⁶⁶ Cfr. Couceiro, A. “Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia”. En: *Ética en Cuidados paliativos*. Couceiro, A. Triacastela. 2004, p.45.

de España, hace referencia a la adecuación del esfuerzo terapéutico y la obstinación terapéutica¹⁶⁷ en su declaración OMC-SECAL:

- La adecuación del esfuerzo terapéutico: Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente.
- Obstinación terapéutica: Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia. Es preferible evitar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa”.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios, en su mayoría serán útiles, pero en casos concretos dichos actos pueden resultar infructuosos o de poca utilidad para ciertos pacientes; por ello, se debe considerar que un tratamiento médico no resulta útil; ni tampoco necesario, en los siguientes casos¹⁶⁸:

- a) Si es innecesario, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillo.
- b) Si es inútil porque el enfermo está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- c) Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- d) Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- e) Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

Es imprescindible mencionar entonces que la causa de la muerte del paciente, es el transcurso natural de la enfermedad y el deterioro físico que esta genera; más no, la práctica médica.

¹⁶⁷ OMC. Definición de cuidados paliativos, obstinación terapéutica, eutanasia y suicidio asistido. Declaración OMC-SECPAL - Nota de prensa. 19 septiembre 2015. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica>

¹⁶⁸ Cfr. Sanz, J. ¿Qué es bueno para el enfermo? Medicina Clínica (Barcelona); 119(1), 2002, pp. 18-22.

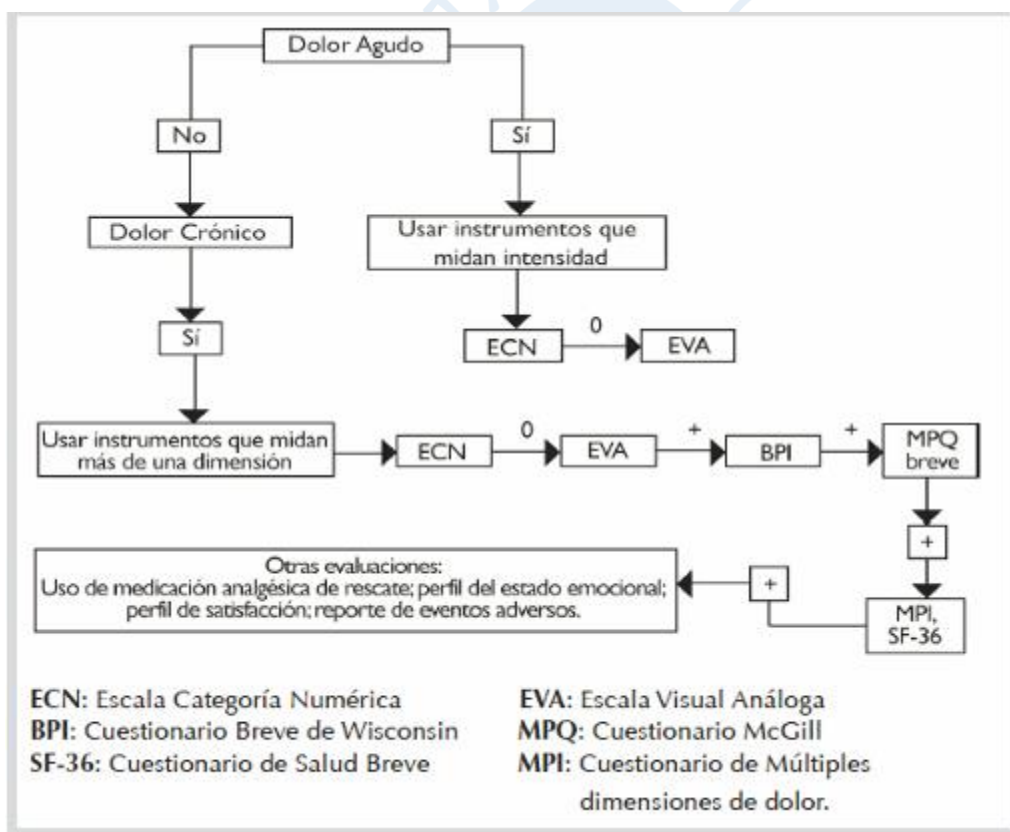
2.4.2 Los opiáceos como herramienta para combatir el dolor

Cuando un enfermo entra a una fase crítica de su enfermedad el dolor lo invade, nubla toda perspectiva de mejoría o de peor aún, seguir viviendo. Nadie debería sufrir un dolor tan fuerte que anule su dignidad como ser humano hasta llegar al punto de desear la muerte. El dolor como tal, es bastante complejo, por ello en algunos pacientes se requiere una evaluación multidimensional del mismo.

Para conocer el grado de dolor que experimenta un paciente entonces se deberá determinar el tipo de dolor (agudo, crónico, neuropático o nociceptivo), el tipo de paciente (niño, adulto, anciano, con déficit cognitivo) y la patología de base¹⁶⁹. La Figura 1 muestra una herramienta médica para la medición del dolor¹⁷⁰.

Figura 1

Medición del dolor



Nota. Tomado de Bilbeny (s.f.)

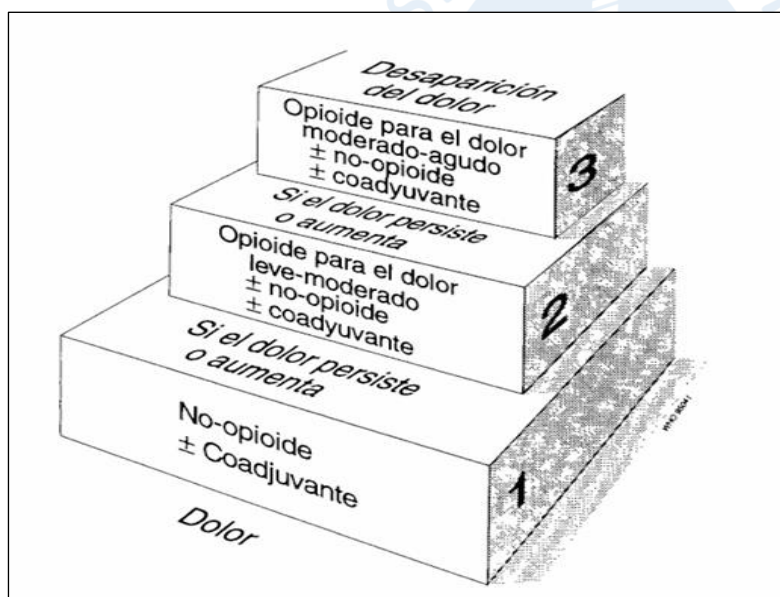
¹⁶⁹ Ministerio de Salud Pública. Uso de opioides en tratamiento del dolor manual para Latinoamérica. 18 mayo 2014. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/uso-opioides-tratamiento-del-dolor-manual-para-latinoamerica>

¹⁷⁰ Bilbeny N. Medición del dolor en clínica. En: El dolor, de lo molecular a lo clínico. Editores C Paeile, N Bilbeny. Editorial Mediterránea, pp. 283-302.

La Organización Mundial de la Salud, en el año de 1968 en Ginebra publicó un documento titulado “alivio del dolor del cáncer”, el cual en el año de 1996¹⁷¹ formuló su segunda edición. En dicho documento se recoge la llamada “escalera analgésica”, la misma muestra el uso o aplicación secuencial de los medicamentos, se recoge qué tipo de fármacos aplicar, desde casos leves de dolor, hasta el dolor agudo. Respecto a ello en el primer escalón se recogen medicamentos no opioides contra el dolor; si este medicamento no funciona se añade un medicamento del segundo escalón, opioide para el dolor leve o moderado, si dicha combinación no surte efecto, se deberá utilizar un opioide para el dolor moderado a agudo del tercer escalón. No deberá utilizarse más de un medicamento por grupo a la vez, si la fórmula no funciona, se podrán utilizar medicamentos coadyuvantes según el criterio del especialista, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2

Escalera analgésica



Nota. World Health Organization (1996)

En cuanto al tipo de medicamentos que se deberían utilizar en el primer escalón tenemos el Ácido Acetilsalicílico, el Paracetamol, el Ibuprofeno, y la Indometacina¹⁷².

Los medicamentos opiáceos generan dependencia física posterior al uso continuo, por ello su uso debe ser adecuadamente controlado, no obstante, y como señala la OMS en este

¹⁷¹ World Health Organization. Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides, 2a ed. Organización Mundial de la Salud, 1996, pág. 15. <https://iris.who.int/handle/10665/41854>.

¹⁷² World Health Organization. Alivio del dolor en el cáncer, p. 18.

documento, la “drogodependencia”¹⁷³ no se visualiza en enfermos contra el cáncer, ya sea niños o adultos. Los opiáceos se dividen en¹⁷⁴: a) Opiáceos para el dolor leve a moderado y b) Opiáceos para el dolor moderado a agudo. Se utilizará en diferente dosis y según el caso concreto medicamentos tales como: codeína por vía oral, morfina por vía oral o inyectable, opio, tramadol, hidromorfona, metadona, levorfanol, petidina, oxicodona, buprenorfina, entre otros. Entonces ¿Cuál es la dosis correcta a aplicar al enfermo? La que surte efecto.

Por otro parte, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, en su Manual para Latinoamérica del Uso de Opioides¹⁷⁵ nos expone una realidad lamentable respecto al uso de estos medicamentos, en tanto existe:

1. Falta de conocimiento y actitudes equivocadas acerca del dolor y los opioides.
2. Políticas y legislaciones que regulan los medicamentos fiscalizados excesivamente restrictivas.
3. Barreras y fallas en el sistema de requisición y distribución de medicamentos fiscalizados.
4. Alto costo de algunos medicamentos para el tratamiento del dolor y la falta de cobertura de los analgésicos opioides en los formularios nacionales.

La OMS ha publicado un nuevo informe¹⁷⁶ sobre el acceso a la morfina, en tanto siendo un medicamento fundamental para aliviar el dolor, su distribución es desigual y no se satisfacen las necesidades de todos los pacientes que la requieren. La diferencia en el consumo medio estimado de morfina es entre 5 y 63 veces (traducido para fines académicos del inglés al español), superior en los países de ingreso alto frente a los de ingreso bajo¹⁷⁷. Estas cifras se condicen con los datos publicados por la Comisión Lancet en 2018¹⁷⁸, que recoge la falta de acceso a medicina analgésica como “una de las desigualdades más atroces y ocultas en la salud mundial” (traducido del inglés por finalidades académicas), ya que el 10% de los países más ricos, tiene el 90% de los opioides distribuidos, en equivalentes de morfina.

¹⁷³ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 28° informe. Ginebra (OMS, Serie de Informes Técnicos, N.º 836

¹⁷⁴ World Health Organization. Alivio del dolor en el cáncer: pp. 19 - 26.

¹⁷⁵ ALCP, Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos. Uso de Opioides en tratamiento del dolor.

¹⁷⁶ World Health Organization. Left behind in pain: extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and actions to improve safe access. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369294/9789240075269-eng.pdf>

¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. Un nuevo informe revela que las personas con necesidades médicas “quedan atrás a causa del dolor”. 16 junio 2023. <https://www.who.int/es/news/item/16-06-2023-people-with-medical-needs-are-left-behind-in-pain--reveals-new-report>

¹⁷⁸ Knaul, Felicia Marie; Farmer, Paul; Krakauer, Eric; De Lima, Liliana; Bhadelia, Afsan; Jiang Kwete, Xiaoxiao. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet, 12 october 2017. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32513-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32513-8/abstract)

2.5 La Organización Mundial de la salud y los cuidados paliativos

La OMS es un organismo de las Naciones Unidas (ONU), que nació el 07 de abril de 1948 y tiene como principios básicos la salud de todos los pueblos y la eliminación de desigualdad entre los diferentes países, así como la extensión a todos los pueblos en la búsqueda de alcanzar el grado más alto de salud¹⁷⁹.

Para la OMS los cuidados paliativos¹⁸⁰ serían los siguientes:

- Brindar alivio ante el dolor y cualquier síntoma que genere sufrimiento.
- Que el proceso de morir siga un curso natural, sin adelantos ni retrasos.
- Que los cuidados paliativos sean recibidos por los pacientes durante las distintas etapas de la enfermedad.
- Unificar dentro de los cuidados paliativos elementos espirituales y psicosociales.
- Favorecer la vida activa de los pacientes dentro de lo posible hasta el momento más cercano a la muerte.
- Centrarse en mejorar la calidad de vida del paciente.
- Se deberán aplicar terapias para prologar la vida y coadyuvar mediante cuidados paliativos desde las fases tempranas de la enfermedad.
- Fomentan la investigación para el análisis de casos clínicos complejos y para ampliar la comprensión respecto a las diferentes situaciones que afronte el paciente.
- Ser cercanos a los pacientes y sus familias, intentado resolver todas sus inquietudes y necesidades.

En el año 2014 la Asamblea Mundial de la Salud, con su Resolución 67.191 publica la primera resolución con destino mundial sobre cuidados paliativos, documento en el cual se insta a la OMS y a todos los Estados miembros a poner ahínco en mejorar el acceso a los cuidados paliativos, mencionando así la atención primaria, comunitaria y domiciliaria. Los cuidados paliativos están insertos en la Declaración de Astaná¹⁸¹ y hacen sinergia con la Asamblea Primaria de Salud (APS) y se adoptan las siguientes medidas¹⁸²:

- (1) Hacer elecciones políticas valientes para la salud en todos los sectores;

¹⁷⁹ Organización Mundial de la Salud. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

¹⁸⁰ Irurzun Zuazabal, Josu. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal, 20 noviembre 2017. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>

¹⁸¹ World Health Organization. Declaration on Primary Health Care, Astana 2018. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>

¹⁸² Global Conference on Primary Health Care. Conferencia Mundial sobre atención primaria de salud. 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

- (2) Construir una atención sanitaria primaria sostenible;
- (3) Empoderar a los individuos y las comunidades;
- (4) Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

La tarea de la OMS respecto a la fortificación de los cuidados paliativos¹⁸³ consiste en:

- Inclusión de cuidados paliativos en sistemas de salud a nivel mundial
- Proyectar directrices vinculadas con todos los grupos de enfermedades y niveles de atención, tomando en cuenta cuestiones éticas relacionadas con la materia.
- Conminar a los Estados Miembros a mejorar el suministro y acceso de este tipo de medicamentos.
- Favorecer la obtención de cuidados paliativos en niños, promocionando un amplio acceso para ellos (en unión con UNICEF)
- Seguimiento mundial del acceso a los cuidados paliativos y análisis de evolución de programas.
- Fomento de dotación de recursos para programas e investigaciones sobre la materia, sobre todo en países con pocos recursos.
- Creación de modelos basados en pruebas sobre cuidados paliativos que sean eficaces en contextos de ingreso bajo e ingreso mediano.

La OMS es consciente de la realidad de los cuidados paliativos a nivel mundial, ya que de 100 personas que requieren cuidados paliativos, solo un 10% puede acceder a ellos, y esta cifra se incrementará en la medida que la población es cada vez más longeva y las enfermedades no transmisibles aumenten. Se prevé que para el año 2060 la necesidad de cuidados paliativos se habrá casi duplicado¹⁸⁴, por ello la necesidad de tomar medidas urgentes es inmediata.

Por tal, la OMS en el año de 2021 ha emitido dos informes técnicos con la finalidad de ayudar a sus Estados miembro a analizar el desarrollo de los cuidados paliativos, así como la búsqueda de la satisfacción y la calidad de dichos servicios médicos.

En estos informes se realiza la evaluación del desarrollo de cuidados paliativos en el mundo a través de un conjunto de indicadores viables¹⁸⁵.

A través de estos documentos se busca crear un consenso mundial respecto a determinar el grado de desarrollo de los cuidados paliativos, para ello se analiza el consumo de analgésicos

¹⁸³ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.

¹⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. La OMS toma medidas para hacer frente a la flagrante escasez de servicios de cuidados paliativos de calidad. 5 octubre 2021. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>

¹⁸⁵ World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicator. 29 september 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>

opioides para el tratamiento de enfermedades en estado terminal. La resolución WHA67.19 de la OMS, nos indica que el modelo conceptual de cuidados paliativos estará conformado por seis componentes:

- i) Servicios integrados de cuidados paliativos.
- ii) Políticas de salud relacionadas con los cuidados paliativos.
- iii) Uso de medicamentos esenciales.
- iv) Educación y capacitación,
- v) Investigaciones relacionadas con los cuidados paliativos,
- vi) Empoderamiento de las personas y participación comunitaria.

Los expertos, a través de un consenso global, ha determinado que son 18 los indicadores que permitirán el seguimiento y la evaluación de los cuidados paliativos en países que se encuentran en fase de desarrollo de estos, para esto se pretende que la atención primaria de salud: transformando la visión en acción¹⁸⁶.

2.6 Los cuidados paliativos en países en desarrollo

La segunda edición del “Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica”¹⁸⁷ (en adelante, el Atlas) elaborado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos, el International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) y el grupo Atlantes de la Universidad de Navarra, ha convertido en una importante fuente informativa respecto al desarrollo y despliegue que tiene este derecho esencial dentro de las sociedades de países que, a diferencia de países desarrollados, no tienen el mismo grado de industrialización e ingreso per cápita, lo que implica que la salud debiendo ser un derecho esencial, se descuide y postergue hasta límites insospechados.

Respecto al documento antes mencionado se recogen cifras e índices de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

La realidad respecto a este derecho esencial es preocupante, los Estados se enfocan en disciplinas diferentes según lo que individualmente consideran “improrrogable” otorgando para la rama paliativa presupuestos mínimos y hasta inexistentes.

¹⁸⁶ Cfr. World Health Organization., Unicef. Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. 2020, pp. 1–106

¹⁸⁷ Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020 (2ª ed.). Houston: IAHPC Press, 2021. <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/>

Las cifras y datos, permiten conocer la realidad y motivar el cambio, incentivando la creación de programas que favorezcan la aplicación del derecho esencial a los cuidados paliativos como un derecho básico en salud.

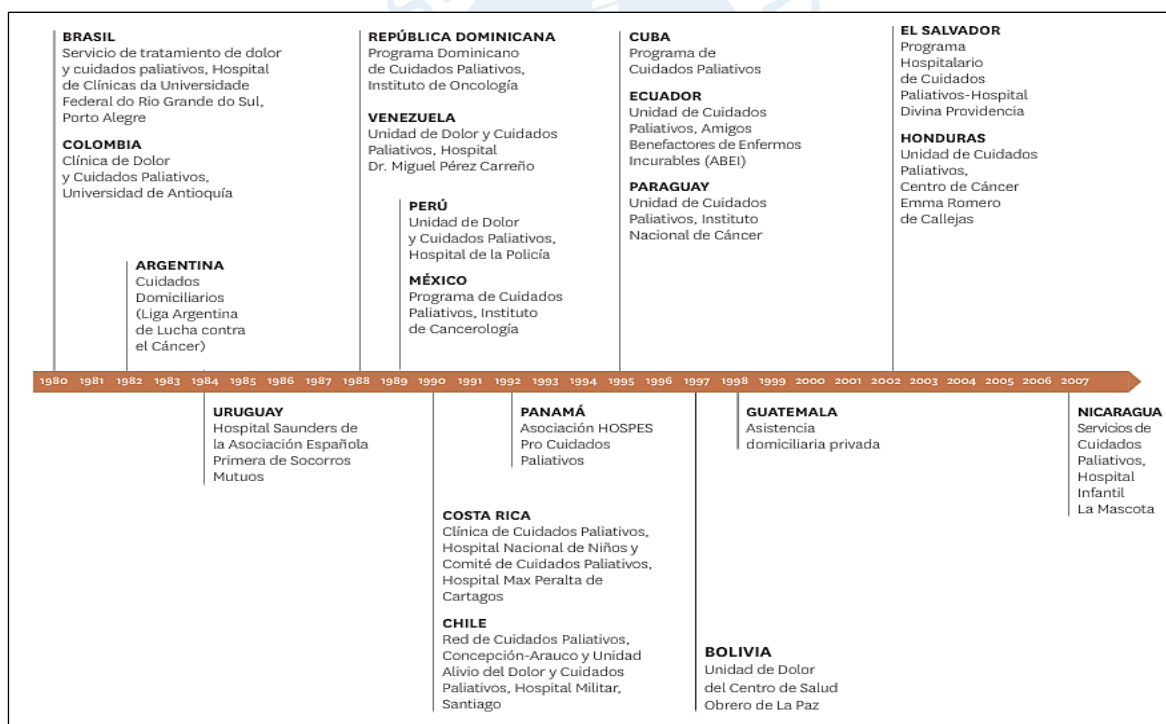
Pese a que a fecha presente no se ha obtenido los resultados que los profesionales en cuidados paliativos esperan, es preciso indicar que se observa un crecimiento de equipos en cuidados paliativos totales¹⁸⁸.

Para conocer la realidad de los cuidados paliativos, el Atlas determina el surgimiento de los cuidados paliativos por país y el año en que estos aparecen “por primera vez”¹⁸⁹. Se muestra en Figura 3.

Además, se establece la cantidad de equipos paliativos intra y extrahospitalarios dentro de la región¹⁹⁰. Se muestra en la Tabla 1.

Figura 3

Atlas cuidados paliativos



Nota. Pastrana T, De Lima L, y Otros. 2020

¹⁸⁸ Atlas Cuidados paliativos, pág. 11 “Entre los principales hallazgos se observa un crecimiento en el número de equipos de cuidados paliativos totales con 2,6 equipos/servicios por millón de habitantes (rango entre 24,50 a 0,58), que continúan siendo insuficientes para la creciente necesidad. La mayoría de estos equipos (44,8 %) funcionan en el ámbito hospitalario exclusivamente, un tercio (30,3 %) son equipos mixtos y 24.6 % son exclusivos de primer nivel de atención. Los equipos móviles son el modelo predominante (1,63/millón de habitantes) y los servicios de hospicio los más escasos. Los equipos de cuidados paliativos pediátricos representan el 7,9 % de los servicios reportados”.

¹⁸⁹ Pastrana T, De Lima L, y Otros. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020, p. 20.

¹⁹⁰ Idem

Tabla 1*Cantidad de equipos paliativos*

PAÍS*	TOTAL DE EQUIPOS		EXCLUSIVAMENTE INTRAHOSPITALARIOS		EXCLUSIVAMENTE EXTRAHOSPITALARIOS		EQUIPOS MIXTOS	
	Total de equipos	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	482	10,79	422	9,44	39	0,87	21	0,47
Bolivia	20	1,78	8	0,71	9	0,80	3	0,27
Brasil	198	0,94	68	0,32	16	0,08	114	0,54
Chile	244	13,41	12	0,66	70	3,85	162	8,90
Colombia	79	1,60	40	0,81	20	0,40	19	0,38
Costa Rica	73	14,74	1	0,20	52	10,50	20	4,04
Ecuador	78	4,63	42	2,49	34	2,02	2	0,12
El Salvador	25	3,90	21	3,28	3	0,47	1	0,16
Guatemala	11	0,64	5	0,29	3	0,17	3	0,17
Honduras	6	0,64	0	0,00	3	0,32	3	0,32
México	120	0,92	41	0,31	29	0,22	50	0,38
Panamá	55	13,21	10	2,40	36	8,65	9	2,16
Paraguay	24	3,48	3	0,43	21	3,04	0	0,00
Perú	19	0,58	11	0,34	4	0,12	4	0,12
Rep. Dominicana	16	1,47	6	0,55	10	0,92	0	0,00
Uruguay	85	24,50	9	2,59	20	5,76	56	16,14
Venezuela	27	0,83	0	0,00	20	0,62	7	0,22

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua

Nota. Pastrana T, De Lima L, y Otros. 2020

En cuanto a las asociaciones de cuidados paliativos¹⁹¹, el Atlas recoge los siguientes datos, estando el Perú, Guatemala y Chile, como los países que a la fecha de elaboración del documento contaban con más asociaciones de este tipo. Ver Tabla 2

Tabla 2*Asociaciones de cuidados paliativos*

PAÍS	AÑO	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN
Argentina	1994	Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)
Bolivia	En proceso	Asociación Alianza Boliviana de Cuidados Paliativos (AABCP)
Brasil	1999 2005	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (inactiva) Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)
Chile	1990 2014 2015 2018	Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED) Asociación Científica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (MEDOPAL) Sociedad Chilena de Medicina Paliativa (SOCHIMEDPAL) Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile (SMCP)
Colombia	1996 2014	Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP) Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC)
Costa Rica	2006 2013 2019	Asociación Costarricense de Medicina Paliativa y Medicina del Dolor (ACMP y MD) Asociación de Residentes y Especialistas en Medicina Paliativa (ASOPALLIUM) Asociación de profesionales en Enfermería en Cuidados Paliativos de Costa Rica
Ecuador	2018	Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP)
El Salvador	2010	Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)
Guatemala	2003 2014 2019 2020	Asociación Guatemalteca de Dolor y Cuidados Paliativos (AGDP) Asociación Guatemalteca de Medicina Paliativa (AGMEPAL) Asociación Guatemalteca de Tanatología y Cuidados al Final de la Vida Asociación Sociedad de Cuidados Paliativos y Longevidad
Honduras	2006	Sociedad Hondureña para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SHETD)
México	2019	Colegio Mexicano de Cuidados Paliativos y de Soporte
Panamá	2015	Asociación Panameña de Cuidados Paliativos (APCP)
Paraguay	2016	Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (APMyCP)
Perú	2013 2017 2018 2019	Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP) Asociación Peruana de Enfermeras en Cuidados Paliativos (APEECP) Asociación Médica Peruana de Cuidados Paliativos (AMPACP) Red Peruana de Enfermería en Cuidados Paliativos
Rep. Dominicana	2011	Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del dolor y cuidados paliativos (ADETDYCP)
Uruguay	2001	Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMyCP)
Venezuela	2010	Sociedad Venezolana de Cuidados Paliativos (SOVEMEPAL)

Nota. Pastrana T, De Lima L, y Otros. 2020

¹⁹¹ Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020 (2ª ed.). Houston: IAHP Press, 2021, p. 35. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/>

En relación a la distribución de opioides en kilogramos equivalentes en morfina oral, se cuenta con las cifras mostradas en la Tabla 3.

Tabla 3

Distribución de opioides

PAÍS	FENTANILO DOME*	MORFINA DOME	HIDROMORFONA DOME	OXICODONA DOME	CODEÍNA DOME	MEPERIDINA DOME	TOTAL DOME
Argentina	273,1	442,6	2,4	40,1	0	4,5	762,7
Bolivia	7,8	1,4	0	0,4	0	0,1	9,7
Brasil	891,9	422,6	0	19,6	0	51,5	1385,6
Chile	372,6	85,1	0	4,1	12,8	4,1	478,7
Colombia	267,8	97,7	43	139,6	0	8	556,1
Costa Rica	9,8	26,1	0	6,2	0	0	42,1
Cuba	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Ecuador	20,5	6,5	0	14,7	0	0	41,7
El Salvador	11,4	4,1	0	10,1	0	2,7	28,3
Guatemala	18,1	3,5	0	11,5	0	5	38,1
Honduras	4,6	0,8	0	1,7	1,5	0,4	9,0
México	146,4	47,8	0,2	28,7	0	0	223,1
Nicaragua	4,8	2,2	0	2,8	0	0	9,8
Panamá	31,1	3,7	0	8,9	0	1,1	44,8
Paraguay	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Perú	74,6	28,1	0	35	0	3,2	140,9
República Dominicana	5,7	12,8	0	6,2	0,3	0,1	25,1
Uruguay	20,7	21,5	0	0,1	0	0,4	42,7
Venezuela	7,7	0	0	0	0	0	7,7

* Kilogramos de opioides distribuidos en equivalentes de morfina oral

Nota. Pastrana T, De Lima L, y Otros. 2020

Se concluye entonces que los países en vías de desarrollo requieren una mayor intervención estatal que favorezca la implementación de cuidados paliativos y su favorecimiento, tomando en consideración que dentro de 30 años se duplicará la cifra de pacientes que requiere cuidados paliativos, de 26 a 48 millones, y que más de la mitad de personas que adolezcan enfermedades necesitarán de este tipo de cuidados¹⁹²¹⁹³.

En el escenario peruano, país en vías de desarrollo, y en la consecución de encontrar un final digno para la vida, más aún cuando son vidas de niños que sufren o adolecen alguna enfermedad crónica terminal, Casa Kuyhana, una asociación sin fines de lucro, pone a disposición el primer *hospice* de tipo pediátrico en el Perú y el tercero en Latinoamérica (los otros Casa Luz en Chile¹⁹⁴ y Casa Colibrí en México¹⁹⁵)

¹⁹² Organización Mundial de la Salud. La OMS toma medidas

¹⁹³ Universidad de Navarra. La mitad de la población mundial necesitará en 2060 cuidados paliativos en procesos graves y al final de la vida. 23 junio 2022. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/23/06/2022/la-mitad-de-la-poblacion-mundial-necesitara-en-2060-cuidados-paliativos-en-procesos-graves-y-al-final-de-la-vida/content/lovPblW1fC70/39362842>

¹⁹⁴ Diario Uchile. Se inaugura en Chile el primer Hospice Pediátrico de Sudamérica. 28 abril 2022. <https://radio.uchile.cl/2022/04/28/se-inaugura-en-chile-el-primer-hospice-pediatrico-de-sudamerica/>

¹⁹⁵ 24 horas diario sin límites. El primer hospice pediátrico en México: “Casa Colibrí”. 25 noviembre 2021. <https://www.24-horas.mx/2021/11/25/el-primer-hospice-pediatrico-en-mexico-casa-colibri/>

Este establecimiento está ubicado en Cusco, en el Valle Sagrado de los Incas, en un área de más de tres mil metros cuadrados. En las manos de su directora, Mónica Pfeiffer, tanatóloga de profesión, se consolidó este proyecto que permite a menores de hasta 18 años encontrar apoyo integral en la última etapa de su vida. Se observa en su perfil público de internet¹⁹⁶: “Poner el foco en esta población también responde a la ausencia de políticas públicas que promuevan un sistema de cuidados paliativos pediátricos y una mirada social, médica, emocional y espiritual ante este momento tan trascendental de la vida”. Se brindan servicios de enfermería, cuidados paliativos, terapias tanto para los niños como para sus familias, se ofrece, además, acompañamiento espiritual y apoyo en etapa de duelo.

Es importante mencionar que este hospice puede alojar hasta 10 niños y sus familias en simultáneo; por ello es importante que reciban la mayor cantidad de donaciones, para hacer posible esta tan beneficiosa opción dentro de nuestro territorio.

Por su parte, la Universidad de Piura, promueve el premio “Esteban Campodónico”, mediante el cual se busca favorecer proyectos o alternativas que busquen brindar servicios a favor de la sociedad peruana. Este premio¹⁹⁷ nació por un acuerdo entre la Universidad de Piura y la Fundación Clover de Nueva York en 1994, el mismo que tenía por finalidad cumplir la voluntad testamentaria de su creador, don Esteban Campodónico (1866 – 1938).

Vidawasi¹⁹⁸, organización sin fines de lucro promovida por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, fue declarada ganadora del premio Campodónico 2022. La iniciativa “Virgen de Vidawasi”¹⁹⁹, es la Primera Ciudadela de Salud Infantil”, ubicada en el Valle Sagrado de los Incas, Urubamba – Cusco, con una extensión de 14 hectáreas. Tiene como principal objetivo²⁰⁰: Salvar vidas proporcionando acceso igualitario y de alta calidad en atención pediátrica especializada y lucha contra el cáncer infantil en el Perú. Sus pilares son: amor, ciencia y dignidad. Gracias a estas iniciativas altruistas, los cuidados paliativos también pueden proporcionarse y desarrollarse dentro del Perú, recordando que no solo deben ser aplicados en los últimos momentos de vida; sino desde que se tiene conocimiento de la existencia de una enfermedad crónica; como es el caso del cáncer infantil.

¹⁹⁶ Casa Khuyana. ¿Quiénes somos? Hospice pediátrico. <https://casakhuyana.org/>

¹⁹⁷ Universidad de Piura. Premio Campodónico. <https://www.udep.edu.pe/campodonico/>

¹⁹⁸ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Vidawasi Perú gana el premio Esteban Campodónico 2022. 5 julio 2022. <https://cayetano.edu.pe/noticias/peru-gana-premio-esteban-campodonico-2022/>

¹⁹⁹ Vidawasi. Vidawasi al servicio de la vida. <https://www.vidawasiperu.org/nosotros/>

²⁰⁰ Ídem.

2.7 Cuidados paliativos en el mundo: La internacionalización de una nueva filosofía sobre cuidados paliativos

La Dra. Carmen de la Fuente Hontañón²⁰¹, vicepresidente De Paliativos Sin Fronteras, Miembro De La IAHPC Y EAPC, considera que las unidades de cuidados paliativos deberían estar presentes en todas las especialidades médicas donde la cronicidad esté presente.

En la actualidad los cuidados paliativos no son una especialidad médica, como si lo es la Medicina Interna o la Pediatría; y es que su finalidad no es crear algunos pocos o muchos especialistas, sino es atravesar transversalmente todas las especialidades médicas, más aún cuando no existe rama de la medicina que no atienda pacientes con enfermedades crónicas o terminales. En ese sentido, todo profesional en la salud debería tener conocimiento respecto a cuidados paliativos, así como su aplicación y fomento.

Cuidar y atender en esta materia al paciente, como Indica Carlos Centeno, director del Observatorio Global de Cuidados paliativos “Atlantes” de la Universidad de Navarra²⁰² (En adelante, Atlantes) consigue en los enfermos mejorar su situación de manera integral, por ello señala:

“Con la medicina paliativa hacemos presente que cuidar genera alegría, nos dignifica y nos hace mejores como personas y como sociedad”.

Atlantes informa²⁰³ además que del total de personas que sufren una enfermedad grave en todo el mundo (61 millones de personas), solo un 8% de ellos (siete millones) tienen accesos a los cuidados paliativos. En España, cada año fallecen 160.000 personas sin recibir cuidados paliativos. De ellos, 1.300 son niños. Estas cifras nos muestran que los cuidados paliativos, aun siendo un derecho esencial al ser parte del derecho a la salud, enaltecer el derecho a la vida y combatir la tan temida eutanasia, no se han extendido como deberían, y solo unos cuantos acceden a ellos.

En esta línea de investigación “Atlantes” informa a través de sus plataformas de comunicación que²⁰⁴:

²⁰¹ El Heraldo de México. Cuidados paliativos contra el cáncer, en el Día Mundial Contra El Cáncer, Entrevista a la Dra. Carmen de la Fuente Hontañón. Revista mexicana “Los Heraldos de México”: 1 de febrero de 2024, <https://heraldodemexico.com.mx/opinion/2024/2/1/cuidados-paliativos-contra-el-cancer-574271.html>

²⁰² ICS Universidad de Navarra. Una visión positiva de la atención y cuidado de las personas con enfermedad grave. Atlantes Global Observatory of Palliative Care. Los paliativos atlantes. 27 mayo 2022 <https://www.unav.edu/documents/10162/32688501/ics-paliativos-atlantes.pdf>

²⁰³ Ídem.

²⁰⁴ Universidad de Navarra. La mitad de la población mundial necesitará en 2060 cuidados paliativos en procesos graves y al final de la vida. 23 junio 2022. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/23/06/2022/la-mitad-de-la-poblacion-mundial-necesitara-en-2060-cuidados-paliativos-en-procesos-graves-y-al-final-de-la-vida/content/lovPblW1fC70/39362842>

De acuerdo con las estimaciones de la comunidad científica, la proporción de adultos que necesitan actualmente cuidados paliativos por cáncer es relativamente alta para todas las regiones y, especialmente, en Europa (41,3%) y América (40,8%). En África predomina el sida (77%), mientras que en Asia (40%), el Mediterráneo oriental (19%) y, en menor medida Europa (15%), las dolencias cerebrovasculares son también causa de esta demanda. Asimismo, la demencia cobra especial importancia en esta última región (18%); (el resaltado es nuestro).

Por su parte la OMS²⁰⁵, comparte cifras alarmantes respecto a la realidad de los cuidados paliativos en el mundo; indica que “la mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos”.

El acceso a los cuidados paliativos es insuficiente²⁰⁶, se estima que anualmente 40 millones de personas —el 78% de las cuales viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano— necesitan cuidados paliativos. En el caso de los niños, el 98% de los que necesitan tales cuidados viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano; casi la mitad de ellos, en África.

Según un estudio de 234 países, territorios y regiones realizado en 2011, los servicios de asistencia paliativa solo estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42% de los países carecía de ese tipo de servicios, y un 32% adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados²⁰⁷.

En 2010, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes concluyó que los niveles de consumo de analgésicos opiáceos en más de 121 países eran “insuficientes” o “muy insuficientes” para atender las necesidades médicas básicas. En 2011, el 83% de la población mundial vivía en países en que el acceso a analgésicos opiáceos era escaso o nulo²⁰⁸

²⁰⁵ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.

²⁰⁶ Idem.

²⁰⁷ Cfr. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013; 45(6), pp.1094-106

²⁰⁸ Cfr. Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. *J Pain & Palliative Care Pharmacother*, 2011; 25, pp. 6-18.

Lastimosamente y frente a esta realidad, el Fentanilo, opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente²⁰⁹²¹⁰, se ha convertido en una de las principales drogas de consumo en los Estados Unidos de América²¹¹, generando sobredosis en muchas personas drogadictas que no consumen el medicamento con fines terapéuticos. El Diario “El País” detalla que dicha droga procede de México²¹².

Existe mucho por hacer, el ser humano necesita ser respetado y atendido, más aún en fases difíciles y cercanas a la muerte, el camino es complicado; pero los avances son significativos, en la medida que los cuidados paliativos como tales recién tienen poco más de 100 años desde su inicio formal (con Cicely Saunders), y solo 30 años desde que la OMS los incorpora y promueve como un programa para tratar a los enfermos de cáncer²¹³. Leyes como las de Chile, que consagran el reconocimiento y protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Terminales y el Buen Morir²¹⁴²¹⁵, Ley 21.375, nos permiten mantener la esperanza y entusiasmo en el trabajo y el fomento de políticas públicas que permitan su aplicación a nivel mundial.

Por otro lado, los niños también enferman, y por dolencias de tipo oncológico o terminal experimentan dolor en muchos casos. En el año de 1993, la OMS²¹⁶ y la Organización Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) reunieron a profesionales de la salud de diferentes especialidades médicas, tales como anestesiólogos, pediatras, enfermeros, psicólogos y psiquiatras, entre otros; estos encontraron que el tratamiento del dolor en cancer infantil

²⁰⁹ Cfr. Volpe DA, Tobin GAM, Mellon RD, et al. Uniform assessment and ranking of opioid Mu receptor binding constants for selected opioid drugs. *Regul Toxicol Pharmacol.* 59(3), 2011, pp. 385-390. doi: 10.1016/j.yrtph.2010.12.00

²¹⁰ Higashikawa Y, Suzuki S. Studies on 1-(2-phenethyl)-4-(N-propionylanilino)piperidine (fentanyl) and its related compounds. VI. Structure-analgesic activity relationship for fentanyl, methyl-substituted fentanyls and other analogues. *Forensic Toxicol.* 26(1), 2008 pp. 1-5. doi:10.1007/s11419-007-0039-1

²¹¹ McPhillips, Deidre. Nuevo informe detalla el aumento mortal de sobredosis con fentanilo en EE.UU. CNN noticias de salud. 3 mayo 2023. <https://cnnespanol.cnn.com/2023/05/03/informe-aumento-mortal-sobredosis-fentanilo-eeuu-trax/>

²¹² Ferri, Pablo. México decomisa cantidades récord de fentanilo en plena crisis de sobredosis en Estados Unidos. El país. 20 diciembre 2021. <https://elpais.com/mexico/2021-12-20/mexico-decomisa-cantidades-record-de-fentanilo-en-plenas-crisis-de-sobredosis-en-estados-unidos.html>

²¹³ Cfr. De Lima, L., Bruera, E. “The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean” en *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 20, No. 6, 2000. pp. 440-448

²¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Chile: Nueva ley consagra como derecho universal el acceso a cuidados paliativos. 2 diciembre 2021. <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>

²¹⁵ Boletín N° 12507-11 paliativos. Mensaje N° 015-367. Santiago, 27 marzo 2019. <https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-No12507-11-paliativos.pdf>

²¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil.pdf (binasss.sa.cr), 1999. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Alivio%20del%20dolor%20y%20tratamiento%20paliativo%20en%20el%20c%C3%A1ncer%20infantil.pdf>

debería ser prioritario e importante, pese a que la curación de la enfermedad sea incurable. El niño enfermo entonces; debe recibir una adecuada atención hospitalaria, por ello a nivel mundial, existen entidades que buscan reconocer e identificar los objetivos y finalidades respecto a la atención de esta población que requieren cuidados especiales.

Los niños son sujeto de derecho en la mayoría de Estados en el mundo, por ello la Convención de los Derechos del Niño fue aprobada por Asamblea de Naciones Unidas y es un tratado de carácter vinculante, ratificado por 193 Estados; respecto a ello se considera su bienestar integral como tema prioritario.

La OMS pone especial atención en el tratamiento para el dolor en enfermedades oncológicas de niños, por ello en el año 2012 elabora una serie de Directrices sobre el tratamiento farmacológico en estas situaciones²¹⁷.

Respecto a los derechos de niños enfermos o moribundos, Lizbeth Quezada²¹⁸ recoge:

1. Tengo derecho a ser considerado una persona con derechos propios y no una propiedad de mis padres, los doctores o la sociedad.
2. Tengo derecho a llorar.
3. Tengo derecho a no estar solo
4. Tengo derecho a crear fantasías.
5. Tengo derecho a jugar, porque –aunque esté muriendo– sigo siendo un niño.
6. Tengo derecho a comportarme como un adolescente.
7. Tengo derecho a que mi dolor sea controlado desde el día de mi nacimiento.
8. Tengo derecho a saber la verdad sobre el estado en que estoy.
9. Mis preguntas deben ser contestadas con honestidad y verdad.
10. Tengo derecho a que mis necesidades sean satisfechas de manera integral.
11. Tengo derecho a una muerte digna rodeado de mis seres queridos, mis juguetes y mis cosas.
12. Tengo derecho a morir en casa y no en un hospital, si así lo quiero.
13. Tengo derecho a sentir y expresar mis miedos.
14. Tengo derecho a recibir ayuda, junto con mis padres, para afrontar mi muerte.
15. Tengo derecho a sentir enojo y frustración por mi enfermedad.

²¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. OMS. 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595840/>

²¹⁸ Derecho familiar – Fundación Pro Unidad de Cuidado Paliativo. <https://www.cuidadopaliativo.org/derecho-familiar/>

16. Tengo derecho a no sufrir dolor cuando se llevan a cabo procesos de diagnóstico o tratamiento.
17. Tengo derecho a no aceptar tratamientos cuando no hay cura para mi enfermedad, pero sí a recibirlos para mejorar mi calidad de vida.
18. Tengo derechos a cuidados paliativos, si así lo deseo.
19. Tengo derecho a ser sedado en el momento de mi muerte, si así lo elijo.
20. Tengo derecho a que mis padres entiendan que, aunque los quiero mucho, naceré a una nueva vida.

En el caso de Italia, la Fundación Maruzza, logró un gran hito para la Atención Paliativa de los Niños en Fase Terminal, logrando una legislación específica en Italia en el año 2010, a través de la Ley N° 38; para ello esta Fundación recoge una serie de recomendaciones generales de actuación a través de la “Carta de los Derechos de los Niños Moribundos²¹⁹”, por ello y como indica Franca Benini y Roberta Vecchi:

“La Carta analiza las necesidades del niño moribundo, define sus derechos e indica cómo hacer frente a sus necesidades físicas, psicológicas, relacionales, éticas y espirituales, así como a las de la familia y otras personas cercanas y que contribuyan a su cuidado. Pone el énfasis en que estar muriendo no debilita los derechos de una persona; por el contrario, la fragilidad y la complejidad de la condición de los niños aumenta su importancia y no deja lugar a su negación.”

Los derechos recogidos son los siguientes:

- “1. A ser considerado como “una persona” hasta su muerte, sea cual sea la edad, lugar, condición y contexto del cuidado.
2. A recibir un tratamiento eficaz, completo, cualificado, integral y un cuidado continuado, para alivio del dolor y de otros síntomas físicos y psicológicos que produzcan sufrimiento.
3. A ser escuchado e informado adecuadamente sobre su enfermedad con la debida consideración a sus deseos, edad y capacidad para comprender.
4. A participar, en base a sus capacidades, valores y deseos en la elección de los cuidados y tratamientos relacionados con su vida, enfermedad y muerte.
5. A expresar sus sentimientos, deseos y expectativas y a que éstos sean tomados en consideración.

²¹⁹ Carta de Trieste sobre los niños moribundos – Paliativos Sin Fronteras.
<https://paliativossinfronteras.org/carta-de-trieste-sobre-los-ninos-moribundos/>

6. A que se respeten sus creencias culturales, espirituales y religiosas y a recibir asistencia espiritual y soporte de acuerdo con sus deseos y elecciones.
7. A tener una vida social y relacional adecuada a su edad, condiciones y expectativas.
8. A estar rodeado por miembros de la familia y seres queridos que estén comprometidos en la organización y la provisión de su cuidado y a que éstos reciban apoyo en el manejo de los problemas emocionales y económicos que puedan surgir por su situación.
9. A ser cuidado en un lugar apropiado para su edad, necesidades y deseos y que permita a la familia estar cercana y participar en su cuidado.
10. A tener acceso a servicios de cuidados paliativos pediátricos que respeten su mejor interés y a que se eviten tanto las maniobras fútiles como las excesivamente molestas y el abandono terapéutico”.

A nivel mundial se convierte en una necesidad improrrogable y urgente la atención de cuidados paliativos pediátricos; por ello, en setiembre de 2009, la Internacional Children’s Palliative Care Network (ICPCN)²²⁰ elaboró la Declaración de la Ciudad del Cabo (Sudáfrica), firmada por 43 organizaciones en donde se indica lo siguiente:

Como parte de la comunidad de profesionales de Cuidados Paliativos Pediátricos, reconocemos las inequidades que existen en la provisión de servicios entre los diferentes países. Como parte de una red, somos colectivamente una fuente de conocimientos, habilidades y criterios y nos comprometemos a compartir todos los aspectos posibles para lograr nuestra visión de conjunto. Nos comprometemos a la creación de un grupo que investigue aspectos facilitadores que permitan la puesta en práctica de esta colaboración a nivel mundial y que además lleve adelante el establecimiento de esta estrategia, utilizando todos los medios de comunicación que sean necesarios. Nos comprometemos individual y colectivamente a identificar y promover oportunidades para la mutua colaboración.

En el 2013, y durante el XIII edición del Congreso Mundial de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos en Praga, se redactó La Carta de Praga²²¹, documento que buscaba reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano. Dicho documento cuenta con la firma de: la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPCC), la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) y el Observatorio de Derechos Humanos (ODH) son los firmantes de la Carta.

²²⁰ Improving palliative care for the world’s children. <https://icpcn.org/about-icpcn/>

²²¹ Carta de Praga: se urge a los Gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano - International Drug Policy Consortium (IDPC). <https://idpc.net/es/publications/2014/01/carta-de-praga-se-urge-a-los-gobiernos-a-aliviar-el-sufrimiento-y-a-reconocer-los-cuidados-paliativos-como-un-derecho-humano>

La Dra. Rosario de la Fuente y la Dra. Carmen de la Fuente²²², indican acertadamente lo siguiente:

Si toda situación de enfermedad requiere cuidado, la fase terminal, y la pediátrica en particular, es una oportunidad única para profundizar en las raíces del ser humano, potenciando su derecho a vivir hasta el final en las mejores condiciones posibles. Mejorar su cuidado debe ser fuente de estímulo para los profesionales de la salud para adquirir los mejores conocimientos y la mayor destreza posible en el manejo de las técnicas paliativas y antiálgicas para alivio de su sufrimiento, teniendo siempre en cuenta su dimensión física, psicológica y espiritual, y dar apoyo también a sus familias. Debemos recordar, como decía Jacinto Benavente, que “en cada niño nace la humanidad” y que nuestro deber es protegerlo.



²²² De la Fuente, R. y De la Fuente, C. Los derechos del niño enfermo y los cuidados paliativos: un derecho humano a reconocer. En R. Sobrados, A. Novoa, R. Roman y J. Mosqueira (Eds.), Derecho y Medicina: una perspectiva legal sobre la salud. Themis 2021, Lima – Perú, pp. 297-316. Disponible en recurso electrónico <https://pirhua.udep.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/920ec760-b879-419b-a987-ef85ab08bbc3/content>

Capítulo 3

Aspectos éticos y jurídicos sobre los cuidados paliativos

3.1 La importancia de los cuidados paliativos como servicio de salud en el Perú

Los cuidados paliativos en nuestro país aún no tienen la relevancia necesaria como servicio de salud, desde su formación los profesionales de salud deberían adquirir competencias que les permita brindar a los pacientes con enfermedades oncológicas o con padecimientos crónicos o terminales; una vida y una muerte digna, esto se ha convertido en los últimos años en un reto para todos los profesionales dedicados a estos cuidados ya que son complejos, y requieren de un trabajo multidisciplinario con un sistema y recursos humanos que se fusionen y trabajen adecuadamente, enfrentándose en muchas ocasiones a dilemas éticos y a los llamados aspectos legales.

Es cierto que a través de los años los sistemas de salud han ido variando y enfrentando nuevos retos debido a los cambios demográficos, a enfermedades preexistentes que se han vuelto crónicas y terminales, pero esto a la par con los avances de la ciencia, se puede observar que la información y la educación en cuanto a cuidados paliativos en personas con enfermedades terminales es muy escasa, incluso en los centros que brindan esta atención paliativa, no hay una normativa, por lo tanto la gestión de servicios y la capacitación del personal es insuficiente.²²³

La Organización Mundial de la Salud (*OMS*) manifiesta: “Que el sistema de salud de un país es considerado universal cuando se incluye dentro de este a los llamados cuidados paliativos”.²²⁴

Además, nos indica que cada país al incluirlo en su sistema asume el gran reto de financiar e implementar en los diversos niveles de atención servicios especializados que brinden estos cuidados a los pacientes y sus familias con enfermedades terminales, las cuales están en aumento en diversos grupos etarios ocasionando mayor presencia de morbilidad o de discapacidad en las personas que las padecen.

El Observatorio Internacional nos dice: “que sólo el 15% de países a nivel mundial han incluido los servicios paliativos en sus sistemas de atención sanitaria, además refiere que la

²²³ Runzer-Colmenares F.M. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos. Acta Med Perú. 36(2), 2019, pp.134-44<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a10v36n2.pdf>

²²⁴ Navarro-Hernández M. Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención. Aten Fam; 24(3), 2017, pp. 95-96. Disponible en [cuidados pall.pdf](#)

mayoría tiene algún tipo de servicio dedicado a la atención paliativa pero no es muy accesible y se encuentra fragmentado²²⁵.

Los esfuerzos han sido enormes por mejorar estos cuidados paliativos en nuestro país, pero lamentablemente nuestro sistema de salud precario y la gran demanda de paciente no nos ha permitido darles el interés debido a estos cuidados que lo único que desean es lograr mejorar la calidad de vida a pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas degenerativas y terminales, según el informe de la Asociación Latinoamericana (2014)²²⁶

El Perú, no posee en el primer nivel de atención y en forma domiciliaria servicios dedicados a los llamados cuidados paliativos; mientras que en el nivel dos posee solo un servicio de cuidados paliativos, en el segundo nivel de atención solo se cuenta con una unidad de cuidados paliativos, y cuenta con 7 unidades de cuidados paliativos en el tercer nivel en su mayoría en la ciudad de Lima²²⁷.

El primer servicio de cuidados paliativos como tal se inicia en 1989 en el Hospital de la Policía Nacional llamado: “Unidad de Dolor y Cuidados paliativos”, posteriormente se crea el primer servicio de Medicina Paliativa y tratamiento del dolor en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el año 1999, pero solo especializado a dar el soporte necesario a pacientes oncológicos y no a los que padecían enfermedades terminales, todo esto conlleva a que en el año 2003 se cree la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos gracias a un conjunto de profesionales entre ellos la Dra. María Berenguel Cook; fundadora y promotora de los servicios paliativos en nuestro país²²⁸.

A lo largo de estos años los profesionales de esta sociedad vienen promoviendo la importancia de los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas en los diversos estadios, brindando el soporte necesario a sus familias y allegados, en coordinación con el Colegio Médico del Perú difundiendo conocimientos y prácticas, fomentando estudios, ética, nueva terapéutica, así como capacitando a voluntarios o asociados.

Durante los años 2010 al 2017 se han logrado implementar nuevas áreas dedicadas a estos cuidados en instituciones de tercer nivel como son Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

²²⁵ Sepúlveda Bermedo, Cecilia. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vía de desarrollo. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LA-OMS-Y-LOS-CP-EN-PAISES-EN-DESARROLLO.pdf>

²²⁶ Pastrana T, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica.

²²⁷ Ídem.

²²⁸ Dávila Flores Diego. Dávila Flores, Diego Antonio. Producción científica sobre cuidados paliativos oncológicos en adultos mayores en Latinoamérica, en Scopus y en la Biblioteca virtual en salud. Tesis para título de Médico Cirujano. UNAP. Facultad de Medicina https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/6339/Diego_Tesis_Titulo_2019.pdf

Martins, Instituto de Salud el Niño, Hospital Central FAP, Hospital Naval, y el centro Oncológico “Rosa Mística” (Hospital Regional de Loreto) con el principal objetivo de brindar los cuidados y el tratamiento del dolor con calidad, calidez, en forma eficaz y con mucha equidad.²²⁹

A pesar de que existen leyes que han sido creadas por nuestro Estado Peruano para lograr mejorar el Plan de Cuidados paliativos, lamentablemente podemos observar que nuestro sistema de salud es deficiente, que a pesar que se promulguen leyes en favor de nuestros enfermos no podemos hacer más de lo que queremos hacer, ya que no existe un buen financiamiento, una infraestructura adecuada, recursos humanos suficientes capacitados para que puedan brindar los cuidados adecuados, sumado a esto la gran demanda de pacientes en los centros hospitalarios que es imposible cubrir, la poca información y educación de estos cuidados a nuestros pacientes y para empeorar la situación se debe decir que en los que existen deficiencias en los centros donde se brindan los cuidados paliativos, ya que no tienen un marco normativo adecuado, no poseen una buena gestión y el personal capacitado es limitado.

En este sentido diremos que los cuidados paliativos son servicios de salud de gran importancia a nivel mundial y que contribuyen a que las personas tengan los cuidados esenciales durante todo el proceso de morir respetando sus derechos y su dignidad como personas, ya que todos los enfermos que se encuentran en ese trance necesitan alguien que este a su lado el cual será su apoyo tanto en lo humano, en lo médico o en lo jurídico²³⁰.

3.2 Breve análisis a la Ley N.º 30846 y a la Resolución Ministerial N.º 939-2021/MINSA y su anexo

El 19 de Setiembre del 2018 el Poder Ejecutivo promulga Ley N° 30846²³¹ la cual da lugar a la creación del Plan Nacional de Cuidados paliativos para enfermos con cáncer y no cáncer, en el cual el Ministerio de Salud como ente rector considere a los cuidados paliativos dentro del Sistema Nacional de Salud y convoque a todas las entidades del sector público y privado conocedores de esta especialidad para que puedan apoyar con sus conocimientos en el desarrollo de dicho plan, el cual tiene como objetivo brindar al paciente y sus allegados una vida de calidad, y que permita que aquellas enfermedades que son crónicas progresivas que

²²⁹ Dávila Flores Diego. Producción científica sobre cuidados paliativos oncológicos.

²³⁰ Sánchez-Barragán, Rosa de Jesús, Vassallo-Cruz, Kathya Lisseth, Gonzales-Montenegro, Katherinne Jhoana. Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú. Vol. 4, N° 2, 2021, pp. 124 – 140.

²³¹ El Peruano. Diario Oficial El Peruano cuidados paliativos.pdf Publicación Oficial

tienen alto riesgo de muerte y que generan gran dependencia, puedan contar con el apoyo espiritual y psicológico según sus necesidades y con una visión intercultural²³².

Desde hace dos décadas aproximadamente la OMS viene impulsando los llamados cuidados paliativos por lo cual diversos países comenzaron a través de sus políticas nacionales a incluirlos dentro de su sistema de salud como son²³³ Australia, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Eslovenia España, Francia, Hungría, India, Irlanda, Mongolia, Noruega, Reino Unido, Rumania, Polonia, Singapur, Suiza, Sudáfrica, Uruguay, Uganda y Vietnam. En países como África Subsahariana se vinculan estos cuidados solo al SIDA o cáncer, mientras que otros países como el nuestro trata de implementarlo e integrarlo dentro del sistema de salud que cada vez es más insuficiente debido al aumento de enfermedades crónicas degenerativas en los diferentes grupos etarios y que a pesar que se ha generado leyes para gestionar o crear planes que ayuden a los profesionales a implementar servicios de cuidados paliativos esto es realmente caótico para lo que verdaderamente persigue esta parte de la ciencia que es proteger al enfermo y respetar su dignidad.

El Perú se encuentra dentro de estos países que a la fecha no ha podido conseguir implementar en sus diferentes niveles de atención estos cuidados que son de gran importancia y que a la vez son desconocidos por gran parte de la población con enfermedades crónicas o terminales,²³⁴ siendo un requisito indispensable y de carácter humano a nivel mundial que les permita a estos pacientes en estadios ya avanzados o con sin posibilidad de curación, vivir y morir dignamente en el momento y en el lugar que lo requieran.

Todo ser humano sin importar su raza su posición social o económica, ya sea niño o adulto tienen derechos inalienables y con ellos los deberes correspondientes que la sociedad debe respetar y valorar, no pueden tratar al ser humano como cosas o animales, porque posee dignidad, la cual se ve muchas veces afectada sobre todo al final de la vida con trato no éticos no respetando el derecho de autonomía y la toma de decisiones de estos pacientes y de su entorno familiar. El Estado Peruano busca a través de esta ley que los cuidados sean dados de acuerdo a la necesidad de cada paciente respetando sus decisiones y convicciones.

El concepto de cuidados paliativos trata de rescatar lo que fundamenta este cuidado que no es únicamente técnico o solo está circunscrito a dar tratamiento de la enfermedad, como lo

²³² Villa DS. Normas Legales. Ley que crea el Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas, 19 de Setiembre; 2021.

²³³ Wright M et al. Mapping levels of palliative care development: a global view, Nov 2006 http://www.eolcobservatory.net/global/pdf/world_map.pdf

²³⁴ Estrella Rosales, B. "Conocimientos sobre cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería oncológica de la universidad Lima, Perú, año 2020. tesis nobert.pdf

hace en la actualidad la medicina peruana aliviando solo los síntomas, esto va más allá, se extiende a otras dimensiones del portador de la enfermedad.²³⁵

Este citado plan hace entender a todos el cambio de paradigma de la medicina paliativa con respecto a la tradicional logrando que interpretemos de forma amplia la idea de morir dignamente. En muchas oportunidades los enfermos piden ayuda para dar término al sufrimiento y desean acelerar su muerte porque sienten temor, un gran desgaste emocional, sentimientos de querer terminar todo ese dolor y depresión que se ha generado debido a lo que están viviendo, pero la medicina paliativa puede aliviar todo esto, asegurarle al paciente con una enfermedad degenerativa y terminal que se le dará hasta el último momento condiciones de bienestar tanto físico como psicológico a pesar que ya no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones.²³⁶

Por su parte la Resolución Ministerial N°939-2021/MINSA publicada en el diario “El Peruano” en donde se aprobó el Documento Técnico ‘Plan Nacional de Cuidados paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas 2021-2023’ como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, así como de sus cuidadores, familias y comunidad, busca fortalecer la implementación y aplicación de dichos cuidados²³⁷.

Para Palacios²³⁸, director ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer (Minsa), este plan: “se basa en lineamientos y principios dados por la OMS en donde indica que estos cuidados deben estar orientados a prevenir y aliviar el dolor, orientados a la detección precoz, a la evaluación y a la terapéutica idónea de todo tipo física, psicosocial o espiritual”.

Con este plan dado por el gobierno se trata de incorporar de manera integral estos cuidados paliativos a nuestro sistema de salud logrando beneficiar a los pacientes con enfermedades en estado grave y avanzada, a sus familiares y a sus cuidadores, que puedan acceder a este servicio sin distinción de ninguna índole, no solo para brindarle el alivio a sus dolencias físicas u otras que se generan por la misma enfermedad, sino también haciendo respetar sus derechos y necesidades del enfermo. Este plan dado nos permitirá incorporarnos al

²³⁵ Devay de Freitas, Eni. Manifiesto por los cuidados paliativos en educación en medicina: estudio dirigido de la Carta de Praga Rev. bioét. (Impr.). 25 (3), 2017; pp. 527-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253209>

²³⁶ Enfermería: Cuidados Humanizados, Vol. 5, n°2 - diciembre 2016 - ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: pp. 2393-660

²³⁷ Ministerio de Salud. Ministerio de Salud aprueba Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. 29 julio 2021. <https://www.gob.pe/es/institucion/minsa/noticias/508810-ministerio-de-salud-aprueba-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-para-enfermedades-oncologicas-y-no-oncologicas>

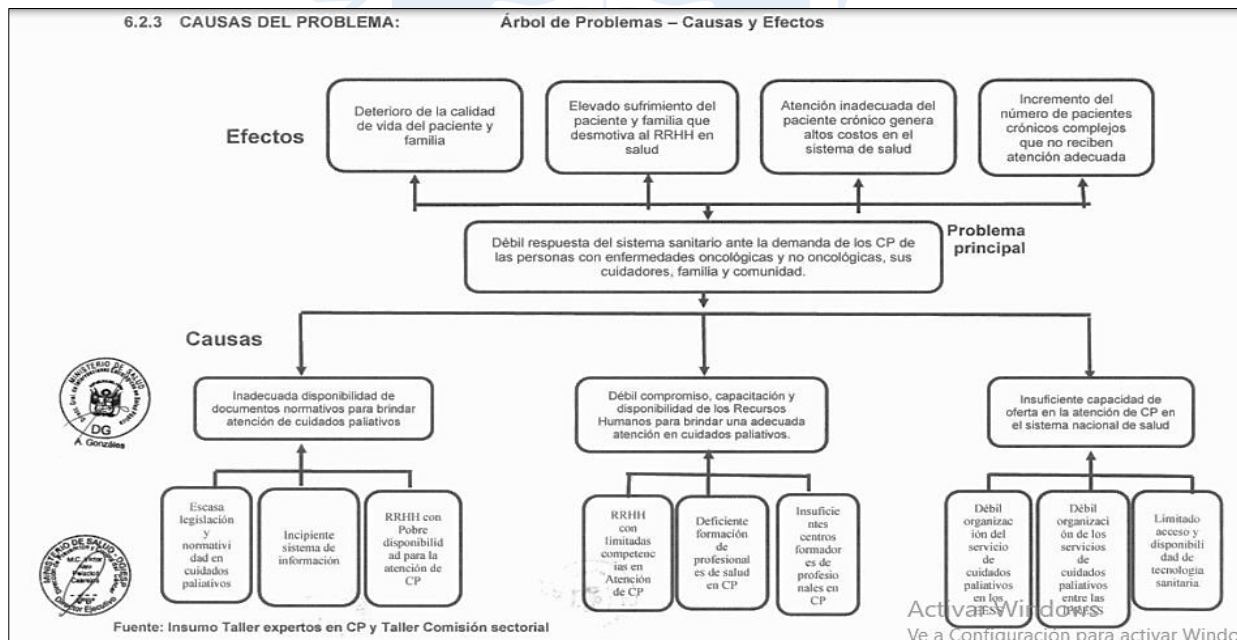
²³⁸ Ídem

trabajo que se viene realizando en diversos países latinoamericanos, en donde sus leyes respaldan estos cuidados y permiten brindarles a los pacientes una mejor calidad de vida para ellos y su entorno familiar, ya que sabemos que aquel que cursa con una enfermedad genera dependencia y cuidados complejos que logren su bienestar físico y psicológico a través de una terapia multidisciplinaria no solo para ellos sino para su entorno familiar y social.

Al incorporarse en nuestro sistema de salud el llamado “Plan Nacional de Cuidados paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021 – 2023”, el cual, señala como finalidad²³⁹ “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona y la familia, previniendo y aliviando el sufrimiento causado por una enfermedad tributaria de atención de cuidados paliativos” y como objetivo general²⁴⁰ “Mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familia y comunidad, durante el periodo 2021-2023”, podemos entender no solamente la voluntad de nuestro gobierno de que todos puedan acceder a los cuidados paliativos, sino también las deficiencias que se pueden encontrar a lo largo del periodo de este plan, el cual, puede identificarse en la Figura 4²⁴¹:

Figura 4

Deficiencias en el plan



Nota. Insumo Taller expertos en CP y Taller comisión sectorial

²³⁹ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 939-2021-MINSA. 28 julio 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>, p. 5

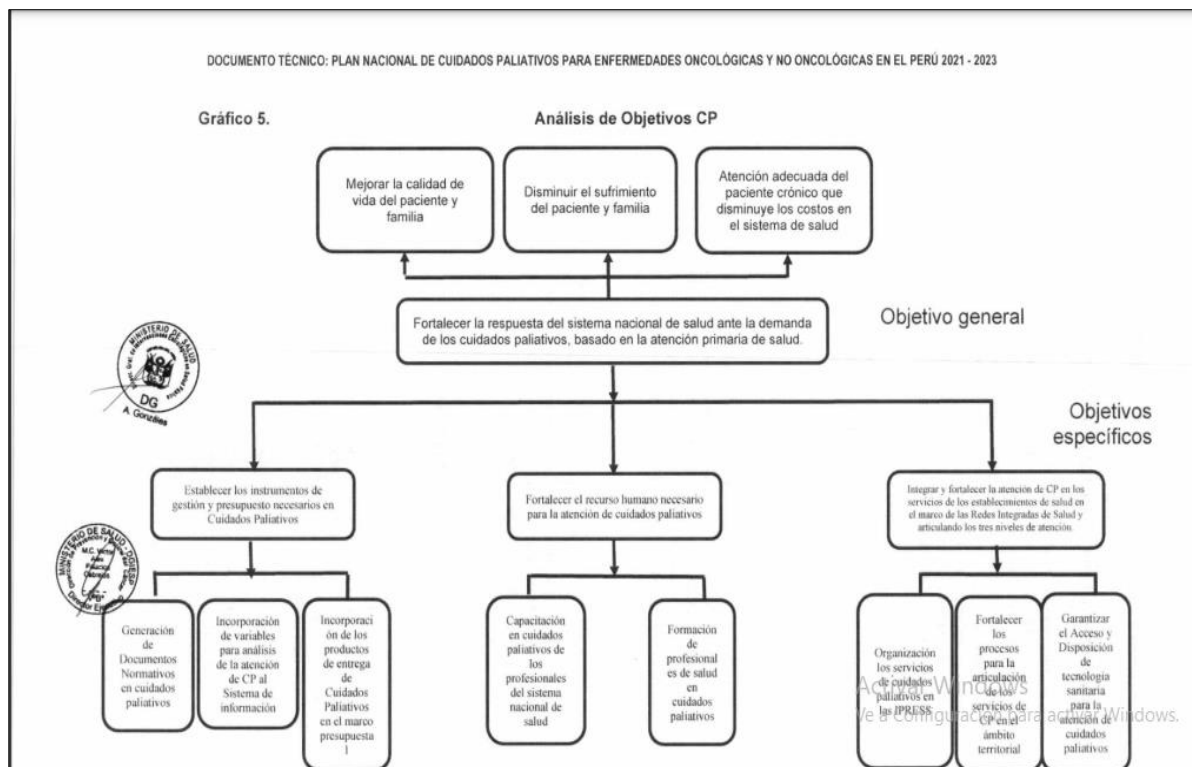
²⁴⁰ Idem.

²⁴¹ Ibidem p. 27

Por otro lado, tenemos los objetivos tanto generales como específicos que menciona el dicho plan, los cuales, pueden resumirse así en la Figura 5²⁴²:

Figura 5

Objetivos general y específico del plan



Nota. Ministerio de Salud (2021)

De las figuras puede desprenderse la problemática de los cuidados paliativos en el Perú y el enfoque de los objetivos que quieren lograrse para estos.

Según informa el Plan Nacional, los recursos con los que se desarrollaría son netamente del Ministerio de Salud, y para ello, organizó la aplicación de dicha estrategia a nivel²⁴³: nacional, regional y local.

- A nivel Nacional: se buscaría la creación de comités expertos en cuidados paliativos, tanto en MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas-FFAA, Policía Nacional del Perú; así como también la participación de La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control del cáncer, la Dirección y Control de enfermedades no transmisibles, raras y huérfanas, la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis,

²⁴² Ibidem p. 27

²⁴³ Ibidem pp. 41 y 42.

Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, Dirección y Control de la Discapacidad, así como también la Dirección de Servicios de atención móvil de urgencias.

- A nivel Regional: Gobierno Regional y Consejo Regional de Salud. A través de la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, emitirá dispositivos normativos para el manejo presupuestal y de recursos que permitan la implementación del Plan.
- A nivel Local: a través de establecimientos de salud, el mismo que deberá ser socializado y difundido en su jurisdicción, para así, poder implementarse.

Se estima además que deberá existir acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan, para ello se deberá de manera continua recabar información, análisis e interpretación y a su vez, difundir información, de manera que de encontrarse dificultades se puedan adoptar medidas oportunas.

Por otro lado, el Plan Nacional de Cuidados integrales del cáncer²⁴⁴ (2020 – 2024), incluye los cuidados paliativos, la atención oncológica en niños y adolescentes, la descentralización y desconcentración del acceso a los servicios oncológicos en el Perú; bajo una mirada holística, con rigor técnico, científico y bajo preceptos del avance de la tecnología. Según se indica este Plan busca²⁴⁵ fortalecer las actividades de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer; en ese contexto se busca, desde el primer nivel de atención, la participación comunitaria en estos cuidados, donde el personal de salud pueda dar el cuidado necesario en el marco de sus capacidades a través de visitas domiciliarias, buscando la continuidad de la atención de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, acompañando en el proceso de una muerte con dignidad.

En línea con lo antes mencionado, se tiene como objetivo lo siguiente²⁴⁶ ver Tabla 4:

²⁴⁴ Ministerio de Salud. Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020 – 2024) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Cáncer - Lima; 2021, p. 111. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3148581-plan-nacional-de-cuidados-integrales-del-cancer-2020-2024>

²⁴⁵ Ibidem p. 15.

²⁴⁶ Ídem Pág. 19.

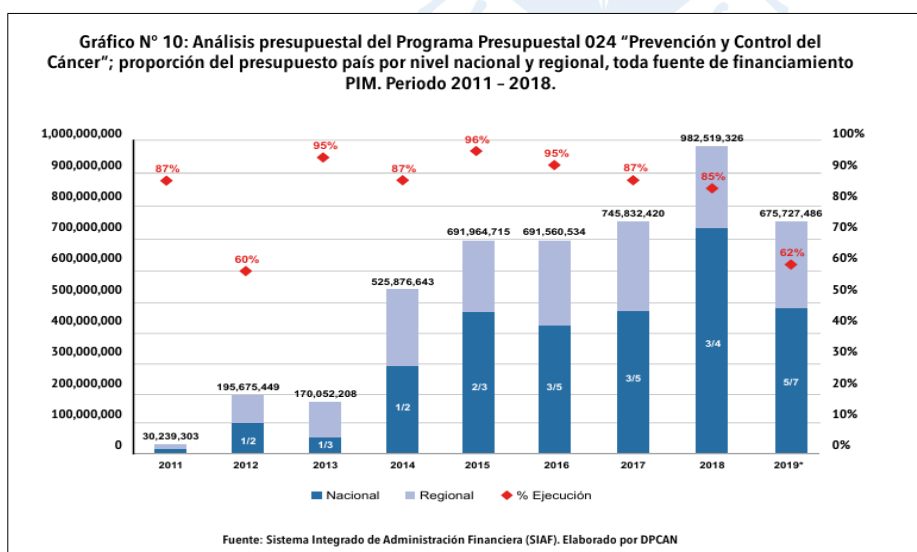
Tabla 4*Estimación de población objetiva según acciones*

ACCIONES	2020	2025	UNIDAD DE MEDIDA
Promoción de la salud y prevención primaria	32,336,255 ^a	35,725,458 ^b	Personas
Prevención secundaria	20,850,976 (10,584,335 varones entre de 18 a 75 años 10,266,641 mujeres entre 18 a 69 años) ^b	23,266,211 (11,837,014 varones entre de 18 a 75 años 11,429,197 mujeres entre 18 a 69 años) ^b	Personas
Diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos	66,627 ^c	81,888 ^c	Pacientes

a. Proyección población peruana 2020. INEI
b. INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36.
c. Incidencia de cáncer en el Perú 192.6 casos x 100,000 hab, y proyección de incidencia de cáncer al 2025. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2018. Lyon: WHO/IARC; 2019

Nota. Ministerio de Salud (2021)

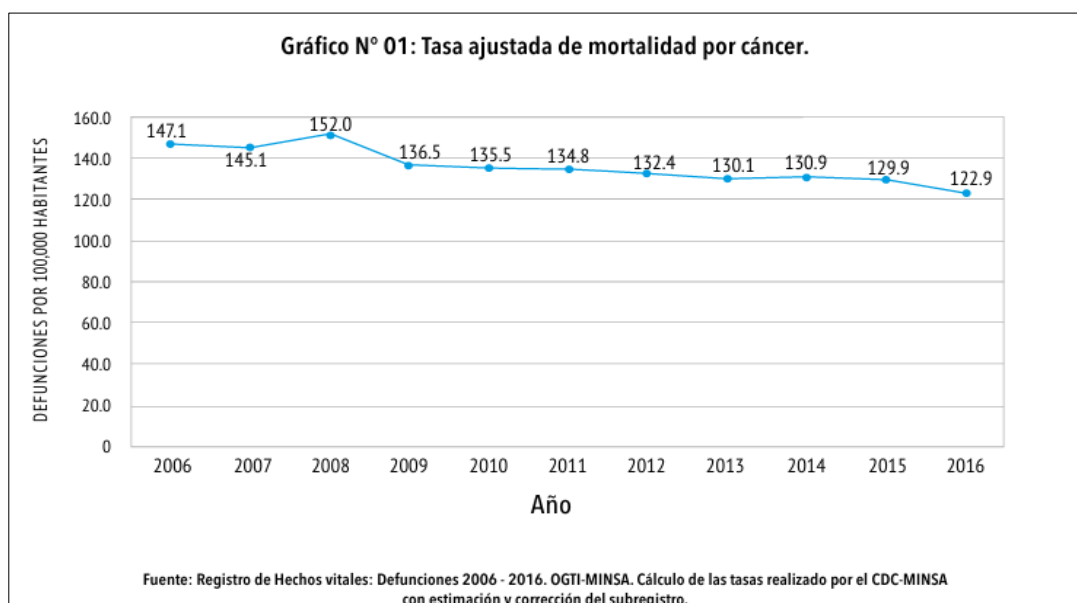
Para la aplicación de dicho plan, la asignación presupuestal va en aumento de año en año, orientados a los servicios oncológicos hospitalarios. Desde el 2011 el presupuesto del Programa Presupuestal 024 ha ido incrementándose de S/. 30 239 303 hasta S/. 985 519 326 para el año 2018. Sin embargo, el porcentaje de ejecución tanto a nivel regional y nacional ha tenido fluctuaciones desde un 60% en el año 2012 y un máximo de ejecución del 96% en el año 2015; este incremento de la asignación presupuestal durante el año 2018 para el nivel nacional guarda relación al incremento del presupuesto logrado para cubrir las estimaciones de compra centralizada a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud²⁴⁷. Ver Figura 6

Figura 6*Análisis presupuestal del periodo 2011-2018*

Las cifras de pacientes oncológicos en el Perú van en aumento²⁴⁸. Las neoplasias con mayor mortalidad fueron las de próstata (21,0 por 100 000 varones), estómago (19,3 por 100 000), hígado y vías biliares (12,3 por 100 000), cérvix (11,8 por 100 000 mujeres) y tráquea, bronquios y pulmón (10,6 por 100 000 mujeres), ver Figura 7.

Figura 7

Tasa de mortalidad por cáncer



En síntesis, el Estado Peruano a través del MINSA, ESSALUD y otros, tiene la disposición de seguir implementando los cuidados paliativos como un elemento básico en el tratamiento de enfermedades, tanto terminales como crónicas; considerando así que el ser humano tiene derecho a la vida y a la salud, el camino aún es largo; pero se están priorizando a los enfermos como nunca antes se había dado en este país.

3.3 Los cuidados paliativos como un reto para los servicios de salud

Durante las últimas décadas diversas instituciones lideradas por la Organización Mundial de la Salud han trabajado arduamente con la finalidad de que se dé la importancia debida a los CP y se incluyan en los diversos sistemas de salud de los diferentes países a nivel mundial, promoviendo también que el personal de salud se prepare en lo básico y en forma continua sobre estos cuidados, lo cual ha ocasionado que se convierta en un reto enorme para todos los que pertenecen al sector salud ya que no hay mucha información en ellos o de lo contrario no están preparados para afrontar las dolencias o necesidades de estos pacientes y de su entorno familiar generando indiferencia o poco manejo de cómo tratar y llevar adelante a

²⁴⁸ Ibidem, p. 25.

estos pacientes que día a día aumentan en los servicios de salud con enfermedades que no se pueden curar pero que podrían ser más llevaderas si realmente hubiera mayor información y preparación de todos los que laboran en los servicios de salud.²⁴⁹

La OMS indicó que, durante el año 2018, diversas enfermedades como las cardiovasculares (38.5%), las oncológicas (34%), enfermedades crónicas respiratorias (10.3%), Sida (5.7%), la diabetes (4,6%), entre otros padecimientos necesitaron de cuidados paliativos. Por otro lado, la OMS afirma que anualmente 40 millones de personas requieren de estos cuidados debido al envejecimiento de la población y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles²⁵⁰ y que el 78% es de países en vías de desarrollo.²⁵¹

El Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica (2020)²⁵² indica que se ha observado en los últimos años un crecimiento en el número de unidades dedicadas a los cuidados paliativos pero que son insuficientes para la demanda de pacientes, en el 2018 ²⁵³solo 150,105 tenían la necesidad de acceder a estos cuidados pero solo el 6.5% pudieron acceder a ellos, a diferencia de los países desarrollados en donde las personas que envejecen tienen acceso a cuidados paliativos en un 80%, además nos indica que la mayoría de estos servicios en los países de bajo y mediano recursos, funcionan un 44.8% en el nivel hospitalario, siendo mínimo el porcentaje en el primer y segundo nivel de atención médica, en el Perú a la fecha se cuenta con una mínima proporción de unidades de CP por población (0,58/millón de habitantes).

Además, este ACPL (2020) nos habla que los cuidados paliativos como especialidad médica solo existen en 8 países de Latinoamérica, en otros solo son reconocidos como diplomados, maestría o curso y que solo el 15% lo tienen como asignatura en las de escuelas de medicina, pero no en las de otras facultades como las de enfermería, psicología o de trabajo social.²⁵⁴

Teniendo esta información sobre los cuidados paliativos en los países latinoamericanos y conociendo nuestra realidad nos preguntamos: ¿se está respetando este derecho humano el

²⁴⁹ World Health Organization. Cuidados paliativos. 3 de octubre de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

²⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

²⁵¹ Organización Mundial de la Salud. WHO Definition of Palliative Care. WHO [Internet]. 2012 [citada el 16 de enero del 2019]. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

²⁵² Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica.

²⁵³ Dávila Flores, Diego Antonio. Producción científica sobre cuidados paliativos oncológicos en adultos.

²⁵⁴ Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica

cual está dentro de la cobertura universal de salud?²⁵⁵, ¿existen unidades o servicios suficientes para dedicarse a estos cuidados en el país? ¿se brinda apoyo necesario a todos los enfermos y su entorno? ¿existe personal capacitado suficiente para hacerse cargo de estos pacientes?, todas estas interrogantes tienen como respuesta cifras recogidas en el Atlas de Cuidados Paliativos para Latinoamérica (2da edición)²⁵⁶, cuya última actualización realizada en el 2020, recoge dentro de su “resumen ejecutivo” un avance alentador en la implementación de los cuidados paliativos; pero no suficientes, por ello, los gobiernos en países en vías de desarrollo tienen aún un arduo camino por recorrer en pro de su aplicación y fomento.

En el Perú, la legislación es insuficiente para brindar una atención paliativa de calidad a todos los pacientes que quieren acceder a ella, ya que si analizamos la situación es verdad que no existe una infraestructura adecuada, no hay personal capacitado suficiente y además en nuestros centros hospitalarios no contamos con los medicamentos necesarios y de fácil alcance para mitigar las dolencias en estos pacientes todo esto es realmente un gran reto que tiene que afrontar no solo los servicios de salud, el personal sino también nuestras autoridades que hasta el momento no han hecho mucho por mejorar o por implementar mayores unidades o servicios dedicados a estos cuidados con personal idóneo trabajando en forma multidisciplinaria desde el momento que el paciente es diagnosticado, es de suma importancia implementar tempranamente estos cuidados no solo en pacientes terminales sino también en enfermos crónicos para evitar gastos sanitarios mayores y mejorar su calidad de vida.²⁵⁷

Todos los problemas mencionados a los que se deben enfrentar los equipos de salud a diario son realmente un reto difícil de superar, pero si pueden mejorarse de muchas maneras sobre todo si se instalan mecanismos que ayuden a identificar precozmente a aquellos pacientes que necesitan de estos cuidados, poder implementar, capacitar e informar a la población sobre ellos, En el país estos cuidados paliativos han ido evolucionando durante años, a la par el estado peruano ha venido trabajando en diversos planes orientados al inicio solo para pacientes con cáncer, como el llamado Plan de Esperanza (2012), el cual se encarga de la promoción, prevención, detección temprana así como del diagnóstico, terapéutica y cuidados especiales en

²⁵⁵ Sánchez-Barragán. Rosa, Vassallo-Cruz Kathya, Gonzales-Montenegro Katherine. Análisis bioético y biojurídico de la normatividad. pp. 124 – 140

²⁵⁶ Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica. P.11.

²⁵⁷ Isabel Pinedo-Torres, Claudio Intimayta-Escalante, Diego Jara-Cuadros, Walter Yañez-Camacho Paolo Zegarra-Lizana, Reynaldo Saire-Huamán Asociación entre la necesidad cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2021;38(4):569-76.

los pacientes que la padecen²⁵⁸. El 19 de setiembre de 2018, el Poder Ejecutivo Peruano pero promulga la Ley N° 30846, la misma que permitió la creación de un plan de cuidados paliativos no solo para enfermos de cáncer sino también para aquellos que padecen enfermedades que amenazan su vida con la finalidad de detener el proceso de enfermedad generando en el paciente y su familia menor sufrimiento físico y mental.

A pesar de todo esto los servicios de salud siguen enfrentando muchos problemas debido a la precariedad de nuestro sistema, pero esto debe servir para que se siga trabajando en busca de planes adecuados para lograr brindar un servicio con calidad, calidez, eficiencia y equidad a todos los que requieren de cuidados especiales y complejos para mejora su vida y la de sus familias.

3.4 Los principales problemas para la implementación de los cuidados paliativos en el Perú

En nuestro país como ya lo hemos mencionado anteriormente la falta de implementación de los llamados cuidados paliativos ha traído consigo diversos problemas que hasta la fecha no se han podido subsanar, tal vez sea un poco complicado el cambio de un sistema sanitario a otro en donde se incluya la atención de pacientes con enfermedades crónicas o terminales, a pesar que en la actualidad esto está regido por la ley , aún existen puntos débiles que han ocasionado un mal funcionamiento de estos servicios debido a las deficiencias en el plan creado.²⁵⁹

A pesar de los grandes intentos y los avances considerables en las dos últimas décadas, aún existen carencias importantes. Actualmente se ha observado que hay una gran necesidad de esta atención no satisfecha por lo cual la OMS se ha visto en la necesidad de realizar tareas que aboguen por una atención paliativa considerándola como un tema de salud pública mundial que trae consigo efectos de suma gravedad tanto físicas como psicológicas, así como carga sociales y económicas.²⁶⁰

Se puede aseverar que a nivel mundial no se ha podido eliminar varios obstáculos de magnitud considerable que impiden que la necesidad de atención paliativa sea satisfecha como son:

- Que las políticas y sistemas de salud no incluyan ninguna medida sobre cuidados paliativos.

²⁵⁸ Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Pérez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Med Perú*. 2019;36(2); pp. 134-44.

²⁵⁹ Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Pérez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos. pp. 134-44

²⁶⁰ Riveros Ríos M. Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir Análisis desde la visión. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* / Vol. 50 - N° 2, 2017

- Que los profesionales de salud tengan una formación casi nula o escasa de cuidados paliativos.
- Que no se tenga acceso a analgésicos opiáceos y otros medicamentos que sean esenciales para aliviar el sufrimiento y las dolencias en los enfermos.

Respecto a la disponibilidad de opiáceos, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes²⁶¹ (2023) concluye que “en consonancia con las disposiciones y los objetivos de la Convención de 1961 en su forma enmendada, la Junta recuerda a los Gobiernos la importancia de garantizar una disponibilidad suficiente a nivel mundial e insta a los países que fabrican opioides a que asignen una cantidad cada vez mayor de morfina para su utilización en la producción de preparados orales de morfina de liberación inmediata destinados al tratamiento del dolor, en particular en los países de ingreso bajo y de ingreso mediano, y a que adopten un conjunto esencial de medidas de cuidados paliativos, como recomiendan la Comisión Lancet sobre los Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, la Comisión Stanford-Lancet sobre la Crisis de los Opioides en América del Norte y la Organización Mundial de la Salud”.

Pensamos existen otros aspectos que se convierten en obstáculos como:

- El desconocimiento, entre los que planifican las políticas, el personal de salud y el pueblo de lo que realmente significa el termino de cuidados paliativos, lo beneficioso que pueden llegar a ser tanto para los enfermos como para los sistemas sanitarios.
- Creencias socioculturales (percepción sobre el morir)
- Ideas equivocadas sobre que la atención paliativa solo es para aquellas personas que ya están en la fase terminal o que tienen una enfermedad oncológica.²⁶²
- Muchos de estos puntos también se dan en nuestro país ya que, a pesar de contar con la Ley del Plan Nacional de Cuidados paliativos, tratar de incluir en las universidades temas relacionados a estos cuidados, el contar con profesionales que se dedican a la investigación sobre la atención paliativa, además de brindarlos sigue siendo un dolor de cabeza en nuestro medio, ya que las enfermedades crónicas van en aumento y la necesidad de brindarles una atención multidisciplinaria se hace complicada, pero no imposible, esto dado por:
 - Un sistema de salud fraccionado y precario.
 - Una comprensión mínima sobre estos cuidados.
 - La falta de planificación estratégica y de guías clínicas que validen los procedimientos que se deben realizar a nivel nacional.

²⁶¹ Junta Internacional de Estupefacientes, https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2022/3_NAR_2022-Part_3_Supply_and_Demand_S.pdf

²⁶² Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.

- Los diversos trámites administrativos realizados tanto por el paciente y el profesional para que pueda acceder a la atención de los diversos servicios que necesiten, ya que el manejo debe ser multidisciplinario.²⁶³
- Escasos programas que forman en el nivel básico, intermedio y especializado en los cuidados paliativos
- La poca adhesión del sistema hospitalario para adaptarse a un servicio de cuidados paliativos.
- La dispensación y disponibilidad de los fármacos utilizados en el tratamiento son insuficientes y a la vez existe demasiada burocracia para poder adquirir estos medicamentos.
- La falta de habilidades blandas que pueden tener los que conforman el equipo de cuidados paliativos como la comunicación, lenguaje corporal, la empatía y el no tener entrenamiento para poder transmitir o dar noticias malas.
- La dificultad de los profesionales que forman el equipo para poder evaluar en forma integral al paciente en la primera consulta y lograr en ellos y su familia la satisfacción y la tranquilidad que necesitan.²⁶⁴
- Las implicancias legales que se pueden generar en la atención de los pacientes con enfermedades terminales ya que debe prevalecer los principios básicos y éticos como la autonomía y justicia.

3.5 El Estado Peruano y su rol activo en la implementación de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud en el 2020, señaló que la atención paliativa es reconocida dentro del derecho humano a la salud. Si analizamos este derecho diremos que abarca mecanismos que permiten proteger y brindar ayuda a aquellas personas vulnerables, considerando que los cuidados paliativos son parte de estos y que son un medio ideal para implementarse y brindarse a los enfermos.

Los cuidados paliativos al ser parte del contenido del derecho a la salud se encuentran unidos con el respeto a la dignidad humana, el cual es un principio reconocido en nuestra Constitución Política y conceptualizado por el Tribunal Constitucional Peruano (2007), “el cual en la sentencia del Expediente 10087-2005-PA, define a la dignidad de la persona humana como un valor y un principio constitucional que exige un trato digno por parte de los demás miembros de la sociedad, y prohíbe que la persona sea manipulada y vista como un objeto del poder del

²⁶³ Slater PJ, Edwards RM. Needs analysis and development of a staff well-being program in a pediatric oncology, hematology, and palliative care services group. *J Healthc Leadersh.* 10, 2018; pp. 55-65.

²⁶⁴ Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos; pp. 134-44

Estado, siendo “parámetro principal de la actividad del Estado y de la sociedad, así como la fuente de los derechos fundamentales”²⁶⁵

Conociendo esto podemos decir que el Estado tiene una gran responsabilidad en la implementación de los servicios de atención paliativa cumpliendo un rol activo el cual busca proteger y brindar una mejor calidad de vida a todas las personas para lo cual es ideal realizar diversas acciones que permitan que estos cuidados lleguen a más peruanos, como son:

- Implementar nuevas políticas de salud en donde se incorpore los servicios paliativos en su estructura.
- Poder financiar adecuadamente estos servicios en todos los niveles de atención.
- Incrementar los recursos humanos capacitados en cuidados paliativos.

Por Otro lado, en el año 2018 la International Association for Hospice & Paliative Care (IAHPC), dan las siguientes recomendaciones a los gobiernos²⁶⁶:

- Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los cuidados paliativos en las leyes de salud, los programas naciones de salud y los presupuestos naciones de salud.
- Asegurar que los planes de seguro integren los cuidados paliativos como un componente de los programas.
- Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y los cuidados paliativos, incluidas las formulaciones pediátricas.
- Asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas comunitarios basados en la salud hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal pueda proporcionar cuidados paliativos básicos con equipos especializados disponibles para referencias y consultas.

Asegurar el acceso a cuidados paliativos adecuados para grupos vulnerables, incluidos niños y personas mayores.

- Comprometerse con universidades, instituciones académicas y hospitales docentes para incluir la investigación en cuidados paliativos y la capacitación en cuidados paliativos como un componente integral de la educación continua, incluida la educación básica, intermedia y especializada.

²⁶⁵ Sánchez-Barragán, Rosa de Jesús, Vassallo Cruz, K. L., & Gonzales Montenegro, K. J. Análisis bioético. Chiclayo, 2021, pp. 124- 140.

²⁶⁶ Definición consensuada de Cuidados Paliativos - Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/>

3.6 Posibles mecanismos utilizados por el Estado para que los ciudadanos logren acceder a los cuidados paliativos

Recordemos que la OMS indica que todos los sistemas de salud tienen la responsabilidad de incluir la atención paliativa para brindar los cuidados necesarios a quienes padecen de enfermedades crónicas y que están en riesgo de morir.

Los estados incluidos el del Perú, se han valido de varios mecanismos que les permitan que los ciudadanos puedan lograr acceder a la atención paliativa, aunque no es en su totalidad como se quisiera al menos se trata de cubrir algunas de las necesidades de estas personas vulnerables y de sus familias.²⁶⁷

Los cuidados paliativos en nuestro país no están delimitados con claridad y eso ha generado un gran problema cuando se trata de incorporar conceptos como bienestar o integridad ocasionando que la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud no sea óptima y en muchas ocasiones el derecho de autonomía de éstos no sea respetado y no se busque una adecuada solución a sus dolencias o sufrimientos.²⁶⁸

El Estado Peruano a pesar de haber dado leyes que incluyen a los llamados cuidados paliativos en nuestro sistema de salud aún no cuenta con las estrategias necesarias para que la población en su totalidad pueda acceder a este bien que no solo mejoraría sus vidas sino también las de sus familias.

En nuestro país hay demasiadas deficiencias sobre todo en el sector salud como son: la pobreza, la falta de empleo, de acceso a recursos y sobre todo la insuficiente cantidad de servicios en donde se brinda uno de los derechos fundamentales de las personas como es la salud.²⁶⁹ En los últimos años nuestro país ha experimentado una ligera mejoría en salud todo gracias a las leyes y políticas que se han dado en este sector aunque se puede decir que aún nos falta más por hacer, sobre todo en los pacientes con enfermedades crónicas y que necesitan de cuidados paliativos ya que según las cifras más 124,000 peruanos necesitan de estos cuidados y que solo un 0.3% pueden acceder a ellos,²⁷⁰ lo que nos lleva a preguntarnos ¿Que estamos haciendo para que estos cuidados lleguen en forma equitativa a todos los peruanos? ¿Cómo podemos lograr que más personas con enfermedades terminales puedan acceder a ellos?

²⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.

²⁶⁸ Couceiro A. Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia. En: Couceiro A (ed) Ética en cuidados paliativos, Triacastela. Madrid, 2004, pp. 31-48.

²⁶⁹ CEFICPERU.ORG. 10 propuestas para mejorar la salud en el Perú. 28 marzo 2024. <https://ceficperu.org/10-propuestas-para-mejorar-la-salud-en-el-peru/>

²⁷⁰ Magnesol. ¿Para qué sirve? <https://www.magnesol.pe/post.php?categoria=cuerpo&post=cuidados-paliativos-en-el-peru>

Para poder contestar estas preguntas es necesario proponer diversas acciones o normas que nos permitan mejorar los servicios de salud de tal manera que podamos llegar a acceder con facilidad no solo para las enfermedades que puedan tener curación sino también para aquellas que no la tienen y que necesitan de los llamados cuidados especiales por profesionales entrenados para lograr que estos pacientes lleguen a la culminación de sus vidas de forma digna y respetando sus decisiones y las de sus familias.

Para ello el Estado Peruano debería proponer diversos mecanismos que ayuden para que esta población acceda a estos servicios de forma rápida y segura. Consideramos que, en mérito a lo propuesto por el IAHPC, los mecanismos a implementar podrían ser:

- a) Invertir en mejorar la infraestructura en los centros de salud, hospitales y clínicas para brindar la atención paliativa a todos los pacientes que lo requieran.
- b) El gobierno debe realizar la promoción de programas educativos que lleguen a la población lo cual mejorara la educación y por ende el acceso a la información sobre salud.²⁷¹
- c) Se debería lograr que las personas que tienen recursos económicos bajos puedan acceder a los servicios de salud a través de ampliaciones de los programas de seguro de salud.
- d) El ente de salud debe garantizar el acceso a diversos tratamientos y medicamentos que sean necesarios en la atención sanitaria.
- e) Implementar mínimo 300 equipos de atención en domicilio que brinden estos cuidados ya que en la actualidad se cuenta con solo 24 de ellos.
- f) Se requiere de un servicio de cuidados paliativos pediátrico, en donde estén incluidos los neonatos.²⁷²
- g) Fortalecer las habilidades de los profesionales de salud mediante capacitaciones constantes.
- h) Tener 36 unidades de cuidados especializados en los hospitales de 3er nivel, lamentablemente solo se cuenta con ellas en la tercera parte a nivel nacional.²⁷³

Todos los peruanos tenemos derecho a estos cuidados independientemente de nuestros ingresos, o clase social, de la enfermedad que padezcamos o de la edad que tengamos, ya que estos deben estar incluidos dentro de los servicios básicos de salud desde la atención primaria

²⁷¹ CEFICPERU.ORG. 10 propuestas para mejorar la salud en el Perú. <https://ceficperu.org/10-propuestas-para-mejorar-la-salud-en-el-peru/>

²⁷² Organización Panamericana de la Salud, Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa. 2020. file:///C:/Users/slhgineco2/Downloads/cuidados%20palia.pdf

²⁷³ Magnesol. ¿Para qué sirve? <https://www.magnesol.pe/blog/categoria/cuidados-paliativos-en-el-peru>

hasta la del tercer nivel ya que deberían considerarse para el Estado y todo profesional de salud como un deber ético²⁷⁴.



²⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.

Conclusiones

Primera. La dignidad es inherente a todo ser humano desde el principio de su vida, y hasta el final de la misma. La vida, es un derecho fundamental y constitucionalmente recogido y protegido, tanto en la normativa nacional, como en tratados internacionales. Los enfermos, por su condición, no pierden su dignidad y tampoco son menos merecedores de vivir. El derecho a la salud permitirá entonces, en esta relación inseparable con el derecho a la vida, que se favorezca las políticas públicas que busquen preservar la salud, el mantenimiento de ésta y el apoyo de pacientes que se encuentran en una situación extrema, no siendo considerados bajo ninguna condición como una carga, ni para el Estado, ni para la sociedad. El término correcto sería hablar de enfermedades terminales, y no de enfermos terminales. La sociedad debe estar encaminada en proteger la vida de los suyos, en defender la vida y en no permitir alineaciones de ningún tipo sobre la misma.

Segunda. Los cuidados paliativos, en tanto brindan una atención integral a pacientes con enfermedades terminales y crónicas, deberían considerarse una herramienta básica dentro de la práctica médica y, por ende, estar insertos como algo necesario, y debido al ser humano, quien afrontando el final de su vida o una enfermedad que lo acompaña de manera crónica, sufre. Es importante que lleguen a ser considerados como un derecho esencial para todo paciente que los requiera. Los cuidados paliativos son entonces un mecanismo para proporcionar alivio al ser humano que adolece alguna enfermedad, siendo el dolor un común denominador que todo individuo desea evitar. La implementación y fomento de los mismos nos permitirá avanzar como sociedad compasiva, y así evitar instrumentalizar al ser humano.

Tercera. La eutanasia no es bajo ninguna circunstancia una forma digna de morir, la muerte dulce debería ser aquella en la cual, los enfermos estén acompañados de sus seres queridos, donde no sientan dolor y hayan sido asistidos hasta el último momento de su vida. La lucha por conseguir la salud, no debería ser utilizada bajo ningún supuesto como un encarnizamiento terapéutico, en donde la posibilidad de conseguir la cura o la mejoría del enfermo solo logren generarle más sufrimiento físico y psicológico. Consideramos que la adecuación terapéutica, de la mano de los Cuidado Paliativos, como derecho esencial, permitirán que el ser humano preserve su propia vida, así como también su dignidad, y que su familia y la sociedad también lo haga. El Estado, a través de sus legisladores, no debería bajo ningún supuesto favorecer la eutanasia, porque estaría atentando directamente contra el derecho a la vida y a la dignidad que posee todo hombre por el solo hecho de existir, sano o enfermo.

Cuarta. El Estado Peruano tiene un gran desafío respecto a la implementación de los cuidados paliativos, no solo por la poca inversión que recibe el sector salud para dichos

cuidados, sino además porque no se cuenta con la cantidad suficiente de profesionales para llevarlos a cabo. Por lo cual, realmente el Estado debe dar pronta atención a todas las carencias con las que cuenta nuestro sistema de salud e impulsar en las diferentes Universidades e Institutos del país que los futuros profesionales del sector salud puedan incluir en sus planes de estudios los conocimientos respecto a los cuidados paliativos para de esta manera hacer frente a la falta de personal que se tiene.

Quinta. Es importante compartir una cultura e información, no solo abierta a la vida, sino también, abierta a una muerte digna. Los ciudadanos deben conocer que existe la posibilidad de ser tratados con cuidados paliativos cuando lo requieran, que no tienen por qué experimentar dolor o sufrimiento en sus últimos momentos; solo así buscarán y se organizarán en la exigencia de que el Estado los reconozca como un derecho esencial en nuestra Constitución y textos legislativos, y que por contraparte se rechace el crimen de la eutanasia.



Referencias

- 24 horas diario sin límites. *El primer hospice pediátrico en México: "Casa Colibrí"*. 25 de noviembre de 2021. <https://www.24-horas.mx/2021/11/25/el-primer-hospice-pediatrico-en-mexico-casa-colibri/>.
- ALCP, Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos. «Uso de Opioides en tratamiento del dolor.» *Manual para Latinoamérica*. 22 de abril de 2011. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>.
- Alegre Martínez, M. A. «Apuntes sobre el derecho a la vida en España: Constitución, jurisprudencia y realidad.» *Revista de Derecho Político*, nº 53 (2002).
- American Cancer Society. *Atención paliativa*. s.f. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/tipos-de-cuidados-paliativos>.
- Andorno, R. *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos, 1998.
- Arranza, P., J. J. Barberos, P. Barreto, y R. Báyes. *Intervención emocional en Cuidados paliativos Modelo y protocolos*. Barcelona: Editorial Ariel S.A., 2003.
- Asociación Médica Mundial. *La Asociación Médica Mundial reafirma oposición a la eutanasia y el suicidio con ayuda médica*. 26 de octubre de 2019. <https://www.wma.net/es/news-post/asociacion-medica-mundial-reafirma-oposicion-a-la-eutanasia-y-el-suicidio-con-ayuda-medica/>.
- ATV. *Su lucha permitió visibilizar y sensibilizar a miles de peruanos*. 22 de abril de 2024. <https://www.atv.pe/noticia/ana-estrada-accedio-a-la-eutanasia-y-murio-con-dignidad-su-lucha-ha-permitido-visibilizar-y-sensibilizar-a-miles-de-peruanos#!/player-visor>.
- Barbero Gutiérrez, J., C. Romeo Casabona, Yj. Gijón, y P. Judez. «Limitación del esfuerzo terapéutico.» *Med. Clin.* 117 (2001).
- Bartolomé Cenzano, José Carlos. *El derecho a la vida, Nuevos retos jurídicos para su disfrute con dignidad y sostenibilidad en tiempos de crisis*. Madrid: Dykinson, 2020.
- Bilbeny, N. «Medición del dolor en clínica.» *El dolor, de lo molecular a lo clínico*. Editado por C. Editores Paeile y N. Bilbeny. Editorial Mediterránea, s.f.
- Billings, A. «What is Palliative Care, Mary Ann Liebert.» *Journal Of Palliative Medicine* 1, nº 1 (1998).
- Blanco Corder, Isidoro. *Relevancia Penal de la Omisión de la Información Terapéutica en el marco del tratamiento del dolor. Aspectos Médicos y Jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*. Madrid: Editorial Unión, 2008.

- Boletín N° 12507-11 paliativos. *Mensaje N° 015-367. Santiago. 27 de marzo de 2019.*
<https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-No12507-11-paliativos.pdf>.
- Bui, Anna. «La muerte asistida El Constitucional italiano tumba un referéndum sobre la eutanasia.» *La Vanguardia.* 15 de febrero de 2022.
<https://www.lavanguardia.com/vida/20220215/8059991/constitucional-italiano-tumba-referendum-sobre-eutanasia.html>.
- Bustos Puché, E. *Manual sobre bienes y derechos de la personalidad.* Madrid: Dykinson, 1997.
- Carta de Praga. se urge a los Gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano - International Drug Policy Consortium (IDPC). s.f. <https://idpc.net/es/publications/2014/01/carta-de-praga-se-urge-a-los-gobiernos-a-aliviar-el-sufrimiento-y-a-reconocer-los-cuidados-paliativos-como-un-derecho-humano>.
- Carta de Trieste sobre los niños moribundos – Paliativos Sin Fronteras. s.f. <https://paliativossinfronteras.org/carta-de-trieste-sobre-los-ninos-moribundos/>.
- Casa Khuyana. *¿Quiénes somos? Hospice pediátrico.* s.f. <https://casakhuyana.org/>.
- Castillo Córdova, L. *Estudio introductorio a la Constitución política del Perú.* 13ª edición. Lima: Ed. Ministerio de Justicia y Derechos humanos, 2019.
- Castro Rodríguez, E., R. Azagra, X. Gómez-Batiste, y M. Povedano. «La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) desde la atención primaria. Epidemiología y características clínico-asistenciales.» *Atención primaria* 53, n° 10 (2021).
- CEFICPERU.ORG. *10 propuestas para mejorar la salud en el Perú.* 28 de marzo de 2004.
<https://ceficperu.org/10-propuestas-para-mejorar-la-salud-en-el-peru/>.
- Centeno, Clark. «Historia de Cuidados paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL.» *Consulta de la World Wide Web.* s.f.
<http://www.seepal.com/presentación/index.php?acc=historia%20CP>.
- Centeno, Clark. «Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis.» *Journal of the Royal College of Physicians* 6 (s.f.).
- Chinchilla, Fanny. *Caso Huilca Tecse Vs Perú. Sentencia de 3 marzo de 2005 Corte Interamericana de Derechos Humanos.* 26 de setiembre de 2007.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_121_esp.pdf.
- Christophers, S.T. «Annual Report and Year Book 1990-91, Hospice.» *St. Christopher's Hospice*, 1991.

- . *Dame Cicely Saunders' life and work*. 2024.
<https://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/>.
- Chueca Rodríguez, R. «Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia.» *XVI Congreso "Derecho y Salud"* 16 (2008).
- Cicely Saunders International. «Dame Cicely Saunders biography. Kings College London.» *Bessemer Road*, 2024.
- Colegio Médico de Chile. *Juramento Hipocrático*. s.f.
<https://www.colegiomedico.cl/documentos/juramento-hipocratico/>.
- Conferencia Episcopal. *Díptico – Eutanasia*. 27 de febrero de 2020.
<https://www.conferenciaepiscopal.es/wp-content/uploads/2020/03/DIPTICO-EUTANASIA.pdf>.
- Constenla, Tereixa. «El Tribunal Constitucional portugués frena la tercera versión de la ley de eutanasia por su "intolerable indefinición".» *El País*. 31 de enero de 2023.
<https://elpais.com/sociedad/2023-01-31/el-tribunal-constitucional-portugues-frena-la-tercera-version-de-la-ley-de-eutanasia-por-su-intolerable-indefinicion.html>.
- Couceiro, A. «Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia.» *Ética en Cuidados paliativos* (Couceiro, A. Triacastela), 2004.
- Couceiro, A. «Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia.» En *Ética en cuidados paliativos*. Triacastela, 2004.
- Dávila Flores, Diego. «Producción científica sobre cuidados paliativos oncológicos en adultos mayores en Latinoamérica, scopus y en la Biblioteca virtual en salud.» Tesis para título de Médico Cirujano, UNAP, Iquitos, 2019.
- De la Fuente, R. «La eutanasia: ¿existe un derecho a morir? El caso de Ana Estrada.» *Gaceta Constitucional*, 2021.
- De la Fuente, R., y C. De la Fuente. «Los derechos del niño enfermo y los cuidados paliativos: un derecho humano a reconocer.» *R. Sobrados, A. Novoa, R. Roman y J. Mosqueira (Eds.), Derecho y Medicina: una perspectiva legal sobre la salud*. Lima-Perú: Themis, 297-316. 2021. <https://pirhua.udep.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/920ec760-b879-419b-a987-ef85ab08bbc3/content>.
- De la Quintana, Jimena. «La peruana Ana Estrada ejerció su derecho a la eutanasia y murió luego de luchar durante años en los tribunales.» *CNN – Perú*. 22 de abril de 2024.
<https://cnnespanol.cnn.com/2024/04/22/murio-ana-estrada-eutanasia-peru-orix/>.

- De Lima, L., y E. Bruera. «The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean.» *Journal of Pain and Symptom Management* 20, n° 6 (2000).
- Del Rio, Ignacia, y Alejandra Palma. *Cuidados paliativos: Historia y desarrollo*. 6 de agosto de 2007. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>.
- «Derecho familiar – Fundación Pro Unidad de Cuidado Paliativo.» s.f. <https://www.cuidadopaliativo.org/derecho-familiar/>.
- Devay de Freitas, Eni. «Manifiesto por los cuidados paliativos en educación en medicina: estudio dirigido de la Carta de Praga.» *Rev. bioét* 25, n° 3 (2017).
- Diario Uchile. *Se inaugura en Chile el primer Hospice Pediátrico de Sudamérica*. 28 de abril de 2022. <https://radio.uchile.cl/2022/04/28/se-inaugura-en-chile-el-primer-hospice-pediatrico-de-sudamerica/>.
- Doyle, D. «Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine.» *J R Coll Physicians Edinb* 35 (s.f.).
- El Comercio. *María Benito, paciente con ELA, ejerció su derecho a la muerte digna*. Lima . 5 de mayo de 2024. <https://elcomercio.pe/lima/maria-benito-paciente-con-ela-ejercicio-su-derecho-a-la-muerte-digna-ultimas-noticia/>.
- El Heraldo de México. «Día Mundial Contra el Cáncer.» *Entrevista a la Dra. Carmen de la Fuente Hontañón. Revista mexicana “Los Heraldos de México”*. 1 de febrero de 2024. <https://heraldodemexico.com.mx/opinion/2024/2/1/cuidados-paliativos-contr-el-cancer-574271.html>.
- El Peruano. *Ciudadana Ana Estrada accederá a la eutanasia y tendrá una muerte digna*. 27 de julio de 2022. <https://elperuano.pe/noticia/174570-ciudadana-ana-estrada-accedera-a-la-eutanasia-y-tendra-una-muerte-digna>.
- . «Diario Oficial El Peruano cuidados paliativos.pdf.» *Publicación oficial*. s.f.
- Enfermería. «Enfermería: Cuidados Humanizados.» *ISSN: 1688-8375 ISSN en línea*. Vol. 5. n° 2. diciembre de 2016.
- Eril Soto, Berta. «Qué es la ELA, un trastorno grave y fatal del que todavía sabemos muy poco.» *National Geographic España*. 21 de febrero de 2024. Qué es la ELA, un trastorno grave y fatal del que todavía sabemos muy poco. National Geographic España, 21 febrero 2024, https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/ela-enfermedad-neuronas_20533.
- Espinosa Saldaña-Barrera, Eloy. *Código Procesal Constitucional Comentado, Homenaje a Domingo García Belaunde*. 4ta edición. Lima: Editorial Pacifico, 2018.

- Estrella Rosales, B. «Conocimientos sobre cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería oncológica de la universidad Lima.» Tesis, Universidad de Lima, Lima, 2020.
- Euronews. *Austria legaliza el suicidio asistido*. 17 de diciembre de 2021. <https://es.euronews.com/2021/12/17/austria-legaliza-la-eutanasia>.
- Evangelista, Maurizio. «Cuidados Paliativos, Situación actual, Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer?» En *Capítulo IV: Los cuidados paliativos*. 2006.
- Ferri, Pablo. «Mexico decomisa cantidades récord de fentanilo en plena crisis de sobredosis en Estados Unidos.» *El país*. 20 de diciembre de 2021. <https://elpais.com/mexico/2021-12-20/mexico-decomisa-cantidades-record-de-fentanilo-en-plenas-crisis-de-sobredosis-en-estados-unidos.html>.
- García Cuadrado, A.M. *Sistema Constitucional de derechos y libertades, tomo I*. 3°. Alicante: Ed. Club Universitario, 2000.
- García Norro, Juan José. «Principio del doble efecto.» *Ius in bello, Scripta Theologica* (Universidad Complutense) 46 (2014).
- Global Conference on Primary Health Care. *Conferencia Mundial sobre atención primaria de salud*. 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>.
- Gómez Sancho, Marcos. «Cuidados paliativos, clase magistral en la Universidad de Deusto - Bilbao.» *Youtube*. video creado por *Fundación Pía Aguirreche*. 31 de enero de 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=9Reroy8iF7s>.
- Gómez Vega, Renzo. «Muere María Benito, la paciente que batalló contra el sistema de salud por morir dignamente en Perú.» *El País*. 5 de mayo de 2024. <https://elpais.com/america/2024-05-05/muere-maria-benito-la-paciente-que-batallo-contr-el-sistema-de-salud-por-morir-dignamente-en->.
- González Luna, María Alejandra. «El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional.» *Revista Actualidad Jurídica*, n° 198 (s.f.).
- Hanson, Mark, y Daniel Callahan. *The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform*. Washington DC: Georgetown University Press, 1999.
- Hervada, Javier. «Introducción Crítica al Derecho Natura.» *Colección Jurídica de la Universidad de Piura*, 1999.
- Higashikawa, Y., y S. Suzuki. «Studies on 1-(2-phenethyl)-4-(N-propionylanilino)piperidine (fentanyl) and its related compounds. VI. Structure-analgesic activity relationship for

- fentanyl, methyl-substituted fentanyls and other analogues.» *Forensic Toxicol* 26, n° 1 (2008).
- Hodelín, T.R. «El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales.» *MediSan* 16, n° 6 (2012).
- ICS Universidad de Navarra. «Una visión positiva de la atención y cuidado de las personas con enfermedad grave.» *Atlantes Global Observatory of Palliative Care. Los paliativos atlantes*. 27 de mayo de 2022. <https://www.unav.edu/documents/10162/32688501/ics-paliativos-atlantes.pdf>.
- Illora Finlay of Llandaff. *Cuidados paliativos, Situación actual, Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer? Capítulo VI La Eutanasia: Lo que es y Lo que no es*. Madrid: Ediciones Palabra, 2006.
- Improving palliative care for the world's children*. s.f. <https://icpcn.org/about-icpcn/>.
- Instituto Nacional del Cáncer. *Efecto secundario. Diccionario de cáncer del NCI*. s.f. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/efecto-secundario>.
- Irurzun Zuazabal, Josu. *Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal*. 20 de noviembre de 2017. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>.
- Knaul, Felicia Marie, Paul Farner, Eric Krakauer, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, y Xiaoxiao Jiang Kwete. *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet*. 12 de october de 2017. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32513-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32513-8/abstract).
- La eutanasia y su batalla para "morir sin dolor*. s.f. <https://revistamercado.do/medihealth/eutanasia-morir-sin-dolor/#:~:text=El%20primer%20caso%20fue%20el,pon%C3%ADa%20reparos%20a%20la%20pasiva>.
- Lampert Grassi, M.P. «Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo.» *Biblioteca Nacional de Chile. Asesoría técnica parlamentaria*, abril 2019.
- Landa Arroyo, C. «Dignidad de la persona humana.» *Ius et Veritas*, n° 21 (2000).
- Landa, César. *Derecho y medicina, una perspectiva legal sobre la salud. Constitucionalización del derecho fundamental a la salud*. Lima: Themis, 2021.

- Lynch, T., S. Connors, y D. Clark. «Mapping levels of palliative care development: a global update.» *Journal of Pain and Symptom Management* 45, n° 6 (2013).
- Magnesol. *¿Para que sirve?* s.f. <https://www.magnesol.pe/blog/categoria/cuidados-paliativos-en-el-peru>.
- Martínez Moran, N. «La dignidad humana en las investigaciones biomédicas.» *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, n° 32 (2004).
- McPhillips, Deidre. «Nuevo informe detalla el aumento mortal de sobredosis con fentanilo en EE.UU.» *CNN noticias de salud*. 3 de mayo de 2023. <https://cnnespanol.cnn.com/2023/05/03/informe-aumento-mortal-sobredosis-fentanilo-eeuu-trax/>.
- Michigan Inservice Education Council. *Declaración de los Derechos de los Enfermos en la Terminalidad*. s.f. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/DERECHOS.ENFERMOS-.pdf>.
- Ministerio de Salud. *Ministerio de Salud aprueba Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas*. 29 de julio de 2021. <https://www.gob.pe/es/institucion/minsa/noticias/508810-ministerio-de-salud-aprueba-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-para-enfermedades-oncologicas-y-no-oncologicas>.
- . «Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020 - 2024)/ Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.» *Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Cáncer - Lima*. 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3148581-plan-nacional-de-cuidados-integrales-del-cancer-2020-2024>.
- . *Resolución Ministerial N.º 939-2021-MINSA*. 28 de julio de 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>.
- Miró Quesada Gayosa, Josefina. «La muerte bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos.» *Revista de Derecho THEMIS*, n° 78 (julio-diciembre 2020).
- Miró Quesada Gayoso, Josefina. *María Benito: el rechazo a tratamiento médico para morir con dignidad*. IDEHPUCP. 13 de febrero de 2024. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/maria-benito-el-rechazo-a-tratamiento-medico-para-morir-con-dignidad/>.
- Ministerio de Salud Pública. «Uso de opioides en tratamiento del dolor manual para Latinoamérica.» 8 de mayo de 2014. <https://www.gub.uy/ministerio-salud->

- publica/comunicacion/publicaciones/uso-opioides-tratamiento-del-dolor-manual-para-latinoamerica.
- Morales Santos, Ángel. *¿Qué derechos asisten a los enfermos terminales?* 23 de noviembre de 2004. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Derechos-enfermos-terminales.pdf>.
- Mount BM, Cohen. «Canada: status of cancer pain and Palliative Care.» *J. Pain Symptom Manage* 8, nº 6 (1993).
- Muñoz Góngora, Y. *Eutanasia ¿derecho derivado de la dignidad de la persona? Apuntes de Bioética*. Vol. 4. 1 vols. 2021.
- National Geographic - Historia. *Ashoka, el emperador pacifista de la India. Reinos de Oriente*. 20 de septiembre de 2023. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/ashoka-emperador-pacifista-india_9521.
- Navarro-Hernández, M. «Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención.» *Aten Fam* 24, nº 3 (2017).
- NIH - GARD. «Polimiositis.» 28 de setiembre de 2018. <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12786/polimiositis>.
- Nogueira, Humberto. *El derecho a la vida*. Santiago: Librotecnia, 2007.
- Novoa Monreal, Eduardo. *Derecho a la vida privada y a la libertad de información, un conflicto de derechos*. sexta. Editores Siglo XXI, 2001.
- OMC. «Definición de cuidados paliativos, obstinación terapéutica, eutanasia y suicidio asistido.» *Declaración OMC-SECPAL - Nota de prensa*. 19 de septiembre de 2015. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica>.
- Organización Médica Colegial y Sociedad Española de cuidados paliativos. «Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones.» *Grupo de trabajo "Atención médica al final de la vida"*. 2015. <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38/39>.
- Organización Mundial de la Salud. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil.pdf* (binasss.sa.cr) . 1999. <https://www.binasss.sa.cr/opacs/media/digitales/Alivio%20del%20dolor%20y%20tratamiento%20paliativo%20en%20el%20c%C3%A1ncer%20infantil.pdf>.
- . *Cuidados paliativos*. 20 de agosto de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

- . *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. s.f. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.
- . *La OMS toma medidas para hacer frente a la flagrante escasez de servicios de cuidados paliativos de calidad*. 5 de octubre de 2021. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>.
- . «Un nuevo informe revela que las personas con necesidades médicas “quedan atrás a causa del dolor”. 16 junio 2023. .» 16 de junio de 2023. <https://www.who.int/es/news/item/16-06-2023-people-with-medical-needs-are--left-behind-in-pain--reveals-new-report>.
- . *WHO Definition of Palliative Care*. WHO 2012 . 16 de enero de 2019. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Organización Panamericana de la Salud. *Chile: Nueva ley consagra como derecho universal el acceso a cuidados paliativos*. 2 de diciembre de 2021. <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>.
- . *Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa*. 2020. file:///C:/Users/slhgineco2/Downloads/cuidados%20palia.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. . *Cuidados paliativos*. s.f. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
- Papacchini, Ángel. *Derecho a la Vida*. Cali: Editorial Universidad del Valle, 2010.
- Pastrana, T., y otros. *Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica 2020*. 2a ed. Houston: IAHP Press, 2021.
- Pérez, P. «Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida.» *Revista Medicina de Familia* 42, n° 8 (diciembre 2016).
- Perú Legal. *Fallo final de la Corte Suprema: Ana Estrada ya cuenta con protocolo para la eutanasia*. 27 de julio de 2022. <https://perulegal.larepublica.pe/temas-legales/casos/2022/07/27/se-aprueba-oficialmente-el-protocolo-de-acceso-a-la-eutanasia-a-favor-de-ana-estrada-3296>.
- Piccinni, in Mazzoni e Piccinni. *La persona física. Per riferimenti all'elaborazione giurisprudenziali in materia, prima della legge*. 2017.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario, actualización 2023.
- Riveros Ríos, M. «Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir análisis desde la visión.» *An. Fac. Cienc. Méd* 50, n° 2 (2017).

- Runzer Colmenares, F.M. «Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos.» *Acta Med Perú* 36, nº 2 (2019).
- Sánchez-Barragán, Rosa de Jesús, Kathya Lisseth Vassallo-Cruz, y Katherine Jhoana Gonzales-Montenegro. *Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú*. Vol. 4. 2 vols. 2021.
- Sanz, J. «¿Qué es bueno para el enfermo?» *Medicina Clínica* 119, nº 1 (2002).
- Saunders, C, Foreword. «Oxford Textbook of Palliative Medicine.» *Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K.* New York: Oxford University Press., 2004.
- Saunders, C.M. «Hospice Evolution.» *Nursing Times* 82, nº 42 (1986).
- Saunders, C.M., y M. Baines. *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Libdres. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- Sepúlveda Bermedo, Cecilia. *Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vía de desarrollo*. s.f. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LA-OMS-Y-LOS-CP-EN-PAISES-EN-DESARROLLO.pdf>.
- Seya, M.J., SFAM Gelders, OU Achara, B. Milani, y WK. Scholten. «A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country.» *Regional and Global Level. J Pain & Palliative Care Pharmacother*, 2011.
- Sgreccia, Elio. «La persona y el respeto de la vida humana. El Primado de la persona en la moral contemporánea:» *XVII Simposio Internacional de Teología de la Universidad de Navarra* (Servicio de publicaciones de la Universidad de Navarra. Edición dirigida por Augusto Sarmiento), 1997.
- Slater, P.J., y R.M. Edwards. «Needs analysis and development of a staff well-being program in a pediatric oncology, hematology, and palliative care services group.» *J Healthc Leadersh* 10 (2018).
- Spaemann, R. «Sobre el concepto de dignidad humana.» *Revista Persona y Derecho*, nº 19 (1988).
- Taboada, Paulina. *Medicina y Cuidados Paliativos, Desafíos y principios éticos en medicina paliativa*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2010.
- Torres del Moral, A. «Principios de Derecho Constitucional español.» *Servicio de Publicaciones Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid*, nº 4º (1998).
- Universidad de Navarra. *La mitad de la población mundial necesitará en 2060 cuidados paliativos en procesos graves y al final de la vida*. 23 de junio de 2022.

<https://www.unav.edu/noticias/-/contents/23/06/2022/la-mitad-de-la-poblacion-mundial-necesitara-en-2060-cuidados-paliativos-en-procesos-graves-y-al-final-de-la-vida/content/lovPblW1fC70/39362842>.

—. *La mitad de la población mundial necesitará en 2060 cuidados paliativos en procesos graves y al final de la vida*. 23 de junio de 2022. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/23/06/2022/la-mitad-de-la-poblacion-mundial-necesitara-en-2060-cuidados-paliativos-en-procesos-graves-y-al-final-de-la-vida/content/lovPblW1fC70/39362842>.

Universidad de Piura. *Premio Campodónico*. s.f. <https://www.udep.edu.pe/campodonico/>.

Universidad Internacional de Valencia. *Los 4 grandes principios bioéticos. Nuestros expertos*. *Ciencia y Tecnología*. 11 de julio de 2021. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/los-4-grandes-principios-bioeticos>.

Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Vidawasi Perú gana el premio Esteban Campodónico 2022*. 5 de julio de 2022. <https://cayetano.edu.pe/noticias/peru-gana-premio-esteban-campodonico-2022/>.

UNMSM - Facultad de Medicina. *San Fernando Informa: Primeros expertos del país en cuidados paliativos y manejo del dolor egresan de la Universidad San Marcos*. 14 de agosto de 2021. <https://medicina.unmsm.edu.pe/primeros-expertos-del-pais-en-cuidados-paliativos-y-manejo-del-dolor-egresan-de-la-universidad-san-marcos/>.

Varsi Rospigliosi, E. *Tratado de derecho de las personas*. Lima: Gaceta Jurídica, 2014.

Vatican News. *Crece la cantidad de católicos en el mundo, ahora son 1.390 millones*. 6 de abril de 2024. <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2024-04/crece-la-cantidad-de-catolicos-en-el-mundo-ahora-son-1390-millon.html>.

—. *La eutanasia es un crimen contra la vida, Incurable bo significa 'in curable'* . 2020. <https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2020-09/carta-doctrina-fe-vida-eutanasia-samaritanus-bonus-sintesis.html>.

—. *S. Juan de Dios, fundador de los Fatebenefratelli, patrón de los enfermos y trabajadores en los hogares*. s.f. <https://www.vaticannews.va/es/santos/03/08/s--juan-de-dios--fundador-de-los-fatebenefratelli--patron-de-los.html>.

Vial Correa, J., y A. Rodríguez Guerro. «La dignidad de la persona humana, desde la fecundación hasta la muerte.» *Acta Bioethica* 15, n° 1 (2009).

Vidawasi. *Vidawasi al servicio de la vida*. s.f. <https://www.vidawasiperu.org/nosotros/>.

- Viganó, Francesco. «Eutanasia y derechos fundamentales.» *Polít. Crim. Vol. 18 N° 36 Art. 1.* diciembre de 2023. <https://politerim.com/wpcontent/uploads/2023/12/Vol18N36A1.pdf>.
- Villa, S.S. *Normas Legales. Ley que crea el Plan Nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas.* 2021.
- Villavicencio Terreros, Felipe. *Derecho Penal, Parte Especial.* Volumen I vols. Lima: Editorial Grijley, 2014.
- Villegas, B. «La dignidad vulnerable. La dignidad humana según la Biblia.» *Revista Estudios Públicos*, n° 44 (s.f.).
- Viteri Custodio, D.D. «La naturaleza jurídica de la dignidad humana: un análisis comparado de la jurisprudencia Tribunal Constitucional español y el Tribunal Constitucional federal alemán. » *Estudios de Derecho* 69, n° 153 (2012).
- Volpe, DA, GAM Tobin, y RD Mellon. «Uniform assessment and ranking of opioid Mu receptor binding constants for selected opioid drugs.» *Regul Toxicol Pharmacol* 59, n° 3 (2011).
- Wolfgang, Dick. *Ayudar a morir vuelve a ser legal en Alemania.* 26 de febrero de 2020. <https://www.dw.com/es/ayudar-a-morir-vuelve-a-ser-legal-en-alemania/a-52544838>.
- World Health Organization. «Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides.» *Organización Mundial de la Salud.* 1996. 15.
- . *Assesing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicator* . 29 de september de 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.
- . *Cuidados paliativos.* 3 de octubre de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
- . *Declaration on Primary Health Care, Astana.* 2018. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>.
- . «Left behind in pain: extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and actions to improve safe access.» *Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.* 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369294/9789240075269-eng.pdf>.
- . *Unicef. Operational framework for primary health care: Trasforming vision into action.* 2020.
- Wright, M. et al. *Mapping levels of palliative care development: a global view.* noviembre de 2006. http://www.eolcbbservatory.net/global/pdf/world_map.pdf.

Normas legales

Artículo VII del Título Preliminar del nuevo Código Procesal Constitucional
Constitución Política del Perú. Artículo 1
Constitución Política del Perú. Artículo 2
Constitución Política del Perú. Artículo 2, inciso 1
Constitución Política del Perú. Artículo 7
Constitución Política del Perú. Artículo 44
Constitución Política del Perú. Artículo 112
Constitución Política del Perú. Artículo 113
Constitución Política del Perú. Art.138
Constitución Alemana. Art. 1, inciso 1
Constitución española, Art. 10, inciso 1
Código Civil Peruano. Artículo 5.
Código Penal Italiano. Artículo 579.
Convención Americana sobre Derechos Humanos. Artículo 4
Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO
Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 6
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, Artículo I.
Declaración Universal de la Organización de la Naciones Unidas, Artículo 3°
Ley N° 26842, Ley General de Salud, Art. 4
Ley N° 26842, Ley General de Salud, inciso 15, inciso 2: Artículo 15
Ley N° 28237, Código Procesal Constitucional, Art. 95

Jurisprudencia Nacional

Expediente Judicial N°. 00573-2020-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º 01
Expediente Judicial N° 04988-2023-0-1801-JR-DC-11
Expediente Judicial N°. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º 07
Expediente Judicial N° 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, Resolución N.º. 09
Expediente N.º 1109-2002-AA/TC
Expediente 1618- 2016
Expediente 14442-2021
Nuevo Código Procesal Constitucional Peruano: Artículo 33
Nuevo Código Procesal Constitucional: Art. 44, inciso 2.

Resolución N° 01 del Expediente Judicial N.º. 04988-2023-0-1801-JR-DC-11

Sentencia del expediente 4637-2006-PA/TC, F.J. 45

Sentencia emitida en expediente 1417-2005-AA/TC de fecha 08 de julio de 2005, F.J. 21

Sentencia del expediente 02945-2003-PA/TC

Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el expediente 7231-2005-PA/TC

Sentencia de 26 de febrero de 2020, 2 BvR 2347/15 y otros

Sentencia 2BvR 2347/15, párrafo 207

Sentencia 2BvR 2347/15, párrafo 208

Sentencia G 139/2019-71 de 11 de diciembre de 2020

Tribunal Constitucional. Sentencia 008-2023-AI/TC

Tribunal Constitucional STC 53/1985, FJ 3



Anexos

Anexo A. Entrevista a la Dra. Carmen de la Fuente Hontañón

Entrevista a la Dra. Carmen Fuente Hontañón, profesional en la salud, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Navarra, especialista en Medicina Interna, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Master de Bioética. Vicepresidente de la Sociedad Bioética AEBI, Experta en Medicina Paliativa, con capacitación Docente a cargo del Profesor Zylick en Ámsterdam, ex miembro de la Junta Directiva de Sociedad Española de Cuidados paliativos, Fundadora y primer presidente de la Sociedad Castellano Leonesa de Cuidados paliativos, Fundadora de la ONG “PALIATIVOS SIN FRONTERAS” actual Vicepresidente, Miembro International Association Hospice Palliative Care (IAHPC), Miembro European Association Palliative Care (EAPC), Coordinadora del Primer Protocolo de “Atención al paciente oncológico en fase terminal”. Ministerio Sanidad de España-CGCOM, miembro fundador e Investigadora de la RED MEDICOS CENTINELA DE CASTILLA Y LEÓN. Docente además de Medicina Paliativa en Clínica General, Coímbra en Portugal, Docente M-P Master Universidad Autónoma de Madrid, Docente M-P Master Geriátría Universidad de Salamanca, Docente de Medicina Paliativa en la Universidad de Valladolid. Escritora de diversos artículos respecto a Medicina Paliativa, entre otros.

La entrevista se llevó a cabo el día 06 de junio de 2024.

1. ¿Cuál es su percepción respecto a la implementación de cuidados paliativos a nivel mundial? ¿Considera que se realizan todos los esfuerzos necesarios para darle la importancia y la utilidad que deberían tener?

Hay un movimiento internacional que busca que sea realidad acompañar a los pacientes hasta el final de la vida sin dolor, esto forma parte de la Comisión Lancet. Hay un compromiso de todos los Gobiernos que busca que realmente se muera cómo se vive, es decir intentar vivir con buena calidad y al final de la vida, conlleva morir en condiciones lo más humanas posibles; esto quiere decir, acompañado y sin dolor.

Es necesario reconocer con una perspectiva histórica, que hemos comenzado el siglo XX sin recursos tecnológicos, sin embargo, a mitad del siglo XX podíamos operar a corazón abierto, podíamos hacer trasplantes de riñón, podíamos realizar tratamientos que permitan frenar enfermedades, podíamos hacer frente a las enfermedades infecciosas, porque ya teníamos antibióticos.

Todo esto ha hecho que vaya más adelante la tecnología de la curación; el reconocimiento de que somos mortales, y el entendimiento de esto, no solo a nivel sanitario, a nivel social también. Muchos pacientes me comentaban “no tengo tiempo de estar enfermo”, lo

que comprendo perfectamente, pero así es la vida. El informe Lancet contiene datos objetivos de este tipo.

2. ¿Qué beneficios traería para usted la implementación de los cuidados paliativos en países en vías de desarrollo, como es el caso peruano?

En Perú están en vías de desarrollo solo en una parte, porque ustedes tienen un desarrollo del Hospital Oncológico que está en primer nivel, eso tienen que reconocerlo. En su país un paciente puede recibir si lo consideran los oncólogos, un tratamiento experimental de primer nivel; pero es necesario poner un hincapié en las Facultades de Medicina y en las Facultades de Enfermería, para capacitar a los profesionales sanitarios a no abandonar a sus pacientes, el problema está en la formación; formación de pregrado y posgrado.

Su país cuenta con una importantísima Sociedad Peruana de Cuidados paliativos. Yo implicaría mucho más a los colegios profesionales que tienen en las diversas ciudades; para que realmente con las Facultades de Medicina, sea una realidad.

Los cuidados paliativos es el cierre de la buena medicina, la medicina de toda la vida, ser herméticos hasta el final, no tirar la toalla porque la enfermedad sea irreversible. En su país los profesionales deben invertir en sus actividades científicas, los académicos en sus Facultades de Medicina y Enfermería, los colegios profesionales en formación continua, que se impliquen; y luego algo muy importante, que a nivel político se otorguen los recursos necesarios para que haya opioides disponibles. Su país es uno de los que tiene una frenada y no sabemos el por qué.

3. Tenemos entendido que organizaciones internacionales buscan que los cuidados paliativos sean reconocidos como derecho independiente y parte fundamental en los derechos humanos, ¿Qué esfuerzos se están realizando a nivel mundial para que este objetivo se logre? ¿Cómo deberíamos enfocar estos esfuerzos para que los cuidados paliativos sean reconocidos en nuestro país como un derecho fundamental?

Los cuidados paliativos son parte del derecho a la vida, están implícitos, por lo tanto, el derecho a vivir hasta el final es importantísimo. Los médicos no tratamos muertos, tratamos vivos; por eso es tan relevante que los profesionales sanitarios de la medicina paliativa y los cuidados paliativos sean un derecho, y esto significa que el ser humano debe ser tratado como humano hasta el final de la vida; eso implica que esa parte de la medicina que trata de la enfermedad irreversible donde no hay cura, pueda haber paliación.

4. ¿Considera usted que la medicina paliativa se encuentra estrechamente ligada con la Dignidad y el Derecho a la Vida del Ser Humano?

Efectivamente, porque el ser humano es único y tiene una dignidad infinita. En lo que surge en la relación entre los pacientes y los médicos, siempre hemos dicho que es una relación

de una gran amistad médica, compartir un gran amor, el amor hacia el que sufre, eso es lo que movió a Hipócrates a no hacer una medicina de brujería, como se hacía entonces, o dejar que se murieran los pacientes; sino buscar los remedios para saber las causas del padecimiento y acompañarlos hasta el final.

Por lo tanto, todo lo que hagamos para acompañar a esa humanidad doliente, es intrínseco al ser humano, no es un derecho externo, no es algo debido por ser un derecho, es debido porque intrínsecamente tiene esa dignidad, es decir, el máximo respeto, el máximo cuidado, es de las cosas que se aprende en la medicina paliativa, que implica que lo que más necesitamos, tanto al inicio de la vida como al final de la vida, no nos lo podemos dar, al inicio de la vida porque no tenemos expresividad, necesitamos ser amados por nuestros padres; pero al final de la vida también necesitamos el amor para dar el paso, el tránsito para poder morir.

Esto nos lo enseñan los enfermos, un paciente me decía: “Doctora, no se olvide que usted para mi usted es la mejor morfina”. La dignidad es intrínseca al vivir.

5. ¿Considera que, si todos los individuos tuviesen la oportunidad de acceder de manera integral a los cuidados paliativos, la necesidad de practicar la eutanasia desaparecería del todo?

Hablamos de políticos, que existan legisladores que quieran que en sus países se instaure la Eutanasia, nada tiene que ver con la sanidad, nada tiene que ver con la auténtica medicina; tiene que ver con las ideologías integrantes en un modelo de sociedad. En este momento, no es cuestión de voluntades, de aquí parten las diferencias entre iusnaturalismo y el iuspositivismo; es cuestión de voluntades y de reconocer al ser humano, ¿por qué no se le reconoce al ser humano que es digno de ser cuidado hasta el final?, eso es lo que hay que preguntarles, es verdad que el ser humano puede decidir en un momento determinado que se ha cansado de vivir, pero es que nadie tiene porque arreglar la vida de todo el mundo y más la que concierne a su propia intimidad. Siempre veremos suicidios, y esto podrá estar ligado a enfermedades, a sistemas de vida y otras causas.

Legislar la Eutanasia es la ruptura total de una sociedad, en el que unos van a decidir sobre la vida del otro. Pasamos ese poder al Legislativo, es para exiliarse de la tierra.

Nosotros vemos que el enfermo no pide la Eutanasia, le hacen pedir la Eutanasia, eso está muy estudiado y demostrado como una opción terapéutica y no lo es. Si realmente el enfermo tuviera un tratamiento integral, no solamente sanitario, llámese factores psicológicos, sociales, espirituales y factores de enfermedad, otra sería la situación.

Toda la sociedad está comprometida como tal, estamos comprometidos a través de las sociedades compasivas, realmente a esa persona se le quiere, se le comprende, se le cuida. Lo

vemos en el mundo rural donde hay mucha más compasión que en las ciudades donde prima el individualismo, los demás no importan, etc.

Somos autónomos pero relacionales, nos necesitamos unos a otros. Sin amor no hay vida humana, podrá haber cosas, pero no hay realmente lo que dignifica al hombre; que es poder ser digno de amor.

6. ¿Considera necesaria la implementación de cuidados paliativos como especialidad médica a nivel mundial?

La medicina paliativa no es una especialidad médica, sino que forma parte del acto médico, al respecto la Organización Mundial de la Salud, lo ha dejado bien en claro en la Declaración de Astaná. En todo acto médico hay paliación, la medicina paliativa en los países anglosajones forman parte de la sub especialidades, por ejemplo, existen pediatras de cuidados paliativos. No son especialidades en sí, porque atraviesa la médula de la profesión sanitaria; tanto de enfermería como de medicina.

Nosotros hemos hecho siempre el cuidado a través de la familia y los recursos que existían, y los médicos de cabecera acompañaban hasta el final a los pacientes, y los pacientes no te decían “doctor máteme” y si lo llegaban a decir se referían a un “doctor, no puedo seguir viviendo así, haga usted algo” y eso los estudios científicos lo avalan, el deseo de adelantar la muerte es un maltrato sanitario, un maltrato social, o un maltrato psicológico, porque existen presiones familiares, y una familia no debería pedir que se mate a su familiar, y si lo hace, la sociedad debería reaccionar ante semejante demanda.

Ahora mismo, en el mundo anglosajón, existe un deseo de implantar la eutanasia, hay una ideología de la muerte. Existen 2 culturas en estos momentos: cultivar la vida y cultivar la muerte, la cultura del amor y la cultura del no amor. El ser humano es único e irrepetible, el enfermo tiene que poder pedirle al personal sanitario y a la sociedad en la que vive, que tenga los recursos suficientes para hacerle compañía.

Los enfermos están hartos de un Estado que invierta carreteras y en cuidados paliativos invierta tan poco, no hay presupuesto para camas suficientes para el descanso familiar o para atender a esos pacientes que necesitan morir en un hospital.

En España tuvimos un fenómeno muy curioso, cuando empezamos a ejercer la Medicina Paliativa en el sistema público, surgieron una serie de profesionales que lo único que querían era ser especialistas y ninguneaban a los Médicos de Familia, diciendo que ellos no podían hacer paliación; cuando ya en el mundo anglosajón, en el *text book* de *Palliative Care*, se contemplaba la importancia del Médico de Familia, y esto por el afán de ser pioneros.

Han pasado los años y todo ha encontrado un sitio, la existencia de alguna especialidad no marca la diferencia, nos hemos dado cuenta que la medicina tiene que estar impregnada de la paliación, desde el inicio hasta el final; porque existen neonatos con necesidades paliativas, se necesitan familias con soporte paliativo, existen niños que vienen con una deficiencia, niños que van a morir a las 24 horas.

Los cuidados paliativos son necesarios desde el inicio de la vida, hasta el final de la vida.



Anexo B. Entrevista a la Dra. Elizabeth Díaz Pérez de Valtolina

Médica Anestesióloga, Master en Medicina de la UPCH, con Fellow en Medicina Paliativa en el Hospital Universitario "Dr. Negrín" de Gran Canaria, España, con estudios Post Grado y Diplomados en diferentes áreas médico administrativas como: Auditoria Médica, Administración en Salud y Gestión en Investigación. Docente Universitaria de la Universidad Científica del Sur UCSUR. Actual presidente de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos SPCP.

La entrevista se llevó a cabo el día 17 de junio de 2024.

1. Por su experiencia, ¿Sabe el ciudadano peruano en qué consisten los cuidados paliativos, y somos realmente conscientes de su importancia y necesidad?

Si bien, cuando se ofrecen los cuidados paliativos, la aceptación por parte de los pacientes y cuidadores es adecuada y en muchas ocasiones bienvenida, se debe mencionar que el conocimiento respecto a este tipo de atención, no es conocida por la población en general, pues al ser un servicio que no existe en la mayoría de hospitales o centros de salud, al ser difícil el acceso y al no existir un plan nacional implementado que universalice la atención, es difícil que la población tenga un conocimiento adecuado al respecto.

2. Respecto al caso de Ana Estrada y en su posición de presidente de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos ¿Cuál fue su postura respecto a la decisión judicial de aceptar la demanda de amparo y dar el consentimiento para que se aplique la eutanasia?

La decisión judicial del caso de la señora Ana Estrada, aplicado bajo un marco de caso individual, puede dar paso a otras múltiples solicitudes. Es penoso que la Eutanasia en el país, este en camino de ser legislada sin antes haberse implementado y universalizado los cuidados paliativos a nivel nacional en todos los niveles de atención, dejando desprotegida a una población que pudiera encontrar en la eutanasia, una salida para evitar el sufrimiento, tan dramática como confusa, y que no va dirigida a eliminar el sufrimiento y el dolor, sino a eliminar al paciente.

3. Respecto a la implementación de Unidades de Cuidados Paliativos, la capacitación de profesionales de la salud respecto a la atención paliativa y el uso de opiáceos permitidos para tratar enfermedades terminales, ¿usted considera que la intervención del Estado está siendo eficiente?

Definitivamente existe un enorme retraso en la aplicación de los estándares mínimos relacionados a cuidados paliativos en el país: La educación en profesionales de la salud a nivel

pre grado es casi inexistente y la educación post grado es insuficiente. Al no existir la especialidad reconocida en el país, es difícil lograr un desarrollo más eficiente.

4. ¿De qué manera podríamos contribuir como sociedad los peruanos para enaltecer el derecho a la vida, la dignidad de todo ser humano, y, por ende, el fomento de cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos van dirigidos a aliviar el dolor y otros síntomas en los pacientes con enfermedades avanzadas potencialmente mortales, así como aliviar el sufrimiento de los cuidadores, mediante una atención integral y multidisciplinaria. La universalización de estos servicios permite que el fallecimiento se desarrolle de manera digna, aliviada, considerando a la muerte como una parte del proceso de la vida, sin adelantarla o retrasarla.

