

Cuidados paliativos: un procedimiento médico regulado por el ordenamiento jurídico colombiano

Palliative care: A medical procedure, regulated by Colombian legal system

 <https://doi.org/10.52948/mare.v3i2.565>

KELLY BERMÚDEZ VILLARROYA

 <https://orcid.org/0000-0003-1667-7893>

Universidad Libre (Colombia)

kbvillarroya@gmail.com

WILLIAM BERMÚDEZ BUENO

 <http://orcid.org/0000-0002-7370-2930>

Universidad de la Guajira (Colombia)

wbermudez@uniguajira.edu.co

JUAN CARLOS MIRANDA PASSO

 <https://orcid.org/0000-0002-7372-5147>

Corporación Universitaria Americana (Colombia)

jmirandapasso@coruniamericana.edu.co

Artículo de investigación

Recepción: 25 de septiembre de 2021

Aceptación: 14 de diciembre de 2021

Cómo citar este artículo

K. Bermúdez Villarroya, W. Bermúdez Bueno, y J. Miranda Passo, «Cuidados paliativos: un procedimiento médico regulado por el ordenamiento jurídico colombiano», *mare*, vol. 3, n.º 2, may 2022.

Resumen:

Los primeros tiempos de la medicina estuvieron circunscritos al estudio de las causas y tratamiento de las enfermedades, menospreciando la condición de vida y salud mental de pacientes y familiares en momentos cruciales, como es el caso de una enfermedad terminal. Una vez evolucionada esta disciplina científica hoy se erige la figura de los cuidados paliativos, desde la visión médico legal, como aquellas medidas asumidas para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva; atendiendo en importancia al control del dolor y otros síntomas; así como los aspectos psicosociales y espirituales. En ese sentido, el objetivo de tales cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el sujeto y su familia. De allí que, con fines de análisis de contenidos teóricos diversos, se suscita el presente estudio. Así, concluye con la priorización de la razón legal del mismo, pero también la prevalencia del humanismo y la ética, necesarios en un tema de tanta trascendencia actual.

Palabras clave: cuidados paliativos; regulación; orden jurídico; derecho.

Abstract:

The medicine early days circumscribed to the study of the diseases causes and treatment, underestimating the living conditions and mental health of patients and relatives at crucial moments, such as a terminal illness. Once this scientific discipline evolved, today the figure of palliative care erected by the medical legal perspective, as those measures assumed for the patient with an advanced and progressive disease, considering the importance of the control of pain and other symptoms, as well as the psychosocial and spiritual aspects. In this way, the objective of such palliative care is to achieve the best possible quality of life

for the subject and his family. Hence, for the purpose of analyzing various theoretical contents, the present study arises. It concludes in the prioritization of the legal reason for it, but also the prevalence of humanism and ethics, necessary in a topic of such current importance.

Keywords: palliative care; regulation; legal order; rights.

Introducción

La orientación otorgada a la disciplina de la medicina a partir del siglo XX ha sido modificada. Allí fue más relevante el descubrimiento del origen o causas de las enfermedades y la sanación efectiva de las personas; en vez del tratamiento para aliviar la patología y sintomatología del paciente. En esta misma dirección, se procura la prolongación de las expectativas de vida de la población, aumentada en porcentajes importantes con base en las prácticas y cuidados de cada región geográfica en particular. Con ello, si bien aún no se atiende adecuadamente a la calidad de vida del paciente, se ha tratado de evolucionar en la especialidad médica, aun en desmedro, en algunos casos, de la perspectiva de integralidad del ser humano.

Lo planteado no solo afecta al paciente, también a la comunidad científica y médica-académica. Por ejemplo, la falta de alcance de algunos médicos, enfermeras, y personal de atención en general, para visionar la enfermedad desde aristas particulares, desatendiendo por tanto el sistema humano en su conjunto y complejidad. Sin embargo, mayormente afectada resulta la población de enfermos incurables, en estado terminal, debido a no haber medido adecuadamente el tratamiento que le sirva para su cuidado efectivo en los últimos días.

Esta misma afectación circunda el orden jurídico en el mundo, en el sentido de hacer incurrir en prácticas descuidadas, indolentes y carentes de una sistematicidad; no solo a los profesionales del sistema de salud, sino también a familiares del paciente que, debido al desconocimiento de tantos eventos que suscita la enfermedad, no son capaces de otorgarle la atención requerida en sus días de padecimiento mayor. De acuerdo con Ahumada y Muñoz [1], dentro de la constitución se encuentran artículos que tienen relación con el derecho a la salud y al estudiarse jurisprudencialmente han permitido resaltar su importancia, convirtiéndose en soporte esencial para el otorgamiento del derecho a la salud.

De allí que el propósito del presente estudio se dirige, desde la observación, a explorar y analizar los cuidados paliativos en la medicina, como un mecanismo de regulación del orden jurídico de profesionales de la salud y familiares de pacientes en estado terminal. Lo anterior, toda vez que existe la evidente necesidad de rescatar su propia praxis, y que esta no esté sumergida en la sobre expansión de los fundamentos curativos.

En la actualidad, en este siglo XXI, se trata de que la disciplina de la medicina se posicione en un alto nivel de humanismo y ética; se ubique en la razón y propósito de la ley, y no solo en las postimerías de la atención lastimosa de un paciente. Por el contrario, ya se está en presencia de normas fundamentales que se han erigido a favor de los sujetos que padecen enfermedades terminales, en la búsqueda del apoyo, confort y necesario acompañamiento, en aras de su propia orientación física y psicológica.

La evolución de los mencionados cuidados paliativos se erige como un enfoque distinto, en respuesta a diversos precedentes que sentaron sus bases,

dando paso a otros conceptos en la medicina moderna, replanteada ahora ante la impotencia e indolencia de científicos y familiares, que se circunscribían a la espera de una muerte inminente, sin cuidar de la calidad de vida en tales momentos cruciales.

Referentes teóricos relevantes

En este apartado se realiza un estudio basado en referencias de autores relevantes, acerca de los cuidados paliativos en el área de la medicina, aplicables al ser humano en estado terminal como un mecanismo de regulación del orden jurídico actual en diversos países. La finalidad es discernir sobre aquellos aspectos que son fundamentales en esa disciplina científica en momentos decisivos del paciente. La percepción es la imagen mental que se forma por experiencias y necesidades, y es resultado de un proceso de selección, interpretación y sensaciones [2].

Asimismo, en el decurso y desarrollo del artículo se agregan disposiciones legales que han sido acordadas sobre la temática, realizando un análisis sucinto sobre la misma, desde la perspectiva de algunas naciones como Estados Unidos, México y Colombia. Sobre esta última se desarrollan aquellos protocolos, guías, leyes y reglamentos en general, en los cuales se establecen los cuidados paliativos a los cuales tienen derecho los pacientes, y a los cuales están obligados los actores del sistema de salud.

Cuidados paliativos en medicina

Como una definición aplicable en el ámbito global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [3] define los cuidados paliativos como aquellas acciones apropiadas para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva

donde cobra mayor importancia el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales. Su objetivo es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, no adelantando ni retrasando la muerte, sino partiendo de constituir un verdadero sistema de apoyo y soporte para ellos. En ese sentido, la medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Es así como la OMS [4] ha observado el cuidado paliativo como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias frente a problemas asociados a enfermedades incurables, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Para esto, se realiza una identificación temprana y una evaluación adecuada, aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

De igual manera, se considera que estos cuidados deberían ser accesibles a cada persona que padezca cualquier enfermedad amenazante para la vida y deberían comenzar tempranamente en el curso del padecimiento. Sin embargo, a menudo se inician tarde y están restringidos solamente a los pacientes con cáncer [5]. De allí que, los cambios epidemiológicos que suceden con el aumento de la expectativa de vida, según el criterio de Gómez-Batiste et al. [6] exigen un cambio de perspectiva pronóstica; desde la enfermedad o paciente en etapa terminal, hacia personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado; así como el concepto de trayectoria evolutiva con crisis.

La mencionada entidad internacional [7] también define las enfermedades crónicas como dolencias de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Afirman sus expertos que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las

enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, responsables de más del 75% de las muertes. Alrededor de 40 millones de personas mueren al año a causa de una o varias enfermedades crónicas; de ellas, más del 70% son mayores de 60 años, según la OMS [7].

Por este motivo los países deberían diseñar estrategias para el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas avanzadas se producen en países de ingresos bajos y medios, en igual número para hombres y mujeres, como también lo resalta el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo [8]. En la mayoría, los cuidados paliativos se ofrecen en fases muy avanzadas, durante pocos meses, en servicios específicos, con criterios de acceso frecuentemente basados en el pronóstico. Asimismo, según Gómez Batiste et al. [6], los modelos de intervención suelen ser dicotómicos (curativo versus paliativo), con escasa interacción entre servicios, y modelos de organización basados en intervenciones urgentes, muy fragmentadas y generalmente reactivas a las crisis de necesidades.

En este sentido, la propuesta que hace la referida entidad sobre los cuidados paliativos es que consiste en promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad terminal. A estos efectos, según Levin [3], los principios generales o los caminos a través de los cuales se hace efectivo este reajuste pasan por buen control del dolor y otros síntomas, buena comunicación, apoyo psicosocial y trabajo en equipo.

Cabe destacar que expertos de Medline Plus [10], de manera más sucinta y

precisa, definen los cuidados paliativos como aquellos que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Así, el objetivo de los cuidados paliativos consiste en ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos.

Estos cuidados paliativos los puede brindar un equipo de médicos, enfermeros, enfermeros especializados, asistentes físicos, nutricionistas certificados, trabajadores sociales, psicólogos, masajistas terapeutas y capellanes. De la misma manera, los pueden ofrecer los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas de oncología y las clínicas de atención a largo plazo. Además, generar acciones sin daño a favor de la salud de empleados y bienestar laboral en la promoción de estilos de vida y trabajo saludable implica la consecución de sitios de trabajo sanos, libres de riesgos y seguros en términos de higiene laboral [11], [12].

Por otro lado, ha de atenderse en este apartado a que, además del término de cuidados paliativos, Tripodoro et al. [8] proponen el término atención paliativa para personas con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias, así como el más apropiado para describir el conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes de manera precoz. Además, con la práctica de un modelo de atención impecable de la planificación de decisiones anticipadas (PDA), la gestión de caso como ejes de la atención, y en todos los recursos del sistema sanitario y social. Es un concepto complementario al de cuidados paliativos, que se identifica tradicionalmente con servicios específicos.

También se alude al término de Medicina paliativa, definida como:

El conjunto de procedimientos y medicamentos que se utilizan en un enfermo con el fin de suprimir el dolor y otros síntomas molestos, evitar (dentro de lo posible) el sufrimiento y, de esta manera, mejorar la calidad de vida, con el fin de que el enfermo tenga la voluntad de preservar una vida que se pueda considerar digna. [9, p. 2]

De todo lo planteado es posible coleccionar en la praxis médica e investigativa el uso de los términos cuidados paliativos, atención paliativa y medicina paliativa, con lo cual se precisan aquellas acciones que modifican la calidad de vida de pacientes en estado terminal, y la de sus familiares, en aras de proteger su condición física, psicológica y espiritual.

Sujetos destinatarios de la medicina paliativa

Con los cuidados paliativos se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea, como lo expresan expertos de Medline Plus [10]. Cuando las personas se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida. Asimismo, afirman que estos cuidados pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad, o cuando se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

Estos mismos cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, VIH/sida y la enfermedad denominada esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Mientras

reciben cuidados paliativos, las personas pueden permanecer bajo el cuidado de su proveedor de atención médica regular y todavía recibir tratamiento por sus enfermedades.

En este sentido, en la actualidad los enfermos que deben recibir medicina paliativa tienen diversas características; pueden ser pacientes adultos o de la tercera edad con un padecimiento crónico-degenerativo, a quienes su evolución o complicaciones los han llevado a un estado de deterioro órgano-funcional grave, resistente y/o irreversible al tratamiento instituido. También pueden ser jóvenes -y aun niños- con padecimientos agudos y complicaciones graves, que han dado lugar a insuficiencia órgano-funcional múltiple irreversible a pesar de las medidas terapéuticas usadas, en quienes los índices pronósticos (Apache I, escala de Glasgow) muestran la gravedad y las pocas posibilidades de sobrevivir. Asimismo, los pacientes politraumatizados con lesiones graves, independientemente de la edad, con nula respuesta al tratamiento o con complicaciones al tratamiento instituido, son candidatos al manejo paliativo, como indica Callahan [13].

Asimismo, los enfermos en estado terminal con neoplasias malignas avanzadas por el crecimiento tumoral y/o metástasis, en quienes la cirugía, radioterapia o quimioterapia no han tenido buenos resultados. Según afirman Reyes et al. [14] son los enfermos que con más frecuencia son manejados con medicina paliativa.

Cabe resaltar que el término "enfermo terminal" puede parecer peyorativo o despectivo y sugerir la falsa idea de abandono, como se desprende del criterio de los autores nombrados Reyes et al. [14]. A su vez, se aplica a aquéllos con una enfermedad aguda o crónica,

con complicaciones que han producido gran deterioro órgano-funcional, por lo que las posibilidades de recuperación son escasas o nulas. Generalmente se refiere a quienes tienen una expectativa de vida no mayor de seis meses, como son los pacientes con cáncer avanzado, cuya historia natural indica que morirán en poco tiempo.

En estos enfermos, según Arranz et al. [15] es posible producir adecuadamente la intervención emocional en pacientes que lo requieran, según los protocolos médicos existentes al efecto, siendo mucho lo que se puede hacer, sin pretender usar todo lo que la ciencia y la tecnología ponen a su disposición.

Sobre el particular, destaca entonces en este apartado que tales cuidados paliativos deben utilizarse de la forma lo más adecuada posible para cada enfermo en particular. Entonces, tomando en consideración las condiciones del enfermo y sus posibilidades de recuperación, debe atenderse a los conceptos de medidas ordinarias o proporcionadas, en contra de las medidas extraordinarias o desproporcionadas.

Escenarios de obligatorio cumplimiento

Ha de atenderse en este punto a que la obligatoriedad de los cuidados paliativos está implantada en diversas normativas, orientadas a darle continuidad a unos parámetros específicos que permitan un orden jurídico específico en materia de salud y en aras de otorgar una mejor calidad de vida a los ciudadanos en general.

En este sentido, resalta en primer lugar que, cuidados paliativos es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profe-

sionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral, según Doyle et al. [16], todos los cuales deben ceñirse a las normativas existentes al respecto. De allí que pueda inferirse que el fundamento legal deriva de los sistemas de salud de los diferentes países.

Es así como en las últimas décadas los cuidados paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes. En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr una cada vez mayor cobertura económica y asistencial [17]. En la década de 1970 dominaba una modalidad de trabajo centrada en la atención de tipo hospice institucional. En los 1980 se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria.

Históricamente, el financiamiento de los hospices ingleses ha sido cubierto por donaciones, hasta que en los años 1990 el gobierno finalmente decide financiar parte de la atención [18]. Así, el éxito del St. Christopher Hospice sentó un precedente y permitió que el movimiento se expandiera a través del mundo, generándose grupos consultores, centros de referencia, atención a domicilio y programas de investigación y docencia.

Con esta trayectoria, en 1974 se inauguró el primer hospice de Estados Unidos, en Bradford, Connecticut. A mediados de 1980 Medicare reconoce a los cuidados paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir. La evolución de los cuidados paliativos de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios. Para acceder al beneficio Medicare, los hospices deben ofrecer mayoritariamen-

te programas de atención domiciliaria en sus servicios.

Destaca en este sentido que la incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los cuidados paliativos a nivel mundial. A principios de 1970 comienzan a desarrollarse los cuidados paliativos en Canadá y a finales de la década se desarrollan también en Europa. A mediados de 1980 se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente, a mediados de 1990 lo hicieron algunos países de América Latina, entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile, tal como lo refiere Paz y Clark [19].

Ahora bien, con la finalidad de imponer los cuidados paliativos, actualmente existen alrededor de 8000 servicios en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes, debiendo igualmente acoger las normativas que al respecto se han suscitado en cada uno. Estos servicios son diversos e incluyen: unidades móviles de apoyo intrahospitalario, unidades de cuidados paliativos intrahospitalarias, casas de reposo para pacientes terminales, unidades hospitalarias diurnas, equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.

De lo planteado debe inferirse entonces que a pesar de que los cuidados paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece; estos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales [16]. Al crear la subespecialidad médica llamada medicina paliativa, esto fue seguido por el reconocimiento en otros países como Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Ruma-

nia, existiendo hoy en día numerosas asociaciones internacionales de cuidados paliativos.

Basamento legal del concepto

En este punto ha de atenderse a una serie de medidas que deben ser implementadas como parte de los cuidados paliativos a los pacientes que lo necesitan. A la vez que se analizan algunas bases éticas y legales que forman parte de la medicina paliativa [20], desde cuyo criterio se evidencia la obligatoriedad de la puesta en práctica de algunas pautas que deben ser tomadas en consideración al momento de tratar a un paciente con procedimientos propios de la medicina paliativa. De estos se evidencia que si bien forman parte de un protocolo médico específico, para la ayuda y cuidados del paciente, no menos cierto resulta la obligatoriedad en su implementación buscando la calidad de vida de pacientes e incluso de familiares que estén alrededor de ellos.

Al efecto, se menciona lo relativo a algunas medidas ordinarias como aquellas proporcionadas a las condiciones del enfermo como el acompañamiento, la comunicación, la hidratación y alimentación, los cambios de posición, aseo, cuidado de los estomas y curación de las heridas; así como los procedimientos y medicamentos administrados para mitigar el dolor o suprimir síntomas molestos (náuseas, vómitos, mareos e insomnio). Todo ello para disminuir el sufrimiento. Entonces, se pretende que el paciente esté más cómodo y tenga una mejor calidad de vida.

Por otra parte, las medidas extraordinarias o desproporcionadas a las condiciones del enfermo, si bien son útiles en la mayoría de los pacientes, no están indicadas en enfermos terminales en quienes el pronóstico sea fatal a corto

o mediano plazo -por lo avanzado de la enfermedad, complicaciones graves y falta de respuesta al tratamiento-. Entre ellas se pueden mencionar los estudios diagnósticos invasivos, la cirugía, antibióticos, nutrición parenteral o drogas vasoactivas, como expresan expertos del Ministerio de Salud de Chile [21]. Lo mismo puede decirse de la quimioterapia y radioterapia; son tratamientos que dan lugar a molestias y efectos colaterales indeseables [22].

Ahora bien, estos cuidados paliativos no solo se pueden suministrar en instituciones especializadas como los hospitales y los hospicios; también se pueden aplicar en diversos escenarios, como las habitaciones y salas generales de hospitalización; las unidades de cuidados intermedios y aun el domicilio de los pacientes. Lo importante es que se cuente con todo lo necesario y, sobre todo, con la voluntad y disposición para ayudar al enfermo. Asimismo, tal como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), el lugar donde se encuentra el paciente debe ser cómodo, con temperatura y humedad adecuadas, sin exceso de ruido, con cierta privacidad que le permita al enfermo establecer la debida comunicación con el equipo de salud y su familia, así como descansar y dormir cuando lo requiera [22].

Un caso igualmente específico es el tratamiento del dolor, sobre el cual se debe valorar la intensidad y las circunstancias de cada paciente, en donde resulta útil el uso de las escalas analógicas. En estos casos, hay que administrar los analgésicos con un plan progresivo por etapas, lo que ha mostrado su utilidad en enfermos con cáncer. La primera se implementa en enfermos con dolor leve a moderado, en donde se usan antiinflamatorios no esteroides (AINE) y deben rotarse cada 15 días. La segunda impli-

ca el dolor persistente, de moderado a severo desde el principio. Aquí se sugiere usar AINE con un opioide débil como codeína o tramadol; se pueden agregar corticoides y también rotarlos cada 15 días. La tercera integra a personas con dolor persistente severo desde el inicio; se recomienda usar AINE más un opioide potente como morfina o metadona.

En forma conjunta se deben administrar inhibidores de la bomba de protones, metoclopramida y otros antieméticos para prevenir o tratar los efectos colaterales. En algunos enfermos, la combinación con ansiolíticos y anticonvulsivantes mejora los resultados. Los parches de fentanilo o buprenorfina son útiles en el manejo domiciliario de estos enfermos [23].

En tal sentido, de todo lo descrito debe inferirse que para su aplicación siempre debe haber un médico responsable. Además de las indicaciones terapéuticas es el encargado de establecer la comunicación con el enfermo y su familia, y de elegir en forma conjunta con ellos la mejor alternativa para mejorar las condiciones y calidad de vida del enfermo. Lo ideal es que el tratamiento paliativo sea aplicado por un equipo multidisciplinario, lo que en sí constituye el espíritu de la corriente de los hospicios.

En este equipo pueden participar el médico o médicos tratantes, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, estudiantes de medicina o enfermería, familiares, amigos y ministros de alguna religión, cuando el paciente lo solicite. Según Mateos y Kleriga [24], quienes voluntariamente, en el decir de Daugherty [25] trabajarán en forma coordinada en los diferentes escenarios que antes se mencionaren: hospicios, cuartos y salas de hospitalización; asilos y el mismo domicilio de los enfermos.

En el caso específico del enfermo con cáncer puede ingresar a un hospicio, donde solo recibirá un tratamiento conservador con medidas ordinarias paliativas, administradas por un equipo multidisciplinario en el que siempre es conveniente que participen sus familiares y amigos. Así lo afirman Álvarez del Rio y Kraus, señalando también que al ingresar al hospicio se suspende todo el tratamiento oncológico, radioterapia, quimioterapia y posibles intervenciones quirúrgicas [26]. Este manejo tiene la ventaja de que el paciente socializa con otros enfermos que se encuentran en condiciones similares y con el personal de la institución como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales. También puede recibir visitas de familiares, amigos y ministros de su religión, si así lo desea [27], pero el enfermo puede cambiar de opinión y solicitar su alta para continuar con tratamiento paliativo domiciliario o volver al tratamiento oncológico previo.

Cabe destacar igualmente en este punto lo relacionado con la voluntad anticipada del paciente que expresa León Correa [28]. En ocasiones, el enfermo ha manifestado previamente sus deseos, cuando se encontraba en condiciones de reflexionar y tomar decisiones, a lo que se ha denominado “voluntad anticipada” o “testamento en vida”. Este puede quedar plasmado en un documento firmado ante un notario con dos testigos, lo que no siempre es fácil, según comentarios de Gutiérrez [20]. Por tanto, se piensa que basta con la voluntad del enfermo expresada por escrito con la firma de dos testigos. Este documento debe estar en un lugar accesible y visible para orientación de los familiares y los integrantes del personal paramédico, quienes muchas veces son los primeros en estar en contacto con el paciente. En

ese sentido, este artículo soporta que lo anterior, consignado en la nota clínica del expediente, con la firma del médico tratante y el enfermo, tiene el mismo valor.

En la voluntad anticipada, según refiere el autor mencionado, se consignan disposiciones precisas: no ingresar a la unidad de cuidados intensivos, no recibir medidas desproporcionadas, tratamiento oncológico o transfusiones sanguíneas; no ser sometido a intervenciones quirúrgicas o reanimación cardiopulmonar. A su vez, puede expresarse la voluntad de donar órganos para trasplante. Las modificaciones legislativas ya han establecido el marco legal para el adecuado uso de la voluntad del enfermo, quien reflexionando y previendo el futuro de su enfermedad expresa libremente sus deseos en cuanto al manejo de su padecimiento.

De la misma manera, en algunas normas del derecho utilizadas en la medicina paliativa, se encuentra también la figura del empecinamiento terapéutico. Según alude el autor mencionado, vale decir, el hecho de utilizar medidas extraordinarias en enfermos terminales, cuyas condiciones clínicas e índices pronósticos hablan de que morirán en poco tiempo; constituye lo que se ha llamado “encarnizamiento terapéutico”, un término peyorativo muy agresivo, por lo que se prefiere utilizar “empecinamiento terapéutico” o “distanasia”.

En este sentido, Barbero et al. advierten algunas recomendaciones: evitar el uso de estas medidas fútiles que en nada benefician al paciente y, en cambio, pueden ser molestas, dolorosas y, en ocasiones, peligrosas. En un segundo término, hay que procurar no caer en el empecinamiento terapéutico, lo que también se conoce como “adistanasia”. El manejo integral que pretende la comodidad del enfermo, sin sufrimiento por

dolor y otros síntomas molestos, en el sitio que elija y rodeado de las personas que quiere, se conoce como “ortotanasia”. Este comprende las medidas paliativas antes mencionadas, aplicadas en el escenario más conveniente: hospicios, salas de los hospitales o el domicilio del paciente [29].

Más concretamente, sobre las bases éticas y jurídicas, considera Gutiérrez que la atención del enfermo que requiere tratamiento paliativo se debe basar en un comportamiento ético del equipo de salud; con respeto a la dignidad de la persona humana y los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia [20]. En este particular, afirma Tarasco procurar evitar medidas que produzcan mayores daños que beneficios, teniendo en cuenta la autonomía del paciente en la toma de decisiones; en el sentido de rechazar medidas desproporcionadas; así como para dejar el tratamiento paliativo y volver al tratamiento anterior, como sería el oncológico en el paciente con cáncer [30].

En el caso del enfermo terminal, en criterio de Gutiérrez-Samperio, tiene la libertad para escoger cómo vivir el tiempo que le queda, elegir el lugar y la manera de morir, sin dolor y otros síntomas que interfieran con una buena calidad de vida. Tiene derecho a tener una muerte digna, en el hospital o su casa, rodeado de las personas que quiere y lo quieren [31].

Cabe destacar un ejemplo preciso de normatividad jurídica en el caso de México. Allí se publicó en el Diario Oficial de la Federación una iniciativa del entonces presidente de la República para modificar la Ley General de Salud en lo referente al tratamiento integral del dolor y la medicina paliativa. La iniciativa fue aceptada en lo general.

Entre las modificaciones sobresale la de la fracción II del artículo 27, donde a las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación se agregaron las medidas paliativas, aunque lo más importante fue el artículo 166 bis agregado en el título octavo bis, publicado en el Diario Oficial de la Federación dos días después, se publicó en este diario la Ley de Voluntad Anticipada, cuyos conceptos más importantes definen los procedimientos extraordinarios; los derechos del enfermo terminal; la voluntad anticipada; el trato a los familiares, quienes deben respetar la voluntad del enfermo. En caso de urgencias con el paciente inconsciente, en ausencia de familiares o la persona responsable, corresponde al médico tratante y al comité de bioética tomar las decisiones.

Asimismo, se complementa con las facultades, derechos y obligaciones del médico y del equipo de salud; la administración de opiáceos y sedantes, aunque el enfermo pierda el estado de alerta y se ponga en peligro su vida; cuando la intención es suprimir el dolor, evitar el sufrimiento y no acortar la vida. Por otro lado, se indica no utilizar medidas extraordinarias en el enfermo terminal. También el personal médico y el equipo de salud están obligados a proporcionar las medidas de soporte, medidas de sostén ordinarias; a su vez, a no dejar el tratamiento por decisión propia del equipo de salud y están prohibidos la eutanasia y el suicidio asistido.

Cabe destacar que en México las modificaciones de la ley en 2009 y las modificaciones menores en 2012, que regulan el manejo integral del dolor y los cuidados paliativos, están contenidas en la NOM-011-5AA3-2014. Todo lo anterior es muy satisfactorio. Sin embargo, aún queda el vacío del tratamiento integral del dolor en enfermos con padecimien-

tos crónicos, con expectativa de vida mayor a 6 meses, pero que sufren dolor severo intenso rebelde al tratamiento.

De la misma manera, a los avances científicos y tecnológicos que indudablemente han salvado muchas vidas y curado muchas enfermedades, ahora se agrega la medicina paliativa, que no está en contra de dichos avances, pero pugna por su adecuado uso, con un sentido humanista en el que prevalece el respeto a la voluntad y autonomía del enfermo. En México, el aspecto ético también se agrega a la regulación jurídica, plasmada en las modificaciones de la Ley General de Salud de 2009 y 2012.}

Normatividad en Colombia en tiempos de transición pandémica

Por su parte, el Ministerio de Salud de Colombia destaca en el presente momento de transición epidemiológica, que ello enfrenta al incremento de las enfermedades crónicas e incurables que ocasionan un impacto importante en la calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familias.

Así, el cuidado paliativo se centra en el alivio del sufrimiento de las personas con enfermedad crónica, degenerativa, irreversible o en fase terminal, controlando no solo los síntomas físicos, sino además los psicosociales para mejorar su bienestar. De allí que prestar la atención a las personas que demandan cuidados paliativos requiere tener en cuenta sus necesidades (paciente y familia), su condición de salud, la multiplicidad de síntomas y complicaciones. Por ello los cuidados paliativos buscan la articulación de los actores del sistema, favoreciendo la oportunidad de la atención y disminuyendo la inequidad.

En Colombia, según la referida entidad ministerial, la atención en cuidados paliativos está dirigida a los pacientes de cualquier edad, con cáncer y enfermeda-

des crónicas incurables y evolutivas que se encuentren en situación avanzada o terminal. En este orden de ideas, un enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable. Se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses, según lo especificado en el protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social [32].

Colombia, como estado miembro de la OMS [7], y en criterio de esta misma entidad internacional, acoge las recomendaciones de este organismo en cuanto a las acciones que hacen parte de la atención en cuidados paliativos, vale decir: aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes; afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal; no intentar acelerar ni atrasar la muerte. Asimismo, integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo; utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias

El hecho de mejorar la calidad de vida también puede influir positivamente en el curso de la enfermedad; así como poder brindar en una fase inicial de la enfermedad otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluir las investigaciones necesarias para comprender y manejar adecuadamente las complicaciones clínicas angustiosas.

Actualmente se cuenta con la “Guía de práctica clínica cuidados paliativos”, cuyo proceso de adopción fue realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Asimismo, la Resolución 1416 de 2016 define que aquellos servicios donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, tienen como apoyo la correspondiente guía de práctica clínica [33].

Asimismo, se indica en esa resolución que las guías para adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas se convierten en una referencia necesaria para la atención de las personas, siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, de acuerdo con el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.

De la misma manera, a partir de la entrada en vigor de la Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Devis Saavedra”, se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida [33].

Para ello, el Ministerio del ramo ha expedido diversos actos administrativos para su debida reglamentación, en beneficio de la población objeto, a saber: Circular 022 de 2016, que establece los lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor. Por su parte, la Circular 023 de 2016 contempla las instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos [33].

Asimismo, se ha establecido la Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de la Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud [33]. En la Resolución 1416 de 2016 se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014 [33]. Por medio de la Resolución 2665 de 2018, se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, que deroga la Resolución 1051 de 2016 [34].

Esta reglamentación señalada tiene como objeto garantizar a las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, el derecho a la atención en cuidados paliativos. Este pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas; siempre teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica establecidas, en los servicios habilitados que oferten y presten esta atención. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no otorguen una vida digna para el paciente.

Cabe mencionar que los derechos que contempla la Ley 1733 de 2014, en cuanto a la atención de cuidados paliativos a pacientes que padezcan una enfermedad terminal, crónica, irreversible y degenerativa de alto impacto en la calidad de vida, son los siguientes: derecho al cuidado paliativo: el paciente tiene

derecho a recibir la atención para el cuidado paliativo cuando así lo considere el médico tratante o podrá solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. En el caso de la información, el paciente tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles; así como los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. La familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de la incapacidad total del paciente que le impida tomar decisiones [34].

Asimismo, se contempla el derecho a una segunda opinión: el paciente podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su Entidad Prestadora de Servicio (EPS) o entidad territorial. Además, el derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada: el paciente en pleno uso de sus facultades legales y mentales indicará su decisión de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente. También está el derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: los pacientes podrán participar en forma activa en la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

De la misma manera, se establecen los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de 14 años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre 14 y 18 años, él será

consultado sobre la decisión a tomar. Finalmente, se establece el derecho de los familiares: si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre su cuidado paliativo la tomará su cónyuge o hijos mayores, o según sea el caso, sus padres o familiares más cercanos por consanguinidad.

De igual modo, mediante la Resolución 4343 de 2012 se expide la regulación sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, conocida como Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. Esta es una normativa que reglamenta las acciones concernientes a la atención de los usuarios/pacientes por parte de las instituciones de la salud. Su intención es asegurar un trato digno, unificando los derechos y deberes de los pacientes y familiares. Además, tiene en cuenta los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en concordancia con lo expuesto en el quinto y sexto artículo de la Ley 1733 de 2014. A su vez, esto se reafirma con la Circular 023 de 2016 "Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos" [34].

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), a través de la Superintendencia Nacional de Salud, dan instrucciones a la EPS de los regímenes contributivo y subsidiado respecto de los mecanismos a través de los cuales deberán brindar la información al paciente/usuario. Lo anterior está relacionado tanto con la Carta de Derechos y Deberes del afiliado, así como la carta de desempeño de las entidades, establecidas en la Circular Conjunta Externa 0016 de 2013 [33].

Asimismo, en los servicios en los cuales se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles; los pacientes podrán solicitar dicha atención ante el médico tratante o entidad tratante, de conformidad con el sistema de autorización que tenga previsto la EPS de la cual se encuentre como afiliado.

De lo planteado se evidencia que existe en Colombia un conjunto de normativas tendentes a la regulación adecuada de los cuidados paliativos. Esto se convierte en un aporte significativo a la salud de aquellos sujetos que estando en la fase terminal o degenerativa de su enfermedad, tengan los beneficios de un conjunto de medidas ordinarias, extraordinarias, en apoyo a su condición no solo física, sino psicológica.

Conclusiones

En el decurso de la vida del hombre, visto como sujeto de derechos y obligaciones, y los cambios evidenciados en la modernidad; se han suscitado modalidades de mejora de la calidad de vida a partir de algunas formas de manejar las enfermedades crónicas, degenerativas y la muerte. En este devenir, los pacientes en estado terminal han adquirido algunas garantías para su convalecencia y/o espera forzada de sus últimos días en este plano terrenal.

De allí la necesidad de haber incorporado al ámbito médico y legal la figura de los cuidados paliativos, la atención paliativa o la medicina paliativa; diferentes términos para nombrar la formación y el diseño de medidas en el manejo sintomático e interdisciplinario de los pacientes con enfermedades graves en estadios avanzados. Estas son dimensiones que explican el reconocimiento creciente de la necesidad de incorporar a tales

cuidados paliativos al quehacer de la medicina actual.

No obstante, lo planteado si bien se han realizado avances médicos y jurídicos con relación al tema, aún no se ha logrado el apoyo suficiente de los actores involucrados. Algunas veces ocurre por desconocimiento del manejo efectivo de esos enfermos terminales, o de los protocolos, reglamentos existentes al efecto. Esto inserta a sus actores en un incumplimiento flagrante de la ley, dañando de esta manera la condición física y psicológica de los pacientes y familiares [35].

Finalmente, hay que considerar que cada vez más, en aras de la protección de estos pacientes terminales, los países deben seguir diseñando normativas adecuadas y funcionales. A la vez, crear los espacios necesarios a la implementación de los cuidados paliativos, debiendo producir la formación eficiente de los sujetos protagonistas del sistema de salud que atiende estos pacientes.

Referencias

- [1] I. Ahumada y C. Muñoz. (2017, dic.). "Evolución del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano", *Revista Erg@omnes*. [Internet]. Vol. 9, n.º 1, pp. 1-32. Disponible en <https://doi.org/10.22519/22157379.1009>
- [2] J. C. Miranda, Y. Chadid, y F. Quintero. (2018, en.). "Ingreso, clases sociales y Desigualdad educativa en Barranquilla, Colombia", *ADGNOSIS*. [Internet]. vol. 7, n.º 7. Disponible en <https://doi.org/10.21803/adgnosis.v7i7.296>
- [3] R. Levin, "Cuidados paliativos: principios generales", en *Cuidados paliativos guías para el manejo clínico*, Washington D.C.: OPS, 2020, pp. 12-17. [Internet]. Disponible en <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care-01.pdf>
- [4] OMS, *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados paliativos*, Ginebra, Suiza: OMS, 2007. [Internet]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf
- [5] D. González y K. Sáenz. (2018, en.). "Análisis conceptual de la violencia contra la mujer en el ámbito privado y su inclusión en la Justicia Restaurativa", *Pensamiento Americano*. [Internet]. Vol. 11, n.º 20. Disponible en <https://doi.org/10.21803/pensam.v11i20.14>
- [6] X. Gómez-Batiste, C. Blay, J. Roca and D. Fontanals. (2012, jul.). "Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI", *Medicina Paliativa*. [Internet]. Vol. 19, n.º 3, pp. 85-86. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.006>
- [7] OMS. (2020, ag. 20). "Cuidados paliativos". [Internet]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- [8] V. Tripodoro, V. Veloso y V. Llanos. (2015, jul.). "Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos", *Argumentos*. [Internet]. N.º 1, pp. 307-330. Disponible en <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/1217>
- [9] C. Gutiérrez. (2017, dic.). "Medicina paliativa", *Cir. Gen*. [Internet]. Vol. 39, n.º 4. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77688>
- [10] Medline Plus. (2020, en. 23). "¿Qué son los cuidados paliativos?". [Internet]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
- [11] C. Gonzalez Beleño, C. Rodríguez y A. Cabarcas. (2020, dic.). "Calidad de la Gerencia: un análisis bibliométrico", *ADGNOSIS*. [Internet]. vol. 9, n.º 9, pp.

- 109-118. Disponible en <https://doi.org/10.21803/adgnosis.9.9.442>
- [12] C. Barros Bastidas y O. Turpo Gebera. (2018, en.). "Factors influencing the scientific production of university professors: a systematic review," *Pensamiento Americano*. [Internet]. Vol. 11, n.º 22. Disponible en <https://doi.org/10.21803/pensam.v11i21-1.276>
- [13] Callahan, D. (2000, Mar.). "Death and the Research Imperative," *New England Journal of Medicine*. [Internet]. Vol. 342, n.º 9, pp. 654-656. Disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200003023420910>
- [14] M. Reyes, B. Santi y F. Nervi. (2016, ag.). "Cuidados Paliativos y Control de Síntomas en Chile. La experiencia de la Clínica Familia", *ARS médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos*. [Internet]. Vol. 11, n.º 11, pp. 156-161. Disponible en <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/214>
- [15] P. Arranz, J. Barbero, P. Barreto y R. Bayés, *Intervención emocional en Cuidados Paliativos Modelo y protocolos*, Barcelona: Ariel S.A., 2003.
- [16] D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, and K. Calman, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd ed., Oxford: Oxford University Press, 2003.
- [17] M. del Río y A. Palma. (2007). "Cuidados paliativos: historia y desarrollo", *Boletín Escuela de Medicina U.C.* [Internet]. Vol. 32, n.º 2, pp. 16-22. Disponible en <http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/20071/CuidadosPaliativos.pdf>
- [18] I. Higginson. (2005, Jan.). "End-of-Life Care: Lessons from Other Nations," *Journal of Palliative Medicine*. [Internet]. Vol. 8, n.º 1, pp. 161-173. Disponible en <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-161>
- [19] S. Paz and D. Clark. (2005). "Palliative Care in Colombia," *From the Observatory*. [Internet]. Vol. 13, n.º 2, pp. 75-83. Disponible en <https://doi.org/10.1179/096992605X42413>
- [20] Gutiérrez Samperio, C. (2017). "Medicina paliativa", *Cirujano General*. [Internet]. Vol. 39, n.º 4, pp. 251-256. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v39n4/1405-0099-cg-39-04-251.pdf>
- [21] Ministerio de Salud de Chile, *Guía Clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos*, Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2011. [Internet]. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c-2723d1e04001011f011398.pdf>
- [22] E. Davies and I. Higginson, *The Solid Facts Palliative Care*, Copenhagen, Denmark: WHO, 2004. [Internet]. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107561/9789289010917-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [23] L. Guevara y B. Altamirano, "La bioética en la medicina del dolor y paliativa", en B. Altamirano et al., eds., *Ética clínica. Una perspectiva transfusional*, México: Ed. Cointer, 2006.
- [24] G. Mateos y G. Kleriga, "El tratamiento neuroquirúrgico del dolor", en *Merk. Clínica del dolor*, México: Ed. Edimplas S.A, 1999.
- [25] C. Daugherty. (2004). "Examining Ethical Dilemmas as Obstacles to Hospice and Palliative Care for Advanced Cancer Patients," *Cancer Investigation*. [Internet]. Vol. 22, n.º 1, pp. 123-131. Disponible en <https://doi.org/10.1081/CNV-120027587>
- [26] A. Álvarez del Río y A. Kraus. (2007). "Eutanasia y suicidio asistido", en R. Pérez-Tamayo y R. Tapia, eds., *La construcción de la bioética*, México: FCE, 2007.
- [27] L. Pessini y L. Martin. "Algunos conceptos éticos básicos acerca del término de la vida: eutanasia, mistanasia, distanasia y ortotanasia", en *Bioética*, Santiago: Ed. Mediterráneo, 2013. [In-

- ternet]. Disponible en <https://doi.org/10.18041/0124-0102/advocatus.26.944>
- [28] F. León Correa. (2008, dic.). "Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica, *Rev. Colomb. Bioet.* [Internet]. Vol. 3, n.º 2, pp. 83-101. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189214386006.pdf>
- [29] J. Barbero, C. Casabona, P. Gijón y J. Judez, "Limitación del esfuerzo terapéutico", en D. Gracia y J. Judez, eds., *Ética en la práctica clínica*, España: Ed. Triacastela, 2004.
- [30] M. Tarasco. (2009). "Diversas posturas filosóficas que influyen en el razonamiento bioético", en J. Kuthy-Porter, *Introducción a la Bioética*, México: Méndez Editores, 2015, pp. 25-43.
- [31] C. Gutiérrez-Samperio. (2010). "Muerte asistida", en C. Gutiérrez-Samperio y J. Carrasco, *La bioética en el ejercicio quirúrgico*, Ciudad de México: Alfil, 2010, p. 233.
- [32] Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, sept. 20). "Abecé. Cuidados paliativos". [Internet]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>
- [33] Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 28 my. 2014. [Internet]. Disponible en www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%201416%20de%202016.pdf
- [34] Resolución 2665 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 25 jun. 2018. [Internet]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
- [35] S. Villagrán, D. Jasso, M. Aldaba y M. Rodríguez. (2017, en.). "Mobbing: impacto psicológico en docentes univer-

sitarios, repercusiones en el sentido de pertenencia y permanencia laboral", *Pensamiento Americano*. [Internet]. Vol. 10, n.º 18, pp. 77-95. <https://doi.org/10.21803/pensam.v10i18.46>