



El sistema **INTERAMERICANO**

como herramienta
para garantizar el acceso
a los **cuidados paliativos**
y **el alivio del dolor**

DIANA GUARNIZO PERALTA

Caja de herramientas para activistas
y profesionales de la salud

EL SISTEMA INTERAMERICANO
COMO HERRAMIENTA PARA GARANTIZAR EL ACCESO
A LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL ALIVIO DEL DOLOR

Caja de herramientas para activistas
y profesionales de la salud

ISBN: 978-958-59496-4-5 Versión digital

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia
Carrera 24 N° 34-61, Bogotá, D.C.
Teléfono: (57 1) 608 3605
Correo electrónico: info@dejusticia.org
<http://www.dejusticia.org>

Este texto puede ser descargado gratuitamente en
<http://www.dejusticia.org>

Creative Commons Attribution-Non Commercial Share-Alike License 2.5.

Revisión de textos: María José Díaz Granados
Preprensa: Marta Rojas
Cubierta: Daniel Hincapié

Bogotá, agosto de 2016

DIANA GUARNIZO PERALTA (LL.B. Universidad Nacional, LL.M. Universidad de Essex, Ph.D. Universidad de Essex)
ha trabajado como abogada de derechos humanos,
investigadora y consultora para diversas organizaciones
en Colombia y el Reino Unido en temas relacionados con
el derecho a la salud, derechos sociales y derechos de las
mujeres. Actualmente se desempeña como investigadora de
Dejusticia coordinando el área de justicia económica.

ABREVIATURAS

CADH

Convención Americana
sobre Derechos Humanos

Comité DESC

Comité de Derechos Económicos,
Sociales y Culturales

Convención sobre Personas Mayores
Convención Interamericana sobre la
Protección de los Derechos Humanos
de las Personas Mayores

JIFE

Junta Internacional de Fiscalización
de Estupefacientes

OEA

Organización de Estados Americanos

OMS

Organización Mundial de la Salud

ONU

Organización de las Naciones Unidas

OPS

Organización Panamericana
de la Salud

PIDCP

Pacto Internacional
de Derechos Civiles y Políticos

Pidesc

Pacto Internacional de Derechos
Económicos, Sociales y Culturales

Protocolo de “San Salvador”

Protocolo Adicional a la Convención
Americana Sobre Derechos Humanos

SIDH

Sistema interamericano
de derechos humanos

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?.....	5
2. CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS AMÉRICAS	7
3. CUIDADOS PALIATIVOS Y DERECHOS HUMANOS	10
4. EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.....	14
5. EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS Y EL ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS.....	16
■ Protección “directa” al acceso a cuidados paliativos	16
■ Protección “indirecta” al acceso a cuidados paliativos	18
6. ¿POR QUÉ Y CÓMO INTERVENIR ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS?	23
■ Cómo presentar una petición ante el sistemainteramericano: el sistema individual de peticiones.....	24
■ Solicitud de medidas cautelares.....	32
■ Mecanismos no contenciosos de protección.....	34
REFERENCIAS.....	35

INTRODUCCIÓN

Este documento está dirigido a personal médico, organizaciones sociales, hacedores de política pública y cualquier otra persona interesada en abordar el tema del cuidado paliativo desde una perspectiva de derechos humanos. Aunque durante años los cuidados paliativos estuvieron confinados al análisis estrictamente médico, en épocas recientes la comunidad internacional y los mecanismos de las Naciones Unidas han reconocido que los cuidados paliativos son también un asunto de derechos humanos. Este documento es un esfuerzo por mostrar los múltiples vínculos entre los cuidados paliativos y los derechos humanos, tanto en su conceptualización como en la protección.

Esperamos que esta sea una herramienta valiosa tanto para la comunidad médica, los pacientes y sus familiares en todos los países del continente americano que buscan argumentos legales y de derechos humanos que les permitan acceder a tratamientos médicos más humanos al final de la vida, como para litigantes y activistas de derechos humanos que deseen proteger y garantizar una vida sin dolor a los pacientes, incluso en sus últimos días.

Este documento fue elaborado por Diana Guarnizo, investigadora del Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad (Dejusticia), con la asistencia investigativa de Carlos Juliano Simoes-Ferreira; comentado por Isabel Pereira y Sergio Chaparro, investigadores de Dejusticia, y Liliana de Lima, directora ejecutiva del International Association for Hospice & Palliative Care. El documento contó con el apoyo financiero de Open Society Foundation.



¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuidados paliativos

...son un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2004, p. 88).

Los cuidados paliativos:

- proporcionan alivio del dolor y otros síntomas;
- reafirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- no pretenden acelerar o aplazar la muerte;
- integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al enfermo;
- ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte;
- brindan un sistema de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad del paciente y a su propia aflicción ante la muerte de este;
- emplean un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente;
- mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad;

- son aplicables en los inicios de la enfermedad, conjuntamente con otras terapias que procuran prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor complicaciones clínicas dolorosas (OMS, 2004, p. 88).

Si bien los cuidados paliativos surgieron originalmente como parte del tratamiento contra el cáncer, la Resolución de Cuidados Paliativos adoptada por la Asamblea Mundial de Salud en mayo 2014 (en adelante la Resolución 67.19 de la OMS) reconoció que los cuidados paliativos deben ser aplicados en todos los casos de enfermedad crónica o potencialmente mortales, como pacientes con VIH o tuberculosis farmacorresistente.¹

La Resolución también reconoció que los cuidados paliativos deben ser aplicados dependiendo de las necesidades de cada individuo, en todos los grupos de edad y, particularmente, en el adulto mayor y los niños. En efecto, las personas mayores de 65 años experimentan, cada vez con más frecuencia, enfermedades terminales y crónicas. En consecuencia, necesitan con mayor urgencia acceso a este tipo de cuidados (FXB Center for Health and Human Rights y Open Society Foundations, 2013, p. 54).

Así mismo, los niños que sufren enfermedades terminales requieren de cuidados y métodos que les permitan aliviar el dolor y tener la mejor vida posible hasta el final. La definición de cuidados paliativos para niños de la OMS contiene “una aproximación amplia y multidisciplinaria que incluya la familia y haga uso de los recursos disponibles de la comunidad”, incluso cuando los recursos son limitados. Esta puede ser provista “en lugares de cuidado terciario, en centros de salud comunitarios e incluso en los hogares de los niños” (Worldwide Palliative Care Alliance y WHO, 2014, pp. 14-15).

1 OMS. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. Resolución de la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, WHA67.19, 2014.

2.



CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS AMÉRICAS

Se estima que la región de las Américas concentra el 13 % de la población mundial en necesidad de cuidados paliativos en el mundo, con 365 adultos por cada 100.000 habitantes, que se encuentran en necesidad de atención para alivio de dolor y manejo de síntomas (Worldwide Palliative Care Alliance y WHO, 2014, pp. 14-15). Las poblaciones que más requieren cuidados paliativos son los ancianos, los niños, los pacientes de cáncer y VIH/SIDA, así como los pacientes de otras enfermedades crónicas. A pesar de la creciente demanda por cuidados paliativos, Latinoamérica presenta cifras bajas en acceso a opioides y se encuentra en los últimos lugares del *ranking* mundial en cuanto a disponibilidad, accesibilidad y calidad de cuidados paliativos.

Personas mayores

El perfil demográfico en las Américas viene cambiando a pasos acelerados. Mientras que en el 2010, solo el 10 % de su población era mayor de 60 años, se proyecta que para el 2050 el 25,4 % de la población lo sea (Cepal, 2015, p. 36). Los adultos mayores sufren con mayor frecuencia de enfermedades degenerativas o crónicas, lo que incrementa la necesidad de una atención integral con un enfoque en cuidados paliativos (p. 54).

Niños

De acuerdo con cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, para el 2012, alrededor de 29.000 niños y adolescentes menores de 14 años fueron diagnosticados con cáncer en las Américas, siendo la leucemia el tipo más común (Globocan, 2012). El incremento de enfermedades crónicas en este grupo poblacional implica un desafío para los sistemas de salud en la región, los cuales deben disponer de sistemas de cuidados paliativos acordes a sus necesidades.

Baja disponibilidad y acceso inequitativo a opioides en las Américas

La provisión de cuidados paliativos incluye la administración de medicamentos para el alivio del dolor, particularmente opioides. A pesar de que 14 medicamentos de uso en cuidado paliativo están en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (WHO, 2015), de los cuales tres son esenciales para el alivio del dolor (morfina, hidromorfona y oxycodona), y aunque su costo de producción es relativamente bajo, el 80% de la población mundial no cuenta con adecuado acceso a estos. El consumo de opioides está concentrado en un 90% en países desarrollados tales como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y algunos países europeos (Comisión Global de Política de Drogas, 2015).

Datos para Latinoamérica revelan un bajo consumo de morfina, lo cual, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población, refleja que no se están satisfaciendo las necesidades de alivio de dolor. El consumo global de medicamentos controlados, como la morfina, es monitoreado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de manera periódica. Descontando a Canadá y Estados Unidos, que tienen consumos promedios de 97,5 y 79,8 mg/cápita respectivamente, muy por encima del promedio mundial de 6,27 mg/cápita, solo dos países (Barbados y Argentina) están por encima del promedio global; 17 países de la región tienen un consumo por debajo de los 2 mg/cápita (Pain & Policy Studies Group / WHO Collaborating Center, 2015).

Bajos niveles de accesibilidad y calidad de los cuidados paliativos en la región

En el continente americano, exceptuando Estados Unidos y Canadá, existe un rezago significativo en la disponibilidad, calidad y régimen normativo de cuidados paliativos. De acuerdo con un estudio reciente sobre la situación de los cuidados paliativos en el mundo, titulado *The Quality of Death Index*, realizado por The Economist Intelligence Unit, el cual calificó la disponibilidad, accesibilidad económica y calidad de los cuidados paliativos en 80 países alrededor del mundo, en un índice de 1 a 100 de acuerdo a 20 indicadores, los países latinoamericanos aún presentan serias deficiencias en todos los aspectos estudiados. Mientras que Chile tiene el *ranking* más alto, seguido por Costa Rica, Panamá y Argentina, países como Cuba, Uruguay, Ecuador, Brasil, México, Venezuela y Puerto Rico registran puntajes de entre 40 y 50/100. En los últimos lugares de la lista se encuentra Perú, Colombia, Guatemala y República Dominicana (The Economist Intelligence Unit, 2015).

Países americanos	Puesto en una lista de 80 países	Puntaje
Estados Unidos	9	80,8
Canadá	11	77,8
Chile	27	58,6
Costa Rica	29	58,6
Panamá	31	53,6
Argentina	32	52,5
Cuba	36	46,8
Uruguay	39	46,1
Ecuador	40	44,0
Brasil	42	42,5
México	43	42,3
Venezuela	45	40,1
Puerto Rico	46	40,0
Perú	49	36,0
Colombia	68	26,7
Guatemala	74	20,9
República Dominicana	75	17,2

Fuente: The Quality of Death Index (2015).

3.



CUIDADOS PALIATIVOS Y DERECHOS HUMANOS

Si bien los cuidados paliativos surgieron en el contexto médico, actualmente se reconoce que el acceso a cuidados paliativos es un asunto de derechos humanos. En años recientes, coaliciones de especialistas, la OMS y organizaciones de la sociedad civil que abogan por el derecho a la salud y los derechos humanos, han llevado el tema a foros internacionales, resaltando que el cuidado paliativo no solo dignifica a pacientes en situación de sufrimiento, sino que debe ser reconocido como un derecho humano incluido y protegido en los sistemas de protección de derechos humanos tanto a nivel regional como internacional (Open Society Foundations, 2011). En 2014, la Resolución 67.19 de la OMS reconoció que “el acceso a cuidados paliativos y a medicamentos esenciales para fines médicos y científicos fabricados con sustancias fiscalizadas, entre otras, analgésicos opioides, como la morfina, [...] contribuye a la realización del derecho al goce del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr” (Asamblea Mundial de la Salud, 2014).

Diversos Relatores Especiales² y comités del sistema de naciones unidas³ han reconocido también las múltiples conexiones que existen entre el acceso a cuidados paliativos y el ejercicio de varios derechos directamente reconocidos en los principales tratados de derechos humanos. A través de diversos documentos han concluido que la falta de acceso a los cuidados paliativos adecuados puede

- 2 Los Relatores Especiales son expertos independientes de alta calidad técnica y moral escogidos por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con el fin de promover o hacer seguimiento a un derecho o temática especial.
- 3 Los Comités son órganos colegiados creados para supervisar la aplicación de un tratado de derechos humanos por parte de los Estados partes de ese tratado. Actualmente existen nueve comités, cinco de ellos tienen la facultad para conocer y tramitar peticiones individuales sobre posibles denuncias de violaciones de los derechos humanos.

constituir una violación a: el derecho a estar libre de tortura y a no sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la información y el derecho a no ser discriminado.

En relación con el vínculo entre los cuidados paliativos y *el derecho a estar libre de tortura y a tratos crueles, inhumanos y degradantes*,⁴ el Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, estableció claramente que “la denegación de hecho del acceso al alivio del dolor, si provoca dolor y sufrimiento graves, constituye trato o pena cruel, inhumano o degradante”.⁵ Así mismo, en una carta conjunta emitida por Manfred Nowak, Relator Especial sobre Tortura, y Anand Grover, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y dirigida a la Comisión de Estupefacientes, explicaron que “la falla en asegurar acceso a medicaciones controladas para el dolor y sufrimiento amenaza derechos fundamentales a la salud y a la protección en contra de tratos crueles, inhumanos y degradantes”.⁶

Existen también múltiples relaciones entre los cuidados paliativos y el *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*.⁷ El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Comité DESC) ha establecido que un enfoque integrado del derecho a la salud debería incluir “la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”.⁸ Igualmente, estableció que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, [...] a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos”.⁹

El Comité DESC también ha considerado el deber de “facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS”¹⁰ como una de las obligaciones básicas¹¹ en materia de salud. Al menos catorce medicamen-

4 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), artículo 7.

5 ONU. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, A/HRC/10/44, párr. 72, Washington, 14 enero 2009.

6 Letter to the Commission on Narcotic Drugs from UN Special Rapporteurs, 10 de diciembre de 2008. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2008/12/10/un-human-rights-experts-call-upon-cnd-support-harm-reduction>

7 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), artículo 12(1).

8 ONU. Comité DESC. Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12), UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), párr. 25.

9 *Ibid.*, párr. 34.

10 *Ibid.*, párr. 43 (d).

11 En relación con esta obligación básica, el Comité DESC ha señalado que “un Estado parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables”. *Ibid.*, párr. 47.

tos de cuidado paliativo son actualmente parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS (WHO, 2013). En este aspecto, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha explicado que:

...muchos países no han logrado adaptar sus sistemas de fiscalización de drogas de manera que se mantenga un suministro adecuado de medicamentos; [...] Ello constituye una infracción del derecho a la salud, pues el Comité DESC ha explicado que “facilitar medicamentos esenciales es una obligación básica mínima dimanante de ese derecho y que los Estados deben cumplir inmediatamente esta obligación inderogable independientemente de la limitación de recursos”.¹²

Los cuidados paliativos también tienen relación con el *derecho a la información*,¹³ el cual es entendido como uno de los elementos esenciales del derecho a la salud.¹⁴ En este aspecto, el Relator ha enfatizado que los pacientes deberían ser capaces de tomar decisiones autónomas en relación con su proceso de muerte, ello “incluye las decisiones sobre el acceso a un alivio adecuado del dolor y otras intervenciones necesarias, el lugar de la muerte y la posibilidad de rechazar un tratamiento destinado a prolongar la vida cuando no lo desee el paciente”, así como también “un debate claro, franco y sin juicios de valor entre los profesionales médicos, que deben recibir la formación adecuada para hacer frente a esas delicadas cuestiones, a fin de que las personas mayores puedan ‘morir con dignidad’”.¹⁵

Por último, es necesario resaltar las conexiones entre los cuidados paliativos y el *derecho a no ser discriminado*.¹⁶ El Comité DESC, refiriéndose a la discriminación por motivos de edad, ha señalado que “las situaciones en que se podría aceptar esta discriminación son muy limitadas”¹⁷; y que los Estados deberían comprometerse a “eliminar toda legislación discriminatoria, así como la necesidad de adoptar las disposiciones presupuestarias que correspondan”.¹⁸ En la Observación General 14, el Comité DESC enfatizó que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud,

12 Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, UN Doc. A/65/255, párr. 41, 6 de agosto de 2010.

13 PDCP, artículo 19(2).

14 En la Observación General 14, el Comité DESC estableció como uno de los elementos esenciales del derecho a la salud el acceso a la información el cual “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”, cit., n. 8, párr. 12 (b) (iv).

15 ONU. Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/HRC/18/37, párr. 59, 4 julio 2011.

16 PDCP, artículos 2, 4 y 24; Pidesc, artículos 2 y 10(3).

17 ONU. Comité DESC. Observación General 6, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, UN Doc. E/C.12/1995/16/Rev.1 (1995) párr. 12.

18 Ibid., para 18.

en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, [...] a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos”.¹⁹

A nivel regional, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante Convención sobre Personas Mayores) ha sido pionera en el reconocimiento de los cuidados paliativos como un asunto de derechos humanos, al ser el primer tratado multilateral de derechos humanos que expresamente reconoce el deber de los Estados a tomar medidas para garantizar a las personas mayores el acceso a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos.²⁰

Reconocer los cuidados paliativos como parte de los derechos humanos abre un nuevo marco de posibilidades para su exigencia y protección tanto a nivel político como jurídico. En lo político, asociaciones de pacientes que requieren cuidados paliativos, o cualquier otra organización civil, pueden exigir al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en este tema. En lo judicial, las asociaciones de pacientes pueden utilizar las herramientas de derechos humanos para hacer que el Estado rinda cuentas de su actuación o inacción ante organismos judiciales o cuasi judiciales a nivel internacional. En los siguientes apartes se explorarán las posibilidades judiciales que el sistema interamericano de derechos humanos brinda en este escenario.

19 Observación General 14, n. 8, párr. 34.

20 Ver sección 5.1 de esta guía.

4.



EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

El sistema interamericano de derechos humanos es el sistema regional para la protección de los derechos humanos en la América y funciona dentro del marco institucional de la Organización de Estados Americanos (OEA). El sistema interamericano tuvo su origen en la aprobación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en la Novena Conferencia Internacional Americana llevada a cabo en Bogotá en 1948. La Declaración reconoce el derecho de todo ser humano a la dignidad humana, a la vida, a la igualdad y a la libertad de religión y opinión, así como también a la salud, la educación, el trabajo y la cultura.

Durante la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos celebrada en San José de Costa Rica en noviembre de 1969, los delegados de los Estados miembros de la OEA redactaron la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la cual entró en vigencia el 18 de julio de 1978. La Convención reitera la protección de los derechos humanos y establece el mecanismo de peticiones individuales con el fin de interponer denuncias o quejas ante la presunta violación por parte de los Estados de los derechos establecidos en la Convención.

El sistema interamericano de derechos humanos está compuesto por dos órganos principales: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, creada en 1959, con sede en Washington D.C.; y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, instalada en 1979, con sede en San José Costa Rica. Mientras que la Comisión Interamericana está encargada de recibir las peticiones individuales, darles el procesamiento inicial y eventualmente transmitirlas a la Corte, la Corte Interamericana está encargada de resolver el caso de fondo, practicar pruebas y emitir decisiones finales sobre los casos. Estas decisiones son obligatorias para los Estados.

Además del procesamiento de peticiones individuales, la Comisión emite medidas cautelares, monitorea la situación de derechos humanos en los países miembros de la OEA y analiza líneas temáticas prioritarias para la región. Por su parte, la Corte Interamericana tiene además el deber de emitir medidas provisionales en los casos bajo su estudio y opiniones consultivas cuando cualquiera de los Estados miembros o los órganos especializados de la OEA lo solicite.



EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS Y EL ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS

1. Protección “directa” al acceso a cuidados paliativos

El sistema interamericano de derechos humanos no ha sido ajeno a la evolución normativa en el acceso a cuidados paliativos. La Convención sobre Personas Mayores, adoptada en el marco de la OEA el 15 de junio de 2015, ha sido pionera en la garantía y protección al acceso a cuidados paliativos en el mundo. Esta Convención es el primer tratado multilateral de derechos humanos que expresamente obliga a los Estados a tomar medidas para garantizar a las personas mayores el acceso a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos (art. 6). La Convención reconoce los diferentes vínculos que existen entre el acceso a los cuidados paliativos y los derechos a la vida (art. 6), a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (art. 11), a recibir servicios de cuidado de largo plazo (art. 12) y a la salud (art. 19).

La siguiente tabla presenta todos los artículos relevantes de la Convención sobre Personas Mayores en materia de acceso a cuidados paliativos.

Si bien la Convención sobre Personas Mayores aún no se encuentra en vigor, se espera que lo haga prontamente luego de que se haya depositado el segundo instrumento de ratificación o adhesión.

Artículos relevantes en materia de cuidados paliativos contenidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Artículo 2 Definición de cuidados paliativos	“Cuidados paliativos: la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”.
Artículo 6 Derecho a la vida digna y a la dignidad en la vejez	“Los Estados parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos”.
Artículo 11 Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	“Los Estados parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos”.
Artículo 12 Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	“e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia”.
Artículo 19 Derecho a la salud	“Los Estados parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, los Estados parte se comprometen a tomar las siguientes medidas: [...] j) Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos. [...] l) Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias. m) Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos”.

2. Protección “indirecta” al acceso a cuidados paliativos

Si bien la CADH no incluye disposiciones específicas destinadas a la protección de los cuidados paliativos, es posible afirmar que en la medida en que la jurisprudencia de la Corte Interamericana ha protegido el derecho a la vida digna, la salud, la prohibición de ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes, al derecho a la información y a no ser discriminado, también reconoce una protección implícita e indirecta a estos cuidados.

Prohibición de ser sometido a tratos crueles e inhumanos

El sistema interamericano establece la prohibición de ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes en varios de sus instrumentos.²¹ La Corte Interamericana, por su parte, ha desarrollado una extensa jurisprudencia al respecto. La Corte ha establecido que:

...la infracción del derecho a la integridad física y psíquica de las personas es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y que abarca desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes, cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta.²²

Es decir que, incluso en el caso de ausencia de lesiones, las características personales del individuo y la forma en que percibe la realidad puede incrementar su sufrimiento y, por ende, ser relevante a la hora de determinar si existen tratos crueles inhumanos o degradantes.

En algunos casos, la Corte ha establecido que, en ciertos casos, la ausencia de atención médica puede constituir un trato cruel e inhumano. En el caso *Vera Vera y otra vs. Ecuador*, la ausencia de atención médica a un recluso le ocasionó un doloroso deterioro de su salud que culminó con su muerte. Para la Corte, dado que el Estado tenía la obligación de brindarle atención en salud durante su custodia, estos hechos constituyen un trato inhumano y degradante en el sentido del artículo 5.2 de la CADH.²³

21 OEA. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, artículo 1; OEA. Convención Americana de Derechos Humanos, artículos 5(1) y 5(2); OEA. Convención de Belém do Pará, artículos 4(b) y 4(d); OEA. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la tortura, artículos 1, 6 y 7.

22 Corte IDH. Caso *Ximenes López vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 127; Corte IDH. Caso *Loayza Tamayo vs. Perú*. Sentencia de 17 de septiembre de 1997. Fondo, párr. 57.

23 Corte IDH. Caso *Vera Vera y otra vs. Ecuador*. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 78.

Derecho a la vida

El derecho a la vida está consagrado en distintos instrumentos del sistema interamericano.²⁴ La Corte Interamericana ha reconocido que el derecho a la vida comprende no solo el derecho a no ser privado de ella arbitrariamente, “sino también el derecho a que no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna”.²⁵ Esto implica, por parte del Estado, no solo una obligación de abstenerse de privar de la vida a una persona (deber de respeto), sino también de tomar todas las medidas necesarias para proteger y preservar el derecho a la vida de los ataques de terceros (deber de protección).²⁶ En casos relacionados con personas infectadas con VIH por negligencia de los servicios de salud, en donde el Estado no supervisó adecuadamente los servicios médicos permitiendo así la violación del derecho, la Comisión y la Corte han reconocido que estos hechos, que afectan tan seriamente la vida y salud de las personas, involucran una violación del deber de no poner en riesgo la vida de acuerdo con el artículo 4 de la CADH.²⁷

Derecho a la salud

El derecho a la salud se encuentra reconocido de manera expresa en varios instrumentos del sistema interamericano.²⁸ Dado que este derecho no puede ser protegido a través del mecanismo de peticiones individuales,²⁹ la Corte lo ha protegido, indirectamente, relacionándolo con el derecho a la vida (art. 4 CADH)³⁰ y, recientemente, con el deber de desarrollar progresivamente los derechos económicos, sociales y culturales (art. 26 CADH).³¹ Por esta vía, la Corte ha establecido la responsabilidad estatal no solo por no supervisar la prestación de servicios de salud cuando estos son

- 24 OEA. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, artículo 1; OEA. Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 4; OEA. Convención de Belém do Pará, artículo 4(a).
- 25 Corte IDH. Caso Villagrán Morales y otros vs. Guatemala. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Fondo, párr. 144.
- 26 Corte IDH. Caso Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia. Sentencia de 31 de enero de 2006. Fondo, párr. 120.
- 27 CIDH. Luis Rolando Cuscul Pivaral y otras personas infectadas por el VIH/SIDA vs. Guatemala. Sentencia de 7 de marzo de 2005. Informe 32/05, Petición 642/03, Admisibilidad, párr. 44; Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador. Sentencia de 1 de septiembre 2015. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 191.
- 28 OEA. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, artículo XI, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, artículo 10.
- 29 “Protocolo de San Salvador”, artículo 19(6).
- 30 Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Fondo, Reparaciones y Costas, párrs. 203-208 y 217.
- 31 Véase Corte IDH. Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, voto concurrente del Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot.

ofrecidos por agentes públicos o privados (deber de proteger),³² sino también en aquellos casos en que el Estado no proveyó asistencia en salud, particularmente en casos de poblaciones vulnerables tales como los niños (deber de garantía).³³

La Corte ha desarrollado el deber de garantía en el caso de una paciente menor de edad que fue infectada con VIH/SIDA por medio de una transfusión sanguínea, luego de que se comprobara la incapacidad del Estado para ejercer los controles adecuados a las transfusiones. Aunque la Corte no encontró que existiera una violación del derecho a la salud, sí ordenó al Estado brindar a la paciente el tratamiento médico y psicológico adecuado, así como el suministro de medicamentos requeridos por esta. La Corte resaltó que la atención en salud deber ser gratuita, inmediata, oportuna, adecuada y efectiva.³⁴

A pesar de que la Corte Interamericana no se ha referido al derecho a la salud en el contexto de los cuidados paliativos, el Comité DESC ha hecho varios pronunciamientos al respecto.³⁵ Recientemente, la Convención sobre Personas Mayores estableció que como parte del derecho a la salud de las personas mayores, los Estados se comprometen a “promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias”.³⁶

Derecho a la información

El derecho a la información está incluido en el artículo 13 de la CADH, así como en varios instrumentos del sistema interamericano.³⁷ En varias de sus decisiones, la Corte Interamericana ha establecido que la libertad de pensamiento y expresión incluye los derechos a “buscar” y “recibir” informaciones.³⁸ Esto significa que cualquier persona tiene derecho, no solo a expresar sus propias ideas, sino también a solicitar el acceso a la información que se encuentre en poder del Estado, siempre que no exista una restricción legítima. Este derecho incluye una dimensión tanto “individual” como “colectiva”, de manera que se protege tanto el derecho de la persona de expresar y difundir libremente su opinión, como el derecho de la sociedad de recibir y conocer la expresión del pensamiento ajeno.³⁹

32 Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 119; Caso Suárez Peralta, idem, n. 31, párr. 132 y 154; Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, cit., n.22, párr. 141.

33 Corte IDH. Caso “Instituto de Reeducción del Menor” vs. Paraguay. Sentencia de 2 de septiembre de 2004). Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 161.

34 Corte IDH. Caso Gonzales Lluy, cit., n. 27, párr. 359.

35 Observación General 14, cit., n. 8, párrs. 25 y 34.

36 OEA. Convención sobre Personas Mayores, artículo 19 (j).

37 OEA. Declaración Americana, artículo IV; OEA. CADH, artículo 13; OEA. Declaración de Principios de Libertad de Expresión, Principios 2, 3 y 4.

38 Corte IDH. Caso Claude Reyes y otros vs. Chile. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 77.

39 Corte IDH. Caso Ivcher Bronstein vs. Perú. Sentencia de 6 de febrero de 2001. Reparaciones y Costas, párr. 146; Corte IDH. Caso Herrera Ulloa vs. Costa Rica. Sentencia de 2 de julio de 2004. Excepciones Prelimina-

Aunque la Corte ha protegido este derecho, generalmente con el fin de acceder a información que se encuentra en poder del Estado, también se ha referido a este derecho para permitir el acceso de pacientes a información relevante para su salud. Por ejemplo, en casos relacionados con información sobre el acceso a prestaciones de salud y seguridad social, la Corte ha establecido que el Estado tiene una obligación de “transparencia activa”. Es decir, tiene la obligación de suministrar al público la máxima cantidad de información de manera oficiosa con el fin de que las personas conozcan la forma de acceder a los servicios de salud y seguridad social. Dicha información debe ser completa, comprensible, debe ser suministrada en un lenguaje accesible y debe estar actualizada.⁴⁰

En situaciones médicas, la Corte ha entendido que el acceso a la información es fundamental, no solo para comprender los riesgos o beneficios de un procedimiento médico, sino también como requisito para autorizar su realización. Por ejemplo, en casos de exámenes o peritajes para determinar si una víctima fue sometida a abuso sexual, la Corte ha señalado que estos deben contar siempre con el consentimiento “previo e informado” de la víctima.⁴¹ La Corte también ha señalado, en algunos casos relacionados con tortura o violencia sexual, que el tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico que se brinde a las víctimas o a sus familiares debe contar con su consentimiento, por lo que es necesario brindarles información previa clara y suficiente.⁴² En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos también ha expresado que la realización de procedimientos quirúrgicos irreversibles, como la esterilización, deben contar con el consentimiento libre e informado de la paciente.⁴³

Aunque ni la Corte ni la Comisión han desarrollado el derecho al acceso a la información en el contexto de los cuidados paliativos, es posible afirmar que el sistema interamericano protege el derecho de los pacientes a contar con toda la información necesaria para acceder a servicios de salud, lo cual no debería excluir el acceso a información sobre servicios de cuidados paliativos, tratamientos para el dolor y su diagnóstico.

res, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 108; Corte IDH. Caso Ricardo Canese vs. Paraguay. Sentencia de 31 de agosto 2004. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 77; Corte IDH. Caso López Álvarez vs. Honduras. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 163.

40 Corte IDH. Caso Furlan y Familiares vs. Argentina. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 294.

41 Corte IDH. Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrs. 251 y 256.

42 *Ibid.*, párrs. 314-315; Corte IDH. Caso Ticona Estrada y otros vs. Bolivia. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 169; Corte IDH. Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 252; Corte IDH. Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México. Sentencia de 26 de noviembre de 2010. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 221.

43 CIDH. I.V. vs. Bolivia (23 de julio de 2008). Informe 40/08, Petición 270-07, Admisibilidad, párr. 81; CIDH. María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú (10 de octubre de 2003). Informe 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, párrs. 1 y 14 (Acuerdo de Solución Amistosa décimo primero).

Derecho a no ser discriminado

El derecho a no ser discriminado se encuentra establecido en el artículo 1.1 de la Convención Americana, así como en varios de los instrumentos del sistema interamericano.⁴⁴ La Corte ha establecido que dicho artículo es una disposición de carácter general que se extiende a todos los derechos de la Convención y que obliga a garantizar dichos derechos “sin discriminación alguna”, y ha sostenido que este derecho es un principio básico del ordenamiento internacional.⁴⁵ Dicho principio establece la obligación de los Estados de abstenerse de imponer normas que establezcan una diferenciación indebida (discriminación de *jure*) o tendientes a producir, en la práctica, una diferenciación indebida (discriminación de *facto*).⁴⁶

En aquellos casos donde el acceso a servicios de cuidados paliativos ya se encuentre disponible en el sistema de salud, pero el Estado restrinja su uso a determinadas comunidades, por ejemplo, a los inmigrantes, sería posible argüir que se trata de una política discriminatoria. La Corte Interamericana ha señalado que “la obligación general de respetar y garantizar los derechos humanos vincula a los Estados, independientemente de cualquier circunstancia o consideración, inclusive el estatus migratorio de las personas”.⁴⁷

En relación con el criterio de vejez, recientemente la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores estableció la prohibición de todo tipo de discriminación en la vejez.⁴⁸ En el mismo sentido, el Comité DESC ha establecido con relación a las personas mayores que el Estado tiene el deber de “eliminar toda legislación discriminatoria, así como la necesidad de adoptar las disposiciones presupuestarias que correspondan”.⁴⁹

44 OEA, DADDH, artículo 2; OEA, CADH, artículos 1.1 y 24; OEA. “Protocolo de San Salvador”, artículo 3; OEA. Convención de Belem do Pará, artículo 6(a); OEA. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, artículo I(2) y II.

45 La Corte sostuvo que el principio de no discriminación puede considerarse una norma de *ius cogens*. Corte IDH. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. “Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados”, párr. 101.

46 Corte IDH. Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 80.

47 Corte IDH. OC-18/03, cit. n. 45, párrafo operativo 6.

48 Artículo 5.

49 ONU. Comité DESC. Observación General 16, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, UN Doc. E/C.12/1995/16/Rev.1 (1995), párr. 18.



¿POR QUÉ Y CÓMO INTERVENIR ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS?

El sistema interamericano de derechos humanos puede ser una herramienta valiosa para la protección de los derechos humanos y los principios de justicia social en la región. En los últimos años, diversas organizaciones de derechos humanos en la área han usado el sistema interamericano como una plataforma para: i) visibilizar situaciones concretas de violaciones de derechos humanos o la falencia de las políticas estatales para garantizar los derechos; ii) obligar a los Estados a tomar medidas que prevengan la inminente violación de un derecho humano; iii) obligar a los Estados a tomar medidas de reparación concretas en relación con una situación en particular; iv) promover nuevos estándares de protección de derechos humanos así como políticas públicas en cada país que puedan ser usados como estándares de conducta por funcionarios públicos y operadores de la salud a nivel doméstico.

Existen tres mecanismos principales por los cuales las personas pueden acceder al sistema interamericano:

1. Presentando un caso concreto de violación de un derecho humano por medio del *sistema individual de peticiones*.
2. Presentando una solicitud de *medida cautelar* debido a la existencia de una situación de gravedad y urgencia, y para prevenir un daño irreparable.
3. Haciendo uso de los *otros mecanismos no contenciosos* de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos tales como las audiencias públicas, las visitas *in loco*, los informes temáticos y de país.

1. **Cómo presentar una petición ante el sistema interamericano: el sistema individual de peticiones**

¿Quién puede interponer una denuncia?

Cualquier persona, grupo de personas o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembro de la OEA puede interponer una denuncia por la presunta violación de un derecho consagrado en la Convención Americana o en la Convención sobre Personas Mayores.⁵⁰

De esta manera, enfermos terminales, familiares, organizaciones en temas de cuidados paliativos, entre otros, pueden interponer una petición individual ante el sistema. No es necesario contar con el consentimiento de la víctima o tener una relación de parentesco o amistad con ella para interponer la petición.

El peticionario debe ser identificado con nombre, nacionalidad, profesión, domicilio y firma. No es posible presentar denuncias anónimas.

Identificar la(s) víctima(s)

La víctima debe ser debidamente identificada con su nombre y apellido. Es importante señalar que en materia de cuidados paliativos las víctimas no son solo los pacientes que sufren una determinada enfermedad y no tienen acceso a dichos cuidados o a tratamiento contra el dolor. También los familiares y cuidadores del paciente pueden considerarse como víctimas ya que la ausencia de cuidados paliativos puede causar impactos severos en el proyecto de vida de los cuidadores que no están preparados para ejercer este rol, así como en el ámbito emocional y económico.

Describir los hechos

Los hechos deben ser descritos de la manera más clara posible, preferiblemente en orden cronológico, introduciendo fechas, lugares y nombres propios de manera que permitan al lector una idea clara de lo ocurrido.

Mencionar los recursos internos que han sido agotados

El sistema interamericano es un sistema *subsidiario* de protección de derechos humanos. Es decir, que su competencia de protección inicia una vez el peticionario ha agotado todos los recursos internos.⁵¹ Cada país dispone de recursos judiciales y administrativos para la protección del derecho a la vida, a la salud y al acceso a medicamentos, que deben ser interpuestos antes de intentar la vía internacional. Sin embargo, no es necesario agotar todos los recursos existentes en el ordenamiento interno, sino solo aquellos que sean *idóneos* y *eficaces* para proteger la situación jurídica infringida.

50 OEA, CADH, artículo 44; OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, artículo 36.

51 CADH, artículo 46.1(a).

No existe un listado que establezca qué recurso es idóneo y eficaz para la protección del derecho a la salud y el acceso a cuidados paliativos. Este deberá ser establecido en cada caso concreto.

Que sea *idóneo* implica que el recurso está *normativamente* diseñado para proteger la situación jurídica infringida.⁵² No todos los recursos están diseñados para garantizar el derecho a la salud o el acceso a cuidados paliativos. En cada caso deberá evaluarse cuál es el recurso idóneo de acuerdo con las circunstancias concretas.

El **recurso de amparo** existe en la mayoría de los países latinoamericanos. Es una acción o recurso, generalmente de tipo constitucional, que busca proteger los derechos y las libertades fundamentales de las personas. Cada Estado ha establecido en su ordenamiento doméstico las reglas procesales para interponer este recurso, así como el tiempo para obtener respuesta. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido que el recurso de amparo es un recurso idóneo para exigir el acceso a ciertos medicamentos (CIDH, Odir Miranda, 2001).

52 Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988, párr. 64; CIDH. El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. Estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II.129, párr. 246-249, 7 de septiembre de 2004.

País	Normatividad interna que establece o regula el recurso de amparo
Argentina	Constitución Nacional, artículo 43.
Bolivia	Constitución Política del Estado (2009), artículos 129 y 130.
Brasil	Ley Federal 12016 del 7 de agosto de 2009 (mandado de segurança)
Chile	Constitución Política de la República de Chile, artículo 20.
Colombia	Constitución Política, artículo 86.
Costa Rica	Constitución Política de la República de Costa Rica, artículo 48 (reformado por Ley 7128 de 18 de agosto de 1989); regulado en Ley de la Jurisdicción Constitucional 7135, de 11 de octubre de 1989.
Ecuador	Constitución de la República de Ecuador, artículo 88.
El Salvador	Constitución de la República de El Salvador, artículo 247.
Guatemala	Constitución Política de la República de Guatemala, artículo 265.
Honduras	Constitución Política de la República de Honduras, artículo 183.
México	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 103 y 107; reglamentados por la Ley de Amparo del 2 abril 2013.
Nicaragua	Constitución Política de la República de Nicaragua, artículo 188.
Paraguay	Constitución Nacional de la República de Paraguay, artículo 134.
Panamá	Constitución Política de la República de Panamá, artículo 54.
Perú	Constitución Política del Perú, artículo 200; Ley 23506.
República Dominicana	Constitución de la República Dominicana, artículo 72.
Uruguay	Ley 16.011
Venezuela	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, artículo 27.

Que sea *eficaz* exige que el recurso sea *empíricamente* adecuado para lograr el resultado para el cual fue diseñado.⁵³ No sería considerado efectivo un recurso en el cual, dada la situación general de un país o la situación del caso concreto, resulte ilusorio para la protección de un derecho. La Corte ha señalado que en aquellos casos en que el poder judicial no es independiente, o no dispone de los medios para ejecutar sus decisiones, exista un retardo injustificado en la decisión o, en general, exista un “cuadro generalizado de denegación de justicia”, no puede considerarse que haya un recurso eficaz.⁵⁴

53 *Ibid.*, n. 66, párr. 251.

54 Corte IDH. Opinión Consultiva OC-9/87 de 6 de octubre de 1987. Garantías Judiciales en Estados de Emergencia (arts. 27.2, 25 y 8, Convención Americana sobre Derechos Humanos). Serie A, núm. 9, párr. 24.

En el caso Jorge Odir Miranda Cortez y otros vs. El Salvador, el Estado les negó el suministro de medicamentos necesarios para tratar el VIH/SIDA a varias personas. En la petición alegaron que el Estado había violado los derechos a la vida, salud y al desarrollo de la personalidad. En lo relacionado con el agotamiento de recursos internos, los peticionarios habían interpuesto una **acción de amparo** que luego de dos años no había sido resuelta, por lo que alegaron la existencia de una violación del plazo razonable⁵⁵ y, en consecuencia, la falta de **efectividad** de la acción de amparo. Al respecto, la Comisión sostuvo:

“...que los peticionarios tuvieron acceso al amparo, que es el recurso **idóneo** de la jurisdicción interna en El Salvador a efectos del presente caso, y que lo interpusieron en tiempo y forma. Sin embargo, hasta la fecha tal recurso no ha operado con la efectividad que se requiere para atender sus reclamos de presuntas violaciones de derechos humanos. Han transcurrido casi dos años desde que se planteó la demanda sin una decisión final del órgano jurisdiccional salvadoreño”.⁵⁶

La Comisión concluyó que el procedimiento no fue resuelto de forma rápida y sencilla, y que por tanto constituía una violación del derecho de tutela judicial efectiva (art. 25.1 CADH).⁵⁷

Existen, sin embargo, varias excepciones a la regla de agotamiento de recursos internos. Las tres primeras han sido establecidas en el mismo artículo 46, mientras que las dos últimas han sido determinadas por la Corte.

1. No existe en la legislación interna del Estado de que se trata el debido proceso legal para la protección del derecho o los derechos que se alega han sido violados.
2. No se ha permitido al presunto lesionado en sus derechos el acceso a los recursos de la jurisdicción interna, o le ha sido impedido el poder agotarlos.

Esta situación constituye no solo una excepción a la regla de agotamiento de recursos internos, sino que puede constituir una violación en sí misma (Medina y Nash, 2011, p. 35). En el caso de personas con enfermedades terminales cuya imposibilidad física les impidió ejercer un recurso determinado, es posible alegar que el Estado no les brindó los medios necesarios que les permitieran el acceso a recursos judiciales.

55 Para mayor claridad sobre “plazo razonable”, véase Corte IDH. Caso Baldeón García vs. Perú. Sentencia de 6 de abril de 2006. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 151.

56 CIDH. Informe 29/01, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y Otros, El Salvador, 7 de marzo de 2001, párr. 42.

57 *Ibid.*, párr. 52.

3. Existe retardo injustificado en la decisión sobre los mencionados recursos.

No existe una regla clara para determinar cuándo el retardo de las autoridades domésticas para resolver una acción deja de ser justificado o ya no existe un plazo razonable. En general, un recurso que ha excedido el tiempo establecido en la normatividad para ser resuelto permitiría al peticionario tener un argumento a favor que justifica la necesidad de no agotar dicho recurso. Sin embargo, la Corte Interamericana ha determinado que para evaluar la razonabilidad del tiempo para resolver un caso debe tenerse en cuenta la complejidad del asunto, la actividad procesal del interesado, la conducta de las autoridades y la afectación generada por la duración del proceso en la situación jurídica de la víctima.⁵⁸

4. La persona se encuentra en estado de indigencia y su incapacidad económica le impide obtener asistencia legal.

La Corte también ha establecido que las personas en estado de indigencia se encuentran eximidas del requisito de agotamiento de los recursos internos siempre que: i) no tengan la capacidad económica pagar asistencia legal y el Estado no se las proporciona; o ii) no cuentan con capacidad económica para pagar el valor de los trámites del proceso y el Estado no los exime de su pago.⁵⁹ Personas en situación de indigencia que requieran cuidados paliativos y se encuentren en alguna de las situaciones señaladas podrían ser eximidas de esta manera del agotamiento de recursos internos.

5. La persona es incapaz de obtener asistencia letrada debido a un temor generalizado en círculos jurídicos de hacerse cargo de su caso.

Así lo sostuvo la Corte en aquellos casos en que, por ejemplo, los abogados de una región no acepten un caso por miedo a que esto pueda implicar riesgos para ellos o sus familias.⁶⁰ Aunque es una situación poco frecuente en materia de cuidados paliativos, podría suceder que los abogados de una región se rehusaran a llevar estos casos por miedo a ser perseguidos o estigmatizados por parte de un sector de la sociedad. En esos casos, la víctima también estaría eximida de agotar los recursos internos que establece la legislación doméstica.

En todos los casos, el peticionario deberá indicar en su petición que ha agotado los recursos internos o que se encuentra en alguno de los casos de excepción. En el evento de plantearse una excepción, es el Estado el que debe demostrar que los recursos, siendo disponibles y eficaces, no fueron agotados.⁶¹

58 Corte IDH. Caso Furlan, cit., n. 40, párr. 152.

59 Corte IDH. Opinión Consultiva OC- 11 /1990 de 10 de agosto de 1990. Excepciones al Agotamiento de los Recursos Internos (arts. 46.1, 46.2.a y 46.2.b, Convención Americana sobre Derechos Humanos), párr. 31.

60 *Ibid.*, párr. 35.

61 Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia de 26 de junio de 1987, párr. 88.

No duplicidad: señalar que los hechos de la petición no están pendientes de otro procedimiento de arreglo internacional (art. 46.1.c)

Si los mismos hechos han sido sometidos a otros mecanismos internacionales de protección tales como el mecanismo de peticiones individuales ante el Comité de Derechos Humanos o el Comité DESC, tal petición no podrá ser interpuesta ante el sistema interamericano. El mecanismo de petición individual es excluyente con cualquier otro mecanismo de arreglo internacional, por lo que deberán evaluarse las ventajas y dificultades de interponer el caso frente a los mecanismos de las Naciones Unidas o del sistema interamericano antes de interponer la petición en uno u otro.

Identificar las violaciones relevantes y relacionarlas con los derechos establecidos en la CADH y otras convenciones relevantes del sistema interamericano

Justiciabilidad directa

En aquellos casos en que el Estado haya ratificado la Convención sobre Personas Mayores y haya aceptado la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos para conocer los casos relativos a la aplicación e interpretación de esta Convención, y siempre que los hechos del caso traten sobre la violación de una persona mayor, es posible invocar los artículos de la Convención sobre Personas Mayores como fundamento de las pretensiones (ver sección 5.1). Dicha Convención establece los derechos de toda persona mayor a la vida digna, a brindar consentimiento libre e informado, a la salud y a derechos especiales en aquellos casos en que requiera servicios de cuidado a largo plazo o servicios de cuidados paliativos.

Por “persona mayor” se entiende toda persona de 60 años o más. Si la ley interna establece una edad menor o mayor a esta, se tendrá en cuenta siempre que dicha ley no establezca una edad mayor a 65 años.

En cualquier otro caso, será necesario invocar los artículos contenidos en la Convención Americana de Derechos Humanos como fundamento de la petición.

Justiciabilidad indirecta

Las personas en los Estados miembros de la OEA que no hayan ratificado la Convención sobre Personas Mayores pero hayan ratificado la CADH, o también aquellos pacientes que no sean personas mayores, podrán invocar los artículos de la CADH para que, de manera indirecta, se pueda proteger el derecho al acceso a cuidados paliativos.

Si bien la CADH no incluye disposiciones específicas destinadas a la protección de los cuidados paliativos es posible afirmar que, en la medida en que su jurisprudencia ha protegido el derecho a la vida digna, la salud, la prohibición de ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes, al

derecho a la información y a no ser discriminado, también se reconoce a una protección implícita a estos cuidados (véase sección 5.2).

La ventaja de este enfoque es que permite que más países puedan ser demandados ante el sistema interamericano. Aparte de Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Canadá, Estados Unidos, Guyana, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago y Venezuela, todos los demás países miembros de la OEA son parte de la Convención Americana.

Señalar de manera general qué medidas podrían reparar el daño ocasionado a las víctimas

En caso de que la Corte Interamericana declare la responsabilidad del Estado en relación con los hechos señalados en la petición, la Corte tiene la potestad de dictar diversas medidas orientadas a reparar el daño a las víctimas. Dichas medidas pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

- *Compensación:* las víctimas podrían solicitar el pago de los costos económicos en que incurrieron por el pago de medicinas y otros tratamientos que no fueron facilitados por el Estado. También debería reconocerse aquí compensación monetaria por el tiempo y los recursos empleados por las personas cuidadoras que brindaron cuidado al paciente luego de que el Estado le negara los servicios de cuidado arbitrariamente.
- *Restitución:* las víctimas podrían, por ejemplo, solicitar la restitución de medicinas de uso paliativo cuando estas han sido confiscadas por el Estado y aún son requeridas por el paciente.
- *Rehabilitación:* la Corte Interamericana ha reconocido que las medidas de rehabilitación incluyen no solo tratamiento médico y psicológico, sino también el acceso a medicinas. Estas medidas deben ser otorgadas no solo para las víctimas directas sino también para sus familiares más cercanos. El tratamiento de rehabilitación debe ser individualizado, especializado, integral y gratuito.⁶² Mientras que en algunos casos la Corte ha establecido que el tratamiento debe ser proveído de forma gratuita a través del sistema público nacional de salud, o en caso de que carezca de este, en centros privados especializados,⁶³ en otros casos ha ordenado el pago de una suma de dinero que permita pagarlo.⁶⁴ En el caso de aquellos pacientes que no tuvieron acceso a cuidados paliativos, estos podrían solicitar te-

62 Corte IDH. Caso Chitay Nech y otros vs. Guatemala. Sentencia de 25 mayo 2010. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 26.

63 Corte IDH. Caso Manuel Cepeda Vargas vs. Colombia. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 235; Corte IDH. Caso de las Masacres de Ituango vs. Colombia. Sentencia de 1 de julio de 2006. Párrafo operativo 16.

64 Corte IDH. Caso Molina Theissen vs. Guatemala. Sentencia de 3 de julio de 2004. Reparaciones, párrs. 58.2 y 71.

rapias físicas y psicológicas así como también el acceso a medicamentos que les permitan mejorar su calidad de vida. Sus familiares también podrían solicitar el acceso a las terapias psicológicas necesarias para superar el trauma asociado al proceso de la enfermedad.

- *Garantías de no repetición:* las víctimas tienen derecho a solicitar medidas tendientes a prevenir futuras violaciones. En temas relacionados con el acceso a servicios de salud, la Corte Interamericana ha ordenado realizar cursos de formación y capacitación dirigidos a operadores de justicia y a operadores de salud sobre los derechos de los pacientes,⁶⁵ y a informar de manera activa y oficiosa al público acerca de los derechos de los pacientes (deber de transparencia activa).⁶⁶ En otros casos, la Corte ha ordenado la adecuación de manuales de operación con el fin de actualizar el análisis forense de acuerdo con estándares internacionales,⁶⁷ e incluso ha ordenado realizar modificaciones legislativas.⁶⁸ En materia de cuidados paliativos, sería posible solicitar, por ejemplo, cursos de entrenamiento en cuidados paliativos y derechos humanos dirigidos a operadores de la salud y funcionarios estatales, adecuación de guías y manuales de operación sobre el tratamiento a pacientes terminales y uso de opioides, modificación de legislaciones restrictivas que impidan el acceso a opioides o que no tengan en cuenta el acceso a cuidados paliativos, entre otras medidas.

Plazo para interponer la solicitud

Si los recursos internos han sido agotados y el peticionario ha sido notificado con una respuesta definitiva, la petición ante el sistema interamericano deberá interponerse antes de los seis meses siguientes a la notificación de dicha decisión (art. 46.1.b.), de lo contrario, la petición será declarada extemporánea.

65 Corte IDH. Caso Albán Cornejo vs. Ecuador. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párrs. 162-164; Caso Suárez Peralta, cit., n. 31, párrs. 206 y 207.

66 Corte IDH. Caso Furlan, cit., n. 40, párrs. 295-29.

67 Corte IDH. Caso Gonzales (Campo Algodonero) y otras. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Excepciones preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párr. 502; Caso Rosendo Cantú, cit. n. 42, párr. 242.

68 Corte IDH. Caso Raxcaco Reyes vs. Guatemala. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 89.

2. Solicitud de medidas cautelares

Las medidas cautelares son medidas de protección urgentes que la Comisión Interamericana emite en situaciones de *gravedad y urgencia*, y cuando exista *riesgo de daño irreparable*. Las medidas cautelares se encuentran reguladas en el artículo 106 de la Carta de la OEA, 18.b del Estatuto de la Comisión, artículo XIII de la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas y artículo 25 del Reglamento de la Comisión Interamericana.

- Que la situación sea *grave* se refiere al impacto de la acción u omisión estatal sobre el derecho en cuestión o sobre el efecto en una eventual decisión de un caso pendiente en el sistema interamericano.
- Que la situación sea *urgente* implica que el riesgo o la amenaza son inminentes en el tiempo y puede materializarse.
- Que el *daño sea irreparable* significa que la situación llegaría a afectar derechos que, por su propia naturaleza, no son susceptibles de reparación.

Requisitos

- Las medidas cautelares pueden ser interpuestas para proteger a personas o grupos de personas, siempre que sean determinados o determinables, por ejemplo, por medio de su ubicación geográfica o su pertenencia o vínculo a un grupo, pueblo, comunidad u organización (Reglamento CIDH, artículo 25.3). Por esto debe indicarse claramente quién(es) será(n) la(s) persona(s) beneficiaria(s) o incluir información que permita determinarla(s).
- Deberá incluirse una descripción detallada y cronológica de los hechos, así como de cualquier otra información disponible.
- Debe incluirse una descripción de las medidas de protección solicitadas.

La solicitud de medidas cautelares puede estar ligada o no a un caso o petición ante el sistema interamericano. En caso de que las medidas estén relacionadas con un caso en trámite ante la Comisión, la decisión sobre el otorgamiento de las medidas cautelares no implica prejuzgamiento sobre el caso o la petición.⁶⁹

69 CIDH. Reglamento CIDH, 137 periodo de sesiones, 28 de octubre al 13 de noviembre de 2009, y modificado en septiembre de 2011 y marzo de 2013, artículo 25.8. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/reglamentoCIDH.asp>

**CIDH Resolución 42/2005, Medidas Cautelares 445/14,
Jessica Liliana Ramírez Gaviria vs. Colombia***

Jessica Liliana, de 23 años de edad, padecía desde su nacimiento de epidermólisis bullosa distrófica (EB) o “piel de mariposa”, una enfermedad que afecta la piel haciendo que se desprenda con extrema facilidad. Se manifiesta en la aparición de ampollas por roce, incluso en tejidos internos, y es muy dolorosa. Se trata de una enfermedad incurable que afecta a menos de 1 por cada 2.000 personas. Actualmente solo tiene tratamiento paliativo.

Al nacer, Jessica Liliana fue atendida en un hospital público bajo cuidados intensivos pero sin recibir un diagnóstico integral. Entre 1993 y 2000 no recibió tratamiento médico alguno dado que las entidades prestadoras de salud (EPS) (compañías aseguradoras privadas que administran recursos públicos en salud) argumentaron que el tratamiento de dicha enfermedad no estaba incluido en el plan de salud. A la edad de 7 años fue diagnosticada con EB por parte de médicos particulares, los cuales la atendieron de 2000 a 2005.

En septiembre de 2006, después de interponer una **acción de tutela** (acción de amparo constitucional), un juez local ordenó a la EPS brindar a la paciente el tratamiento requerido para su enfermedad. Aunque la entidad ofreció tratamiento médico por algunos meses, en general, se abstuvo de dar cumplimiento a la orden judicial en forma adecuada, pese a varias acciones judiciales interpuestas por la familia exigiendo su cumplimiento. Entre 2010 y 2013 Jessica Liliana recibió atención por medio de una fundación privada. Desde 2013, luego de que el caso fuera publicado en los medios, la EPS brindó tratamiento médico sin ser este adecuado: aunque recibía visitas del médico general, la EPS no contaba con los medicamentos recetados, se le negaban citas periódicas al dermatólogo y no se le previó un mecanismo para valoraciones médicas especializadas de tipo dermatológico, ginecológico y nutricional. En 2015, la condición de Jessica Liliana se había debilitado y sus condiciones de salud hacían imposible realizarse una transfusión de sangre que requería.

La Comisión consideró que el caso era **grave** “en vista del presunto deterioro de la salud y su posible impacto en sus derechos a la vida e integridad personal, debido a la alegada falta de atención médica permanente, especializada e integral”. También consideró que existía **urgencia**, en tanto que “el transcurso del tiempo, en el marco de las condiciones de salud relatadas y sin aplicación de los [...] estándares de salud aplicables, podría exacerbar los riesgos a la vida y la integridad persona de Jessica”. Además, las condiciones eran **irreparables** dado que implicaban posibles afectaciones a la vida e integridad personal.

En consecuencia, la Comisión Interamericana ordenó al Estado colombiano que:

“a) adopte las medidas necesarias para preservar la vida y la integridad personal de Jessica Liliana Ramírez Gaviria, tomando en consideración las particularidades de la enfermedad que enfrenta, a fin de garantizar que tenga acceso a un tratamiento médico adecuado, a la luz de los lineamientos técnicos de la Organización Panamericana de la Salud y otros estándares internacionales aplicables; y b) concierte las medidas a adoptarse con la beneficiaria y sus representantes”.

* CIDH. Resolución 42/2005, Medidas Cautelares 445/14, Asunto Jessica Liliana Ramírez Gaviria respecto de Colombia, 4 noviembre 2015. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/mc445-14-es.pdf>

3. Mecanismos no contenciosos de protección

Audiencias públicas

Grupos de derechos humanos, organizaciones de víctimas y, en general, cualquier parte interesada puede solicitar una audiencia de carácter general ante la CIDH de conformidad con el artículo 66 del Reglamento de la Comisión.

Estas audiencias son una oportunidad importante para llamar la atención de la CIDH sobre un tema en particular en la región, así como para llamar a rendir cuentas al Estado sobre las acciones realizadas en un tema en concreto.

En general, solicitudes de audiencias presentadas por una coalición de organizaciones que trabajen en el mismo tema suelen ser más persuasivas que una solicitud presentada por una sola organización o una persona individual. El escenario de la audiencia puede ser una buena estrategia para presentar el resultado de una investigación que exponga la situación de derechos humanos en un tema en particular. Dado que la audiencia es pública y que el Gobierno es invitado, la audiencia puede ser también usada como un espacio para llamar a rendir cuentas a un Estado y cuestionar las acciones tomadas para contener las presuntas violaciones.

Las audiencias deben ser solicitadas por escrito ante la Secretaría Ejecutiva de la Comisión, con una anticipación no menor a 50 días del inicio del correspondiente periodo de sesiones de la Comisión.

La Comisión celebra tres periodos de sesiones en el año, generalmente en los meses de abril, julio y octubre. Para mayor precisión es posible consultar el calendario de sesiones disponible en este link.

Informes de país

La Comisión Interamericana elabora informes para exponer la situación de derechos humanos de un país en concreto. En estos casos, organizaciones civiles y de derechos humanos pueden participar brindando información sobre el ejercicio de un derecho en un país determinado. Los informes de país pueden emitirse luego de una visita al lugar de los hechos (*visita in loco*), pero no es un requisito necesario. En varios casos, por ejemplo, cuando el Estado se rehúsa a recibir la visita de la Comisión, o no es posible acordar una fecha, la Comisión puede elaborar un informe de país con base en la información recibida por las autoridades estatales y la sociedad civil. En ese momento, cualquier organización podrá hacer llegar a la Comisión información relevante sobre una presunta violación de los derechos humanos.

Informes temáticos

La Comisión también elabora informes para exponer la situación de una temática concreta en la región. Si bien la selección del tema es discrecional de la Comisión, una vez que esta decide realizar un informe sobre un tema específico, organizaciones sociales y de derechos humanos pueden participar en su elaboración presentando información en los cuestionarios que la Comisión generalmente pone a disposición del público antes de realizar estos informes.

REFERENCIAS

- Asamblea Mundial de la Salud (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015). *Observatorio Demográfico: Proyecciones de Población 2014*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/39228-proyecciones-poblacion-population-projections>
- Comisión Global de Política de Drogas (2015). *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: la crisis global de dolor evitable*. Recuperado de: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- FXB Center for Health and Human Rights and Open Society Foundations (2013). *Health and Human Rights Resource Guide*. Recuperado de: <http://www.hhrguide.org/introduction/downloads/>
- Globocan (2012). *Estimaciones de la incidencia de cáncer por edad en las Américas*. Recuperado de: http://globocan.iarc.fr/old/age-specific_table_n.asp?selection=219992&title=WHO+Americas+region+%28PAHO%29&-sex=0&type=0&stat=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Execute
- Medina, C. y Nash, C. (2011). *El sistema interamericano de derechos humanos: introducción a sus mecanismos de Protección*. Recuperado de: <http://www.cdh.uchile.cl/media/publicaciones/pdf/79.pdf>
- Open Society Foundations (2011). *Palliative Care as a Human Right - Public Health Fact Sheet*. Recuperado de: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/palliative-care-human-right-fact-sheet-20160218.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión*. Ginebra: OMS.
- Pain y Policy Studies Group, University of Wisconsin / WHO Collaborating Center (2015). *2013 AMRO Morphine Consumption per Capita*. Recuperado de: http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/amro_morphine.pdf
- The Economist Intelligence Unit (2015). *The Quality of Death Index*. Recuperado de: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>
- WHO (2013). *Essential Medicines in Palliative Care- Executive Summary*. Recuperado de: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf
- WHO (2015). *19th WHO Model List of Essential Medicines*. Recuperado de: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf
- Worldwide Palliative Care Alliance and World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Aunque durante años los cuidados paliativos estuvieron confinados al análisis estrictamente médico, de manera reciente, tanto la comunidad internacional como los mecanismos de Naciones Unidas han reconocido que los cuidados paliativos son también un asunto de derechos humanos. Este documento es un esfuerzo por mostrar los múltiples vínculos entre los cuidados paliativos y los derechos humanos, tanto en su conceptualización como en su protección.

Este documento está dirigido a personal médico, organizaciones sociales, hacedores de política pública, pacientes, familiares y cualquier otra persona interesada en abordar el tema del cuidado paliativo desde una perspectiva de derechos humanos. Es una herramienta valiosa para todos aquellos que busquen argumentos legales y de derechos humanos que les permitan, a quienes lo requieran, acceder a tratamientos médicos más humanos y disfrutar de una vida sin dolor y de calidad, incluso en sus últimos días.