

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**Incorporación de una Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios
bioéticos y biojurídicos**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA**

AUTOR

Katherinne Jhoana Gonzales Montenegro

ASESOR

Rosa de Jesus Sanchez Barragan

<https://orcid.org/0000-0002-7726-9775>

Chiclayo, 2023

**Incorporación de una Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios
bioéticos y biojurídicos**

PRESENTADA POR

Katherinne Jhoana Gonzales Montenegro

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA

APROBADA POR

Marilia Sibebe Cortez Vidal

PRESIDENTE

Kathya Lisseth Vassallo Cruz

SECRETARIO

Rosa de Jesus Sanchez Barragan

VOCAL

Dedicatoria

A mi madre, Bertha Montenegro Calderón, quien me enseña día a día lo que significa amar incondicionalmente. A ella, porque siendo nieta, cuidó como hija brindando amor y calidad de vida a mis bisabuelos al final de sus días. Ella, la que cuando uno de los nueve atraviesa una enfermedad, actúa inmediatamente como buena samaritana.

A ti madre amada, porque eres mi inspiración, el amor de mi vida y a quien dedico cada logro.

Agradecimientos

A mi asesora, Dra. Rosa Sánchez Barragán, porque desde su testimonio como docente, me ha inspirado en optar por la Biojurídica, haberme retado e iniciado en la investigación paliativista con perseverancia, firmeza y responsabilidad. Al Dr. Fernando Llontop Santisteban, por su amistad, apoyo incondicional, tiempo, experiencia y su aporte jurídico brindado desde el ámbito penal para esta tesis.

Y al Padre Omar Buenaventura, por haberme permitido entrevistarle e invitarme a la inauguración del Primer Hospital de Cuidados Paliativos en Perú: “Misky María”, donde he respirado calidad de vida.

¡Gracias a los tres, por tanto bien!

Incorporación de una Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

- 1** Rolando Vásquez-Alva. "Cuidados paliativos: Una necesidad prioritaria en salud", Diagnóstico, 2022
Publicación 3%
- 2** Gustavo Ortiz Millán. "COVID-19 y bioética: los aspectos bioéticos más relevantes de una pandemia", Universidad Nacional Autónoma de México, 2021
Publicación 1%
- 3** Juan Araujo-Cuauro. "La biojurídica o el bioderecho como mediador de los nuevos dilemas biomédicos", Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 2019
Publicación 1%
- 4** "Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 32 (2016)", Brill, 2018
Publicación <1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	10
Materiales y métodos	19
Resultados y discusión	19
Conclusiones	33
Recomendaciones	33
Referencias.....	34
Anexos	37

Resumen

La presente investigación plasmó criterios bioéticos y biojurídicos para la incorporación de una Ley de Cuidados Paliativos (CP) en el ordenamiento jurídico peruano, en este sentido, se analizó dicha institución. Además, se verificó que, en la legislación peruana, desde el 2018, se cuenta con la Ley 30846: “Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas”, y con el Documento Técnico “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021-2023”; no obstante, en la actualidad, se carece de una Ley específica de CP, legislación necesaria para salvaguardar la dignidad del enfermo peruano a través de una atención integral y multidisciplinaria. Para ello, se utilizó la metodología cualitativa, a través de la cual se ha seleccionado información bioética y biojurídica relevante. Es pertinente precisar, que en el proceso de la investigación se gestionó la visita al primer hospital de CP en Perú: “Misky María”, obra de la Asociación de las Bienaventuranzas, a su vez se cursó y aprobó el Diplomado Internacional en Cuidados Paliativos y Bioética, lo cual refleja que el presente trabajo es fruto de ciencia, experiencia y humanidad, características indispensables de Cicely Saunders, Fundadora de los Cuidados Paliativos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Biojurídica, Proyecto de ley, Calidad de vida.

Abstract

The present investigation shaped bioethical and bio-legal criteria for the incorporation of a Palliative Care Law (CP) in the Peruvian legal system, in this sense, said institution was analyzed. In addition, it was verified that, in Peruvian legislation, since 2018, there is Law 30846: "Law that creates the National Plan for Palliative Care for Oncological and Non-Oncological Diseases", and with the Technical Document "National Plan for Palliative Care Palliative Treatments for Oncological and Non-Oncological Diseases in Peru 2021-2023"; However, at present, there is a lack of a specific PC Law, necessary legislation to safeguard the dignity of the Peruvian patient through comprehensive and multidisciplinary care. For this, the qualitative methodology was used, through which relevant bioethical and biolegal information has been selected. It is pertinent to specify that in the process of the investigation the visit to the first PC hospital in Peru was arranged: "Misky María", work of the Association of Beatitudes, in turn the International Diploma in Palliative Care and Bioethics, which reflects that this work is the result of science, experience and humanity, essential characteristics of Cicely Saunders, Founder of Palliative Care.

Keywords: Palliative Care, Bio-legal, Bill, Quality of life.

Introducción

Los Cuidados Paliativos (CP), han sido oficialmente incorporados y conceptualizados desde 1980 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define al cuidado paliativo como un “planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal” (OMS, 2020).

En relación a la conceptualización anterior, la Asamblea Mundial de la Salud (2014), órgano decisorio supremo de la OMS, a través de su primera resolución de ámbito mundial sobre CP: "Resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud de fecha 24.05.2014", reconoce que los CP son un “servicio de salud efectivo centrado en las personas”. Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), refiere que son una institución dedicada a “optimizar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas y sus familias; lo que incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación anticipada, evaluación, tratamiento del dolor e inconvenientes físicos, psicosociales y espirituales”.

Desde un contexto mundial e internacional, el Primer Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al final de la vida (2014), reseña que “40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas y no transmisibles”. Por otro lado, desde un contexto nacional, la mayoría de las personas que necesitan cuidados paliativos en Perú; padecen enfermedades crónicas tales como SIDA, cáncer, diabetes, insuficiencia renal crónica, parkinson, demencia, anomalías congénitas, tuberculosis multidrogo-resistentes, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, hepáticas crónicas, respiratorias crónicas y neurológicas, entre otras. Las cifras mencionadas, reflejan que la necesidad de esta institución, a nivel internacional y nacional son cuestionables.

Aunado a la situación mencionada; la Resolución Ministerial N° 939-2021-MINSA, considera que el fortalecimiento y desarrollo de las políticas de CP son desiguales en el mundo, dado que, en el 2011, fueron evaluados 234 países, de los cuales sólo en el 8,5% contaban con este componente integral en su sistema de salud, el 42% carecía de este servicio y un 32% contaba con servicios aislados de asistencia paliativa. En Perú, según los datos plasmados en el Documento Técnico: “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021 – 2023” (2021), de 22 regiones peruanas evaluadas entre el 2018 y 2019, “el 67% de adultos requieren cuidados paliativos; no obstante, sólo el 0.3% se benefician con los mismos” (p.23). En cuanto a niños, “entre 24 –

27%, tienen la necesidad de este tratamiento, no obstante, la cobertura de cuidados paliativos oscila entre 18 – 20%” (p.28).

De la realidad internacional y nacional descrita brevemente, se reveló la necesidad de integrar en el sistema de salud y en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, una ley en materia paliativa.

En Perú; se aprecia un avance paulatino para atender la demanda de pacientes con diversas enfermedades avanzadas, que requieren de este tratamiento integral. Así pues, a nivel nacional, la política pública en materia de salud, no la prioriza.

Ahora bien, desde un ámbito jurídico nacional se cuenta con a) Ley 30846: “Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas”, publicado el 19 de setiembre de 2018; b) Proyecto de Ley 04780/2019-CR : “Ley que declara el 18 de setiembre de todos los años día nacional de los cuidados paliativos en el Perú”, presentado el 17/09/2019 (aún se encuentra en comisión); c) “Ley que declara de interés nacional la prevención, la detección temprana y el tratamiento contra el cáncer pulmonar”, publicado el 02/05/2021; d) Documento Técnico “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021-2023”, promulgado en la “Resolución Ministerial N° 939-2021/MINSA” de fecha 26 de julio del 2021; y e) Proyecto de Ley 07794/2020-CR: “Ley que declara de interés nacional y necesidad pública los cuidados paliativos y el control del dolor en el tratamiento integral del cáncer”; publicado el 10 de agosto de 2021; a través de la Ley N° 31336: “Ley nacional del cáncer”.

Descrito, el contexto jurídico nacional, se corrobora que en la actualidad existen intentos inacabados para incorporar los CP en el sistema de salud y a su vez no existe la determinación para considerarlos como un derecho, en el sistema jurídico nacional. Asociamos a esta verificación, la escasa formación de expertos peruanos capacitados en una cultura paliativista y en el tratamiento del dolor.

En virtud de la realidad social y jurídica descrita, se ha planteado la siguiente pregunta problema: ¿Cómo se planteará la incorporación de una ley de cuidados paliativos con criterios bioéticos y biojurídicos en el Perú? A fin de poder responder a la siguiente pregunta, nos planteamos el siguiente objetivo general: Proponer la incorporación de una ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos. y como objetivos específicos los siguientes: a) Definir la situación actual de los cuidados paliativos en el Perú; b) Establecer los criterios bioéticos y biojurídicos a tener en cuenta en una posible Ley de cuidados paliativos en Perú; y c) Formular una propuesta de ley de cuidados paliativos en el Perú.

Desde la problemática y objetivos descritos, urge la necesidad que a nivel de Estado peruano se consideren criterios bioéticos y biojurídicos para la promulgación de una ley de cuidados paliativos en el Ordenamiento Jurídico Peruano; a fin de custodiar jurídicamente la dignidad, calidad de vida y la prestación de una atención centrada en la persona y respetuosa con ella, considerándola como un ser humano hasta el final de la vida.

Revisión de literatura

El presente apartado se constituyó por la bibliografía más resaltante en el tema materia de estudio, así como las bases teóricas que han partido del estudio de las categorías conceptuales. Así tenemos:

Saunders (2011) con su libro “Velad Connigo”; es la inspiración para el desarrollo del presente artículo; ya que fue ella, la Fundadora de los Cuidados Paliativos; a través de su frase célebre; “Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida. Haremos todo lo que podamos, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también para ayudarte a vivir hasta que mueras” (p.80 - 81); palabras que, al analizarlas, revelan que los cuidados paliativos sean una mezcla de ciencia y humanidad. En este sentido, amar al otro cuando nos es útil, es fácil; pero cuando este otro está inútil, frágil, degenerado y le sigues amando, se le está respetando su 10 condición de ser humano al final de la vida. Saunders, con sus escritos y testimonio de vida insta a formarnos, cualificarnos y capacitarnos desde las diversas profesiones u oficios con la finalidad de que el paciente sea auxiliado por la ciencia y sobre todo dotado de un cuidado integral, cercano, humano se sienta sujeto de derecho.

Gómez et al. (2016), en su artículo “Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo”, nos revelan “cuatro teorías de enfermería de rango medio que pueden orientar la investigación y la práctica en cuidado paliativo: confort, final tranquilo de la vida, autotranscendencia e incertidumbre” (p.2). El análisis de las referencias seleccionadas refleja “el predominio de estudios descriptivos que han abordado los fenómenos centrales de cada teoría en pacientes y en cuidadores familiares” (p.2). Este artículo, servirá como sustento para reconocer la importancia de cada teoría, a su vez la preponderancia y el aporte para el desarrollo de este tratamiento holístico en la actualidad.

López et al. (2020) en su artículo “Caracterización de pacientes que reciben cuidados paliativos en una unidad privada no hospitalaria en El Salvador”, de acuerdo con las características observadas en sus pacientes, establecen como principios básicos de los cuidados paliativos modernos: “a) visión global del enfermo y su familia, b) atención de los síntomas físicos, psicológicos y existenciales” (p. 66). Principios; que serán el incentivo para

mejorar los mecanismos jurídicos de esta institución; a su vez para instaurar criterios bioéticos y biojurídicos, a tener en cuenta en una posible legislación sobre cuidados paliativos en Perú.

Sánchez, R., Vassallo, K., & Gonzales, K. (2021), en su artículo “Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú”; refieren que “los cuidados paliativos son un servicio de salud que contribuye al cuidado de la persona en el proceso de morir” (p.135). El presente antecedente, nos muestra la urgencia de que, a nivel de Perú, exista una normativa a favor del paciente con enfermedades avanzadas y a su vez, para la familia de éste.

Cabrera, M., Arévalo, S., & Irigoyen, A. (2021), en su artículo “Cuidados Paliativos, una disciplina que humaniza la práctica médica al final de la vida: Algunos aportes desde la psicología”; tiene por objetivo “desarrollar y exponer las vicisitudes que atraviesan los pacientes diagnosticados con una enfermedad que amenaza su vida y los pone de cara a la posibilidad de la muerte (p.122)”. Este antecedente, servirá como guía para mencionar y hacer hincapié en el aporte que la Psicología realiza a los cuidados paliativos, de esta manera se rescatará la importancia de legislar la necesidad de la formación de un equipo multidisciplinar para la aplicación de este servicio integral.

Ordóñez, N., & Monroy, Z. (2021), en su artículo: “Cuidados paliativos: un estudio sobre la experiencia de familiares de enfermos de cáncer en fase terminal”; refieren que los cuidados paliativos al final de la vida no son proporcionados en todos los casos. Así pues, indican que se da “prioridad por cubrir las necesidades médicas que se centran en el control del dolor, dejando de lado las necesidades psicológicas, sociales y espirituales” (p.66); las cuales son imprescindibles; lo alarmante de ello es que estas últimas son solucionadas por la propia familia; por tanto con el presente antecedente se refleja la urgente y necesaria atención integral que los pacientes con enfermedades avanzadas requieren desde las “diversas disciplinas, siempre velando por la dignidad y bienestar al final de la vida” (p.66).

Sánchez A. (2019), en su trabajo de investigación para optar el grado académico de bachiller en enfermería, denominado “Revisión bibliográfica: conocimientos en cuidados paliativos en profesionales de enfermería”; concluye expresando que el experto de enfermería desarrolla un rol importante en los cuidados paliativos; sin embargo, “su conocimiento es deficiente, existiendo una gran necesidad de formar y capacitar a dicho profesional, para que pueda ejecutar de manera correcta las intervenciones, tanto para el paciente y su familia que requieren este tipo de cuidados” (p.14). Con lo expresado, por la autora, se puede ratificar que, a mayor nivel de formación y capacitación por parte del profesional de salud, la atención brindada hacia el paciente con diversas enfermedades avanzadas, mejorará. De la misma

manera, para ofrecer una atención integral, es necesario apoyarse en una estrategia multidisciplinaria, que albergue el desarrollo de aspectos biológicos de la enfermedad, (como el dolor y la sintomatología), la dimensión emocional, social y espiritual, sin olvidar a los miembros de la familia, quienes son soporte y a su vez se les considera como cuidadores principales durante todo el proceso de la enfermedad.

Bases teóricas

Para categorizar adecuadamente a las teorías que se tendrán en cuenta para el desarrollo del presente artículo, se ha creído conveniente escudriñar las teorías de la Bioética y de los Cuidados Paliativos. Así tenemos:

Teorías de la Bioética

Con relación a las teorías de la bioética, se expone las más representativas:

A. Bioética Principialista

Tomás & Garrido (como se cita en Agurto & Ramos, 2022) refieren que la Bioética Principialista, como corriente de pensamiento, promueve desde la ética, el bien íntegro de la persona humana. Dicho modelo de pensamiento, alberga cuatro principios, los cuales según García (2012, p. 69) son: a) Autonomía: guarda inmediata relación con la cuestión del consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma, b) Beneficencia: compromete a proporcionar beneficios a los demás, c) No maleficencia: nos obliga a no dañar a los demás. Clásicamente conocido como *primun non nocere* y d) Justicia: refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación, etc.

B. Bioética Personalista

La bioética personalista contribuye a la supervivencia de nuestras sociedades. Su finalidad es “promover el bien íntegro de la persona humana, eje y centro de la vida social” (García, 2012, p.67). En este orden de ideas, Elbaba (citado en Sánchez & Helfer, 2016, p.51), refiere que, para el enfoque de esta ciencia, la visión de persona humana es fundamental, por ello “utiliza como parámetro para definir si un acto es lícito o ilícito (...), el bien integral de la persona”. Por lo citado, la bioética personalista, respeta, defiende y promociona a la persona humana, debido a que respeta su dignidad.

Junto a García (2012), es conveniente acotar, que los principios de esta ciencia son: 1. Defensa de la vida física, el cual destaca a la vida corpórea como un componente primordial de la persona humana; 2. Totalidad, a través del cual se indica que la persona humana constituye una totalidad; 3. Libertad y Responsabilidad, donde se señala que todo sujeto de derecho es autónomo, responsable y libre para alcanzar el bien de sí mismo y el de las otras

personas y 4. Sociabilidad y Subsidiariedad, a través de la unión de estos principios la persona está inserta en una sociedad.

Teorías de los Cuidados Paliativos

Barrera et al. (2008) y Fawcett & Desanto (2013), refieren que una teoría abarca un cúmulo de conceptos relativamente concretos y delimitados, los cuales pueden alcanzar algún beneficio en la práctica, siempre y cuando, según Sánchez (2002), logren algún resultado próspero al emplearlas. Es pues, que, en el origen de los CP, se reconocen diversas teorías, no obstante, se mencionará a continuación las más resaltantes:

A. Teoría de Kubler-Ross

La teoría desarrollada por Kubler-Ross (2011), hace referencia al tramo final de la vida, conocido como el modelo fásico del morir, es decir aborda temas como muerte, enfermos agonizantes y cuidado paliativo. La autora diseña diversas etapas, por las cuales las personas con enfermedades avanzadas tienen que afrontarlas, entre las más destacables, tenemos el duelo, que inicia con la negación y finaliza con la aceptación de la propia muerte, si la resolución es favorable.

B. Teoría de Cicely Saunders

Los aportes de Saunders (2011), van relacionados al progreso de los centros de salud, para pacientes con enfermedades terminales y cuidados paliativos modernos. Cicely Saunders fue la primera experta en la dirección de síntomas de pacientes desahuciados, quien en Gran Bretaña apertura el movimiento Hospice, “considerado un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales” (Vidal & Torres, 2006, p. 24).

La fundadora de esta institución integral, enfatizó en lo indispensable y humano que es eliminar la angustia y temor al final de la vida, así pues, instaba con su testimonio de vida a combinar ciencia y humanidad, es decir ciencia concreta y correcta impregnada de atención personalizada. Precisaba, además, que es la familia, quien debe actuar como unidad de cuidado, y a quien se le compartirá verídicamente la historia clínica del paciente. Asimismo, al observar la necesidad del trabajo en equipo en los Hospices, se trasluce actualmente la urgencia del trabajar con un conjunto de profesionales que integren el equipo multidisciplinar.

C. Teoría de confort

A la presente teoría, se le estima como un referente sustancial para la práctica del quehacer paliativo. Kolcaba (1994), describía el término confort como la etapa donde los pacientes al recibir las diversas intervenciones, experimentaban un período reconfortante, como producto de satisfacción y bienestar.

Con esta propuesta, se esclarecía el objetivo principal de la etapa terapéutica, dando a conocer al mismo tiempo una de las necesidades centrales de atención de los enfermos al final de la vida, es decir el confort, el cual según Kolcaba (1995, 2001) albergaba cuatro contextos: a) físico (cualquier tipo de bienestar perteneciente a las sensaciones del cuerpo); b) psico-espiritual (ámbito que abarca autoestima, afectividad, sexualidad y autoconcepto); c) ambiental (factores externos), d) sociocultural (relaciones interpersonales, familiares y sociales).

La importancia de esta teoría, la señalan Vendlinski y Kolcaba (1997), al precisar que, siendo el confort un mecanismo integral, mejora el estado físico, emocional y espiritual de los pacientes y sus familias. Es en esta etapa, donde se originará el contenido holístico que debe desarrollarse en la atención primaria.

D. Teoría de autotranscendencia, de Pamela Reed

La teoría de autotranscendencia, planteada por Pamela Reed insta a la custodia de tres componentes: bienestar, trascendencia y vulnerabilidad del ser humano al final de la vida. Además, indica que las intervenciones especializadas por el personal médico fomentan el bienestar y los esfuerzos terapéuticos van dirigidos hacia su propia conciencia y a su cuidado interior. Ahora bien, Reed et al. (2008), refieren que el concepto de autotranscendencia se aplica desde: a) la figura particular del participante; b) los cambios originados por la autotranscendencia; c) situaciones dolorosas de procesos complejos de autotranscendencia, y d) los factores que la favorecen o no al paciente.

Finalmente, esta teoría, contribuye al final de la vida, un buen desarrollo del bienestar, trascendencia y vulnerabilidad del ser humano. Importa que sea el protagonista, es decir el enfermo, quien explore la trascendencia a la que está llamado, que a través de la experiencia del dolor y a su vez de aquellas que le otorgan aceptación y felicidad, pueda reconocer el siguiente estado que le espera, después de su muerte, sin tener temor o angustiarse por ello.

E. Teoría desarrollada por Ruland y Moore

La presente teoría, conocida como la del final tranquilo de la vida, exhibe una clara necesidad, así lo refiere Gómez et al., 2016, en tanto que proporciona el mejor cuidado posible mediante el uso adecuado y pertinente de la tecnología y de las diversas estrategias de bienestar, a fin de “aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila, lo que enfatiza en los componentes de ausencia de dolor, experiencias de bienestar, dignidad y respeto, estado de tranquilidad y proximidad de los allegados” (p.16).

Bases Conceptuales

Para lograr una apropiada comprensión del presente proyecto de investigación se presentan las siguientes bases conceptuales, las cuales son el eje primordial para su desarrollo. Así tenemos:

Cuidados Paliativos

Cicely Saunders (2011), respecto a los CP, indica que: “trabajar en esta institución requiere una perspectiva que valore integralmente a la persona” (p.10). “La meta y finalidad es alcanzar la excelente calidad de vida posible para los refractarios y sus familias” (p.64). En este sentido, Sarmiento (2011), precisa que el trabajar en la institución de los CP, requiere el desarrollo de un equipo multidisciplinar amplio y capacitado, que incluya al paciente y su familia.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) establece que “Los CP consisten en un cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu, con la prestación de apoyo a la familia”. Asimismo, la Organización Internacional Especializada en Salud Pública de las Américas, OPS (2021) establece que, los CP son la institución que prospera la salud y sobre todo la vida de los pacientes conjuntamente con sus familias, que se enfrentan a diversas enfermedades amenazantes para la vida, así pues, son la prevención y alivio para todo dolor que ocasiona sufrimiento, por medio de un diagnóstico adecuado acompañado de una evaluación verídica e íntegra, a cerca del tratamiento del dolor y otros aspectos físicos, psicológicos y espirituales.

El Documento Técnico: “Plan Nacional de CP para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021-2023”; conceptualiza a los CP, “como la atención que se ofrece a pacientes y familias que sufren alguna enfermedad severa, que limita o acorta la vida” (p. 8). En dicho documento, encontramos la siguiente división (p.8-9): a) CP Básicos: pacientes con enfermedades avanzadas que no necesitan especialistas para su atención. Son atendidos por el equipo de atención primaria; b) CP Domiciliarios: se brindan en el domicilio para apoyar a pacientes, familias y cuidadores; c) CP Especializados: otorgados a pacientes de alta complejidad, quienes poseen mayores urgencias médicas y d) CP Intermedios: ofrecidos a pacientes con enfermedades limitantes, requieren acudir a un establecimiento de salud.

Desde un concepto más actualizado, López Saca (2022), indica que son una forma especial de cuidar, diferenciado por gestionar una atención integral o global al paciente con enfermedad avanzada y su familia, mediante el trabajo especializado de un equipo multidisciplinar. Por tanto, los cuidados paliativos están destinados para cualquier fase de enfermedad avanzada, y no sólo al final de la vida.

Bioética

Como segunda base conceptual, tenemos la Bioética. El Diccionario Latinoamericano de Bioética (2008) indica que: La “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, sitúa la bioética como una práctica multidisciplinaria y pluralista que se ejerce en el marco de una realidad humana culturalmente plural, socialmente diversa y económicamente desigual. La bioética, en tanto que una ética aplicada, está necesariamente enraizada en esta realidad humana diversa, que explica su carácter a la vez complejo, multidisciplinario, interdisciplinario y plural (p.22).

Bernales et al (2003), refiere que esta ciencia incorpora desde la reflexión personal sobre cuestiones éticas relacionadas con el avance de las ciencias biológicas a nivel personal y profesional, hasta elecciones a nivel social que nosotros, como ciudadanos, y quienes nos representan, tendremos que tomar a nivel de políticas públicas. Se puede deducir entonces, que la bioética se relaciona estrechamente con otras disciplinas como el derecho, medicina, filosofía, diversas políticas públicas, historia, sociología, entre otras. Es pues, que se le considera a esta ciencia, como una conversión de vida, dado que nos insta a un compromiso responsable y libre. Por ejemplo, si nos preguntamos dónde encontramos a la bioética, pues responderemos que ésta se halla inmiscuida en problemas como el consentimiento informado, la definición del principio y final de la vida, aborto, experimentaciones biomédicas y el trasplante de tejidos y de órganos, se pueden añadir otras más actuales como la reproducción asistida, clonación reproductiva o con fines terapéuticos, el supuesto derecho a una muerte digna, eutanasia, desaparición de especies vegetales y animales, calentamiento del planeta y catástrofes naturales, contaminación del aire y disminución de las reservas de agua potable, organismos genéticamente modificados y su impacto potencial sobre la salud humana y biodiversidad.

En este sentido, la Bioética, contribuye al proceso de humanización del hombre, como un ser digno, responsable y partícipe de la naturaleza. Un concepto claro, delimitado y actual es el manifestado por Postigo (como se cita en Sánchez, 2021, p.7):

Es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicancias antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema para encontrar una normativa jurídica adecuada.

Biojurídica

Aparisi (1993) señala que:

(...) la biojurídica abordaría, cuestiones bioéticas, pero adoptando una perspectiva distinta, la aportada por la filosofía jurídica. De este modo, la función de la biojurídica será, precisamente, la de justificar aquellos principios, no morales, sino propiamente jurídicos, en los que se apoyaría el bioderecho o la biolegislación.

En este sentido podemos decir que la biojurídica le corresponde, al igual que la filosofía del derecho, reflexionar sobre las normas vigentes, a la luz del principio de la dignidad humana y de los derechos humanos, preguntándose no por la validez de la norma, sino por lo justo de su contenido.

La noción de “bioética jurídica”, según Tinat (2012), difiere de vocablos a los que ha acudido buena parte de la doctrina, al calificar o entender esta forma de bioética como una “nueva juridicidad” (p.56), tales como:

- i. Bioderecho, en la inteligencia de que: se trata de una «rama jurídica transversal», que no significa negación, pero sí complemento de otras ramas del derecho, en este sentido, configura una nueva disciplina científica: “derecho biomédico o bioderecho”, cuya específica metodología le diferencia de la bioética; normativa basada en el estudio de los datos biológicos, valores aportados por el debate ético, construcciones doctrinales y jurisprudenciales sobre los derechos humanos (Casabona & Sánchez citado en Tinat, 2012, p.57).
- ii. Biojurídica, por considerarla como un “término más extendido”, que expresa que “es preciso un debate específicamente jurídico, toda vez que de discusiones esencialmente morales no se derivan soluciones eminentemente jurídicas” (Serrano Ruiz & Calderón citado en Tinat, 2012, p.57). Así también, una “rama especial del ordenamiento político jurídico que versa sobre la investigación de la vida humana y el cuidado de la salud” (Sánchez & Bayón citado en Tinat, 2012, p.57).

En este orden de ideas, la biojurídica aborda asuntos bioéticos, teniendo en cuenta la perspectiva y presupuestos de la Filosofía del Derecho. Por ello, la ocupación de la biojurídica será fundamentar y cualificar principios, no morales, sino propiamente jurídicos, de los que se encargará el bioderecho o la biolegislación. Por otro lado, Palazzani (2002), al afirmar que, el término biojurídica se encuadra en el ámbito de la Filosofía del Derecho, mientras que el Bioderecho se remite al derecho privado. A su vez, Iagulli (citado en Palazzani, 2002) afirma que la biojurídica: “remite a la reflexión teórica sobre el tema bioético, desde una perspectiva no ética, sino estrictamente jurídica” (p.108).

Finalmente, podrá distinguirse la bioética jurídica de otras modalidades, puesto que la misma no tiene por objeto la transformación de la bioética en una simple nueva rama del derecho, ni tampoco convertirse en un mero marco normativo de las ciencias de la vida y de la salud, sino la comprensión y necesaria regulación jurídica de los temas y problemas bioéticos tendiente al reconocimiento y la tutela eficaz de la dignidad humana y los derechos y libertades fundamentales relacionados con el avance de tales ciencias y sus tecnologías conexas, lo cual es algo muy distinto. Por tanto, la bioética jurídica, afirma Tinat (2012), es la ciencia que escudriña la regulación jurídica, proyecciones y aplicaciones jurídicas de la problemática bioética: las ciencias biomédicas y sus tecnologías conexas y su incidencia en el ser humano y, al mismo tiempo, una reflexión crítica sobre las crecientes y fecundas relaciones entre la bioética y el derecho.

Proyecto de ley

En primer lugar, al término ley se le conceptualiza como un texto escrito, relacionado con decisiones políticas y a favor del bien común de una sociedad. Es pues, el beneficio final de la interrelación de dos funciones básicas (política y técnica) gracias a una petición o necesidad social, a favor del bien común.

En segundo lugar, las leyes desde una perspectiva constitucional, son instrumentos jurídicos de rango legal, Por ende, la denominación de la ley es una facultad discrecional del Congreso, según lo regulado en la Ley N° 26889: “Ley Marco para la Producción y Sistematización Legislativa”. Según este texto normativo, tenemos: a) Leyes generales, establecen principios comunes e integrados en una materia amplia, compleja y polivalente, por ejemplo Ley General de Educación; b) Leyes de Bases, es la ley de orden más general, establece los lineamientos normativos sobre un aspecto o materia, pero sin entrar a detalle, por ejemplo la antigua Ley de Bases de la Reforma Agraria; c) Leyes de Desarrollo, establecen los planes de orientación y planificación territorial; d) Leyes Ordinarias, emanadas de la elaboración, discusión y aprobación dentro de las comisiones y del pleno del Congreso de la República; e) Leyes Orgánicas, diseñan la estructura y funcionamiento de las entidades del Estado previstas en la Constitución, cabe precisar que es de materia reservada; entre otros.

En tercer lugar, un proyecto de Ley debe tener una estructura física y una estructura lógica. Muñoz et al. (2000), describe que, la estructura física, se refiere a la forma de redacción del proyecto. Por otro lado, la estructura lógica, consiste en el orden en que debe plasmarse el articulado de forma tal que asegure su finalidad.

Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación ha sido desarrollado mediante el método cualitativo, dado que fue necesario estudiar las bases teóricas que sustentan nuestras categorías conceptuales referidas a la institución de CP. En este sentido, mediante el análisis documental de investigaciones científicas, normativas y jurisprudenciales, se recolectaron datos a través de la revisión de diversas fuentes bibliográficas, tales como: libros, tesis, artículos científicos bajo los lineamientos de la bioética y biojurídica, normativa y jurisprudencia en materia paliativista, las cuales fueron revisadas y estudiadas a fin de extraer la información relevante a nuestro objeto de estudio.

Por consiguiente, la información fue categorizada, atendiendo a los objetivos planteados a fin de proponer criterios bioéticos y biojurídicos para la regulación de una ley de CP en Perú.

Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados y discusión de los datos analizados, para lo cual hemos dividido en tres apartados: en un primero, se definirá la situación actual de los cuidados paliativos en Perú; en el segundo, se establecerán criterios bioéticos y biojurídicos a tener en cuenta en una posible ley de CP en Perú; y concluimos con un tercer apartado, donde se procede a formular una propuesta de ley de cuidados paliativos en el Perú.

1. Situación actual de los cuidados paliativos en Perú

1.1. Antecedentes

El desarrollo de los CP es muy desigual en el mundo; en un estudio realizado en 2011 (Lynch, 2013) fueron evaluados 234 países, territorios y regiones, encontrándose que éstos estaban adecuadamente integrados al Sistema Sanitario solo en 20 países, en tanto que en el 42% se carecía de ese tipo de servicios, y un 32% solo contaba con servicios aislados de asistencia paliativa aislados.

Por otro lado, según el Primer Atlas Mundial de CP al final de la vida (2014) se estima que anualmente más de 40 millones de personas necesitan de este tratamiento integral. Entre los que necesitan estos cuidados se incluyen adultos que padecen enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%) entre otras condiciones. En niños, se estima que son cerca de 1,2 millones los que requieren CP, el mayor número por anomalías congénitas, condiciones neonatales, malnutrición, SIDA, meningitis, enfermedades cardiovasculares. Cabe indicar, que el 98% de los niños que requieren CP se encuentra en los países pobres o muy pobres.

Debido a lo mencionado en el párrafo precedente, en la 67 Asamblea Mundial de la Salud, se expone la necesidad de fortalecer los CP como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, haciendo hincapié en la Atención Primaria de Salud (APS), la atención comunitaria y domiciliaria. Se reconoce que el no integrar los CP en los sistemas de salud es uno de los principales factores causantes de la inequidad en el acceso a la salud y es responsabilidad ética de los países proporcionar CP.

1.2. Situación actual de los cuidados paliativos en Latinoamérica

Los CP en Latinoamérica surgen en la década de los ochenta y se han ido desarrollando progresivamente. En el reporte del 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) se evidencia que en Latinoamérica pocos países los tienen implementados como política.

En el año 2018, la International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC,2018), ofrece las siguientes recomendaciones a los gobiernos:

- a) Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los CP en las leyes de salud, los programas nacionales de salud y los presupuestos nacionales de salud;
- b) Asegurar que el servicio integral y multidisciplinario de los CP, formen parte de todos los servicios de salud, los que deben contar con equipos especializados disponibles para referencias y consultas.
- c) Comprometerse con universidades, instituciones académicas y ser hospitales docentes para incluir la investigación en CP y la capacitación en CP como un componente integral de la educación continua, incluida en educación básica, intermedia y especializada.

1.3. Situación actual de los cuidados paliativos en Perú

El inicio de los CP en Perú es fruto de esfuerzos aislados, en este sentido se suma la ausencia de políticas nacionales, lo cual genera un avance lento e insuficiente para atender la demanda de pacientes que requieren de este componente integral.

A continuación, se ha diseñado la siguiente tabla, organizando desde la biojurídica, la evolución de los CP en Perú.

Tabla 1*Recorrido Biojurídico Actualizado de los Cuidados Paliativos en Perú*

Año	Instituto, asociación o normativa.	Acontecimiento importante
1989	Hospital de la Policía Nacional del Perú.	Primera unidad del dolor y cuidados paliativos, gracias a la iniciativa de Raymundo Cordero Lujan y Marfa Berenguel Cook.
2013	Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP).	Asociación sin fines de lucro que tiene como misión que promueve el cuidado paliativo, a través de la investigación, ética y comunicación de todos los profesionales involucrados en mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables progresivas.
2016	El INEN, institución altamente especializada fundada el 11.05.1939 por Ley N° 8892 como Instituto Nacional del Cáncer, desarrolló la Norma Técnica Oncológica para la Creación de Unidades prestadoras de servicios de Salud (UPSS) en cuidados paliativos oncológicos N° 001-INEN/DIMED-DEM.V.01	Primer paso para la creación futura de una red nacional de atención en cuidados paliativos a pacientes oncológicos. Su objetivo: establecer estándares básicos, viables y medibles en los establecimientos de salud y así contribuir a la universalización y mejora de los cuidados paliativos a pacientes oncológicos en el país.
2018	Ley 30846: "Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas".	Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud.
2019	Proyecto de Ley 04780/2019-CR que declara el 18 de setiembre de todos los años "Día Nacional de los Cuidados Paliativos en el Perú"	Crear conciencia en la población en general sobre la importancia y humanidad de los cuidados paliativos dirigidos a los enfermos terminales oncológicos y no oncológicos en el Perú.
2021	Ley 31336, publicada el 10.08.2021, que declara de interés nacional y necesidad pública los cuidados paliativos y el control del dolor en el tratamiento integral del cáncer.	Propone declarar de interés nacional y necesidad pública los cuidados paliativos y el control del dolor en el tratamiento integral del cáncer.
2021	Documento Técnico: "Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021 – 2023".	Planteamiento que insta a mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos, niños y neonatos).
2022	Inauguración del Primer Hospital de Cuidados Paliativos en Perú.	En Lurín, gracias a la gestión del Padre Omar Buenaventura y a la Asociación de las Bienaventuranzas se inaugura el 21.11.2022 el Hospital de Cuidados Paliativos: Misky María.

Nota.

Fuente: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 (2ª ed.). Norma Técnica N° 001-INEN/DIMED-DEM.V.01, Ley 30846, Proyecto de Ley 04780/2019-CR, Ley 31336, Documento Técnico: "Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021 – 2023".

Creación: Propia del Autor.

Tal y como se corrobora en la tabla anterior; desde 1989 hasta la actualidad, en Perú, no existe una Ley en CP; el avance en este tratamiento integral es lento e insuficiente. A su vez,

se corrobora una desigualdad de atención que existe en los diversos centros de atención, hospitales y clínicas en nuestro país, sumado a ello existe actualmente un acceso desigual a nivel socioeconómico, género, etnia, localización del individuo y edad de la persona. Por ende, urge una legislación en este tema; dado que se entrecruzan importantes temas como derechos humanos, protección social, dignidad humana y calidad de vida en el enfermo peruano.

1.4. Servicio de atención de CP a nivel nacional.

El Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos (2013), muestra que el nivel de desarrollo éstos en el Perú corresponde al grupo de países de provisión aislada. En este sentido, es en Lima y principales provincias se concentran los establecimientos de salud de mayor complejidad, a lo que se añade la insuficiente oferta de CP en todos los niveles de atención. Así, por ejemplo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2019) cuenta con el Servicio de Medicina paliativa y Tratamiento del Dolor, que funciona desde hace 18 años y brinda los servicios de atención especializada en cuidados paliativos oncológicos con más de 20,000 atenciones anuales. Esta Institución en su Resolución Jefatural N° 147-2019-J-INEN (p.14), refiere:

En el 2018, se ha reportado 3, 825 pacientes nuevos en cuidados paliativos generando la necesidad de 21, 906 atenciones en cuidados paliativos, de los cuales 10, 052 atenciones corresponden a pacientes continuadores del servicio y 8, 029 correspondieron a atenciones para continuidad en la prescripción, que generalmente se realiza mediante la asistencia de los cuidadores o familiares, por la condición de los pacientes que les impide acudir al INEN.

Tal y como podemos observar en la siguiente tabla, se corrobora una débil articulación entre los diversos niveles de atención y entre las instituciones que conforman el Sector Salud, dado que al 2018 un promedio de 60, 723 pacientes necesitaban el servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor, por lo que existe todavía una gran brecha a cubrir de atención de CP a nivel nacional.

Tabla 2

Atenciones en el servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor según grupo de edad, INEN 2014-2018.

Grupo de edad (años)	2016	2017	2018	TOTAL
0 – 14	172	119	244	535
15 – 29	814	841	949	2604
30 – 49	4406	4960	4825	14191
50 – 64	6663	6960	7899	21522
65 +	6797	7085	7989	21871
Total	18852	19965	21906	60723

Nota.

Fuente: Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer

Creación: INEN – Resolución Jefatural N° 147-2019-J-INEN, Tabla 1, p.13.

Por otro lado, en la Resolución Jefatural mencionada, se indica: “del censo efectuado por el INEI en el 2017, se proyectó en la población peruana una demanda de cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos de 90 000 pacientes” (p.15). Esta demanda proyectada, la podemos apreciar en la siguiente tabla, la cual refleja de forma diferencial la gran necesidad en las diversas regiones de nuestro país; he allí donde a través de la incorporación de una ley en esta materia, obtendríamos la equidad para el acceso a esta prestación integral independientemente de su lugar de residencia:

Tabla 3

Demanda proyectada para cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos.

Ámbito	Población Total	Demanda en Cuidados Paliativos
Perú país	31,237,385	87,465
Lima	9,485,405	26,559
Regiones	21,751,980.0	60,906

Nota.

Fuente: INEN censo 2017 – Elaborado por Tarco Virto D.

Creación: INEN – Resolución Jefatural N° 147-2019-J-INEN, Tabla 4, p.15.

1.5. Acceso y uso de medicamentos esenciales para CP

Existe gran limitación en acceso y disponibilidad de analgésicos opioides para tratamiento de dolor en pacientes en CP, debido a una normativa excesivamente restrictiva, que deberá reformularse en beneficio de los pacientes, pues el control del dolor es un derecho humano. Sumado a ello el “inadecuado y escaso tratamiento del dolor es un problema de salud pública a nivel mundial” (Resolución Jefatural N° 147-2019-J-INEN, p. 20).

A saber, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2019) precisa que, a nivel de Latinoamérica, Perú reporta un menor consumo de opioides; dado que según De Lima (2000) citado en Resolución Jefatural N° 147-2019-J-INEN (p. 21) se debe a:

a) restricciones o excesiva burocracia en el proceso de importación de medicamentos que incrementan el costo final del producto, b) legislaciones y regulaciones restrictivas que imponen límites máximos en las dosis diarias permitidas o en la dosis misma, c) canales de distribución insuficientes que no facilitan la disponibilidad en zonas rurales, d) ignorancia del personal de salud sobre cómo manejar el dolor, y e) carencia de químicos farmacéuticos autorizados para la dispensación del medicamento.

2. Establecer los criterios bioéticos y biojurídicos a tener en cuenta en una posible ley de cuidados paliativos en Perú.

Este apartado dará respuesta al segundo objetivo formulado, por ello corresponde centrarnos en los principios de la bioética y la biojurídica, a fin de formular un proyecto de ley para incorporarlos al sistema jurídico peruano, con unidad doctrinal, de fundamentación y de aplicación concreta.

2.1. Criterios bioéticos

Charlesworth (1996), refiere que la bioética acompañada de sus principios plantea que el profesional debe respetar y fomentar la autonomía, es decir debe procurar el mejor bien posible y debe hacerlo en un contexto de justicia, ante cualquier dilema ético.

Por otro lado, en el 2002, aparece una reformulación de los principios bioéticos incluyendo la vulnerabilidad como uno de los fundamentos de esta ciencia (López Saca, 2022). Por esta razón, la Bioética emprende su preocupación no sólo por los principios rectores de la conducta, sino también por el escenario concreto de vida de las personas involucradas en la situación. De esta manera, se reconoce que somos antropológicamente vulnerables, es decir merecemos un cuidado digno. Por consiguiente, se necesita una legislación que albergue y delimite los siguientes criterios bioéticos:

A) El máximo respeto y la efectiva tutela por parte de la Bioética hacia la dignidad de la vida

En el terreno de la bioética, la dignidad humana, es merecedora de un respeto plenamente digno, así lo sostiene el artículo 3 “Dignidad humana y derechos humanos” de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO: “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

Por otro lado, Aparisi (2013), indica que, en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, del Consejo de Europa establece que las partes se comprometen, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1, “a proteger al ser humano en su dignidad y su identidad”.

Ahora bien, frente a lo regulado en los artículos citados, este primer criterio bioético, es indispensable para cuidar la vulnerabilidad del enfermo peruano con respeto, calidez y con una mirada más allá de lo superficial, atendiendo nuestra plenitud y dignidad. Dos características, que como refiere Benito (2023), son las que nos hacen humanos, tienen valor y premio. ¡Somos dignos y merecedores de respeto, cuidado y atención! Dentro de este contexto, Bátiz (2019), nos hace un recordaris, dado que no podemos ignorar que la persona, aunque se halle enferma, tiene derecho a que se respete su dignidad. Por ello, hay que tomar conciencia que el enfermo en fase terminal aún no se ha muerto, por lo que continúa siendo un sujeto de derecho y de cuidado.

Por tanto, el máximo respeto y la efectiva tutela por parte de la Bioética hacia la dignidad de la vida, consiste en custodiar a través de un marco normativo-jurídico, aquella eminencia de ser, la cual le otorga a la persona un valor inconmensurable. En suma, “toda persona que atraviese por cualquier enfermedad tiene el derecho de ser tratado con reverencia, equidad y con un tratamiento integral” (Campos, 2020).

B) El final de la vida desde la bioética personalista

Este segundo criterio bioético, indica que, desde la bioética personalista, el final de la vida es visto como un modelo privilegiado de servir al hombre, procurando su bien integral, no buscando su muerte, sino que viva.

Paoletti (s.f, p. 13) refiere: “Por el principio de defensa de la vida física de todo individuo, la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico y el suicidio asistido, son siempre y bajo toda circunstancia ilícitos, pues no curan nada solo prolongan la agonía del paciente”. En este sentido, el final de la vida, merece nuestro más absoluto respeto, por aquel neonato, niño, adulto o anciano, que está llegando a su fin.

En conclusión, el final de la vida desde la bioética personalista, mantendrá el primado y la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. A su vez, con la incorporación de la ley en cuidados paliativos con criterios bioéticos, permitirá construir una bioética plenamente respetuosa con la “dignidad última de la persona humana” (Campos, 2022).

C) Objetivos del sistema de salud desde una perspectiva bioética

En este tercer criterio, considero indispensable incluir tres objetivos indispensables que deben considerarse en el sistema de salud peruano. Cabe indicar, que dichos objetivos son citados gracias a Quality Chasm (como se cita en Campos, 2022):

1. Seguro, evita las lesiones a los pacientes por el cuidado que está diseñado para velar por ellos. Incluir este primer objetivo, hace que el paciente sea merecedor de un cuidado integral.
2. Efectivo, provee los servicios basados en conocimiento científico a todos aquellos que se pueden beneficiar y evita proveer los servicios a aquellos que no es probable que se beneficien (se evita el sobreuso y el subuso). Con este objetivo, se lograría salvaguardar la autonomía del paciente en relación a las tomas de decisiones que afecten el estado de salud en fase de enfermedad avanzada.
3. Centrado en el paciente, provee cuidado que es respetuoso y en respuesta a las necesidades del paciente y a sus valores, y asegura que el paciente valúa la guía en todas las decisiones clínicas. Con este tercer objetivo, se lograría que el paciente al final de sus días siga siendo considerado como persona, así como lo contempla el Documento Técnico: “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021 – 2023” (2021, p. 10): “Una medicina centrada en la persona, que aspire a ser personalizada, entendiendo a cada paciente como persona con sus aspectos de salud negativa (enfermedad y dolencia) y positiva (bienestar y desarrollo personal)”.

D) Aplicación de la medicina paliativa a la luz de la bioética

Teniendo en cuenta la nueva definición de consenso de Cuidados Paliativos por la International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC, 2020), la cual indica:

La asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de aquellos que están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

Frente a la definición citada, nos centraremos en la asistencia holística que predomina en la medicina paliativa. En consecuencia, se sabe bien que el centro de la medicina paliativa es la persona que sufre. Campos (2020), refería que el enfermo no es sólo una historia clínica, es una historia de vida, poseedor de un nombre, un proyecto de vida, un ser humano con costumbres, creencias religiosas y pertenece a una familia, todo ello va más allá de sus síntomas, de su diagnóstico y de su número de habitación. Por ello, este cuarto criterio bioético, tiene como finalidad la merecida atención que debe poseer el paciente que atraviesa cualquier enfermedad avanzada o se encuentra en fase terminal.

En muchos centros de salud, hospitales o clínicas de nuestro país, hemos sido testigos de cómo el profesional médico se dirige a sus enfermeras para consultarles: “¿Cómo está la

fractura de cadera de la 278? ¿Cómo va el estado vegetativo persistente de la 415?"; preguntas que nos indican que muchas veces lo que interesa es la enfermedad, "olvidándose de la persona que la padece" (Buenaventura, comunicación personal, 08 de setiembre de 2022).

Por consiguiente, la atención al final de la vida, indica que el enfermo necesita que nos preocupemos de él, que es quien sufre la enfermedad. Cuando cuidamos a una persona desde una perspectiva integral, como lo enunciaba López (2022), se necesita procurar no sólo el alivio biológico, sino también el alivio biográfico que conlleva el sufrimiento humano del enfermo y de su familia. Es por esta razón que se necesita del médico que sienta junto al paciente y familiariza con él a fin de fortalecer no sólo el dolor físico sino también el dolor emocional y/o espiritual que pueda atravesar. Ya en la actualidad, nos encontramos con diversos médicos y profesionales de la salud bajo la figura del "médico de a pie" (López, comunicación personal, 21 de junio de 2022), es decir de aquél que llega, pasa lista rápidamente y ve al enfermo como una simple historia clínica.

Finalmente, ante los cuatro criterios bioéticos citados, urge tenerlos en cuenta en la incorporación de una ley en cuidados paliativos, dado que a nivel de Perú urge la aplicación de una medicina paliativa íntegra, es decir, una medicina que sea aplicable a los niveles de atención primaria, especializada y socio sanitario.

2.2. Criterios biojurídicos para sustentar el fundamento normativo

A) El valor jurídico fundamental de la dignidad humana en el Derecho Comparado

Aparisi (2013), refiere que la dignidad humana es reconocida a nivel constitucional como un principio fundamental, lo cual se corrobora con el Derecho Comparado. Así por ejemplo en el artículo 10.1. de la Constitución española, se sostiene: "la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes...son fundamento del orden político y de la paz social", por ello el Tribunal Constitucional Español le otorga ese "valor jurídico fundamental" (p.3). Para la Constitución Alemana, en su artículo 1.1. expresa que "la dignidad del hombre es inviolable. Respetarla y protegerla constituye una obligación de todo poder del Estado". Así también la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 1 (capítulo I), regula: "La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida".

Ahora bien, frente a la normativa internacional citada, la dignidad humana, en este primer criterio biojurídico debe ser entendida como parámetro orientador de la presente normativa jurídica que se propone. A su vez, consignarla como un "principio ético – jurídico" (Aparisi, 2013, p.23) en la incorporación de la ley de cuidados paliativos. En Perú, es todo un reto, tomarse en serio la dignidad humana al final de la vida, ya que implica un tridimensional compromiso: social, político y jurídico.

B) Declaraciones Internacionales de Derechos Humanos sobre Salud y Cuidados Paliativos

Para incorporar una legislación peruana en materia paliativista, se ha de tener en cuenta las siguientes declaraciones internacionales:

Tabla 4

Declaraciones Internacionales sobre Salud y Cuidados Paliativos

Declaración Internacional		N° de Artículo	Artículo citado
Declaración DDHH	Universal	Artículo 25 párrafo 1	Toda persona tiene derecho a nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar.
Pacto Derechos Sociales y ECOSOC	Internacional Económicos, y Culturales	Artículos 9 y 12	El derecho a la salud como un derecho inclusivo. Prestaciones de salud para enfermos crónicos, mantener funcionalidad psíquica, física y cuidados paliativos.
Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.	Madrid 2022 (MIPPA).		Recomienda servicios de atención preventiva y curativa, servicios de rehabilitación, atención paliativa y a largo plazo. Servicios gerontológicos formales e informales.

Nota.

Fuente: López Saca Mario (2022). El Desafío de los Cuidados Paliativos: Creando una cultura de Responsabilidad Social. Fundación de Medicina Paliativa de El Salvador - PALIAMED.

Creación: Propia del Autor.

C) Los Cuidados Paliativos en el Derecho Comparado

En este tercer criterio biojurídico, se considera lo que se ha regulado en el Derecho Comparado, lo cual es un sustento jurídico normativo para la propuesta de ley de esta tesis:

Tabla 5

Cuidados Paliativos en el Derecho Comparado

País	Ley N°	Lo establecido en dicha Ley
Uruguay	Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud	Capítulo 1, artículo 4, inciso B: “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articulada, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus

		usuarios incluyendo los cuidados paliativos”.
Ecuador	Ley Orgánica de Salud	Artículo 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (...).
Chile	Ministerio de Salud	Desde 1985 hasta la actualidad ha impulsado a través de la Comisión Nacional Asesora de Cáncer, el desarrollo de estrategias de atención integral, teniendo como base el Programa de Lucha contra el Cáncer auspiciado por POS/OMS.

Nota.

Fuente: Proyecto de Ley N° 2033 – 2017 – CR, p. 18-20.

Creación: Propia del Autor.

D) Derechos irrenunciables: La vida y salud

Nuestra Carta Magna, establece en el artículo 1 que “la defensa de la persona humana y su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado”, y el artículo 7 reconoce que todos los peruanos tienen derecho a que su salud, medio familiar y comunidad sean protegidos, teniendo el Estado y la sociedad el deber de contribuir a su promoción y defensa. Estos dos artículos constituyen la base para la configuración de la implementación constitucional de los CP en Perú, dado que involucra a la persona enferma, familia y comunidad.

Como un ejemplo, dentro de este cuarto criterio biojurídico, tenemos como aliciente jurídico, la resolución número diez de fecha 23 de enero de 2023, emitida por la jueza Silvia Núñez Riva ante el caso de la Sra. Ana Estrada (Expediente 00573-2020), quien en su considerando segundo sostiene:

SEGUNDO: Respeto el derecho de la demandante, así como lo dispuesto en las sentencias emitidas. Sin embargo, no me es posible ejecutar la misma pues, considero como parte de mi esencia, que el derecho a la vida, reconocido en el artículo 2 de la Constitución es un derecho irrenunciable, creencia que se apoya en mi libertad de conciencia, por lo que, en este caso en particular tengo motivos que no me permiten asumir la ejecución de la

sentencia, en tal razón invocando el artículo 313 del Código Procesal Civil, norma de aplicación supletoria a este tipo de procesos, ME ABSTENGO POR DECORO.

Ante la resolución citada, podemos visibilizar cuánto bien jurídico origina considerar al derecho a la vida como un derecho irrenunciable, lo cual abriría puertas para que, si es voluntad de la señora Estrada, pueda aceptar el acceso a los CP.

Por otro lado, la Ley General de Salud, Ley 268462 se constituye en una norma importante a tener en cuenta. En ella se establecen los principios que guían las políticas públicas en materia de salud y regula el derecho a la protección de la salud que toda persona ostenta, siendo un derecho irrenunciable.

Es meritorio mencionar que el Tribunal Constitucional peruano ha definido a la salud como el funcionamiento armónico del organismo tanto físico como psicológico del ser humano, por ello es evidente que como tal, constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo (Expediente N° 2945-2003-AA 20.04.04), en este sentido, este colegiado señaló que toda persona tiene el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que le permitan los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad.

Finalmente, al reconocer este criterio biojurídico en nuestro estado peruano, se estaría respetando una de las características de los cuidados paliativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2002): “Defienden la vida, pero contemplan la muerte como un proceso natural”.

E) Derecho a ser tratado como un ser humano hasta el final de nuestros días

Ser tratado como una persona, como un ser humano hasta el último día de nuestra vida, es un derecho que debe ser contemplado y amparado por el ordenamiento jurídico peruano.

Bustamante (como se cita en Cabrera et al.,2021) refiere que existe una despersonalización en el tratamiento médico, el personal sanitario tiende, debido al excesivo trabajo a deshumanizarse, siendo muchas veces “testigos de una muerte enajenada, de una muerte solitaria, rodeada de cables y tecnología de punta” (p.127), pero sin la calidez de la compañía humana. A su vez, Bayés (2017) advierte la urgencia de hacer realidad el significado y la preponderancia de la dignidad humana en la última etapa de la vida.

Por ello, urge una legislación que custodie la dignidad de todo enfermo, a través de la cual se “humanice y valore a cada uno de los enfermos desde una visión ética y holística de forma personalizada” (Cabrera et al., 2021, p.128).

3. Formular una propuesta de ley de cuidados paliativos en el Perú.

Teniendo en cuenta que el sistema legal peruano es guardián de la vida humana desde la concepción, conforme se ha dispuesto en el artículo 2 de nuestra Carta Magna, el artículo 1 del Código Civil y los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Perú que forman parte del ordenamiento jurídico peruano. Así también presenta un debilitamiento en salvaguardar a la persona en el final de la vida; por ello debido a este debilitamiento jurídico y con miras al objeto y fin de la presente investigación se propone la Incorporación de una Ley de Cuidados Paliativos (CP) en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos.

En este contexto, el presente proyecto de ley tiene el objetivo de contribuir a defender la dignidad de la persona humana al final de la vida, así como sostener el más pleno respeto a la dignidad del enfermo peruano, considerándolo como un sujeto de derecho y de cuidado.

Expuestos los argumentos anteriores, a continuación, procederemos a presentar el Proyecto de ley que expresa lo sostenido en el desarrollo de la presente investigación. Resulta importante precisar, que el mismo se encuentra, redactado según las fórmulas recomendadas para presentar proyectos de ley por lo congresistas de la República. Así:

“Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos”.

El congresista que suscribe, XXX YYY ZZZ, miembro del Grupo Parlamentario de NNN, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa previsto por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y según lo regulado por los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta a consideración del Congreso de la República el siguiente proyecto de ley: CONSIDERANDO: Que, por mandato contenido en el Artículo 1° de la Constitución Política del Perú, el fin supremo del Estado es defender la persona humana y respetar su dignidad.

CONSIDERANDO:

Por mandato contenido en el Artículo 1° de la Constitución Política del Perú, el fin supremo del Estado es defender la persona humana y respetar su dignidad.

En el Artículo 7° de la referida Carta Fundamental reconoce que la protección de la salud es un derecho de todos.

La Constitución, en el artículo 9 señala que el Estado determina la política nacional de salud y es el encargado de facilitar a todos los peruanos el acceso equitativo a los servicios de salud.

La Ley General de Salud, Ley 26842 (1997), establece los principios que deben guiar las políticas en materia de salud y regula que toda persona tiene derecho a la protección de este

derecho fundamental. De igual forma, establece la responsabilidad irrenunciable que tiene el Estado en proveer a toda la población de los servicios de salud pública adecuados, señalando, además, que debe hacerlo teniendo en cuenta el principio de equidad; en este sentido, la implementación de los cuidados paliativos debe responder a dichos principios.

La Ley 30846, “Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas” (2018), constituye la norma macro en Perú en el tema de los CP.

El Documento Técnico: “Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades Oncológicas y no Oncológicas en el Perú 2021 – 2023”, tiene como objetivo general dar una respuesta adecuada por parte del Sistema de Salud a las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, así como a los cuidadores, familiares y comunidad, mediante la atención de los cuidados paliativos (p.5).

A tenor de las disposiciones constitucionales antes referidas, es necesario precisar el marco legal para la aplicación de los CP, y también se regule el acto médico mediante el que será aplicado, con el fin de asegurar y preservar los derechos fundamentales del enfermo peruano.

Por las razones expuestas se pone a consideración del Congreso de la República el siguiente proyecto de Ley:

El Congreso de la República;

Ha dado la siguiente Ley:

“Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos”.

<https://drive.google.com/drive/u/0/my-drive>

La presente ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial.

Lima, --- de ----- de 2023

XXXXX YYYYYYYY XXXXXX

Congresista de la República

Conclusiones

El Ordenamiento Jurídico Peruano protege la vida humana desde la concepción, así se expresa en el Numeral 1 del artículo 2 de la CPP, el artículo 1 del CC y los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Perú que forman parte del derecho peruano; en consecuencia, es necesario que al final de la vida también se mantenga esta protección jurídica, de lo contrario configuraría el delito de homicidio simple. Por ende, urge la ley en cuidados paliativos con criterios bioéticos y biojurídicos, a fin de proteger jurídicamente el final de la vida.

La formación en cuidados paliativos, además de aportar conocimientos técnicos para el adecuado control de síntomas que le provocan sufrimiento a la persona, aporta habilidades en comunicación y habilidades en la toma de decisiones para estar “más cerca” del enfermo y de su familia.

Recomendaciones

El Estado siendo responsable de implementar políticas públicas, debe incorporar a nuestro Ordenamiento Jurídico Nacional, una Ley de Cuidados Paliativos, en el más breve plazo.

Desde un criterio metodológico – investigativo, se sugiere que la presente tesis sirva como una base teórica científica a fin de plantear futuros trabajos de investigación alineados a la temática estudiada.

Referencias

Apasiri, A. (2013). El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. *Cuadernos de Bioética*, 24 (81), 205-209. <https://bit.ly/3soU2gY>.

Agurto V. Ramos Y. Programa de bioética para estudiantes de quinto grado de secundaria en el área de desarrollo personal, ciudadanía y cívica [tesis en maestría en internet]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/5178>.

Bátiz Cantera, J. (2019). Cuidar a las personas en el proceso de morir. Madrid, España: Fundación San Juan de Dios.

Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B. (2008). Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Actualizaciones en Enfermería*, 11(2), 23 – 29.

Castillo, E. Vásquez, L. (2012). Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, Perú [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de Tesis USAT. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/390>.

Campos, P. (2020). La dignidad del enfermo en situación terminal. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 5-11. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 5-11. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.367>.

Cabrera, M. E., Arévalo, S., & Irigoyen, A. (2021). Cuidados Paliativos, una disciplina que humaniza la práctica médica al final de la vida: Algunos aportes desde la psicología. *Apuntes De Bioética*, 4(1), 122-143. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.608>.

Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Fundación Víctor i Grifols, 2010.

Charlesworth, M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge University Press, 1996.

García, J. (2012). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Apuntes de Bioética*, 24 (1). https://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/omexdat/articulos/bioetica_personalista_principialista_perspectivas.pdf.

Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. (2016). Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 60-79. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>.

Kubler-Ross, E. y Jáuregui, P. (2011). La muerte: un amanecer. Recuperado de <http://www.fundacionnunccoepi.mx/contenidos/pdf/La%20muerte%20un%20amanecer.pdf>.

Lopez Saca, J. M., Feng Escobar, A. T., Carrillo, F. de M., Rodríguez Paz, M. A., & Menjivar Deras, C. E. (2020). Caracterización de pacientes que reciben cuidados paliativos en una unidad privada no hospitalaria en El Salvador. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 64-71. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.371>.

Fawcett, J. y Desanto, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3ra Ed.). Davis Company: Philadelphia.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cuidados Paliativos. OMS; 2020. [citado el 22 de Setiembre del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.

Sánchez Barragán, R. D. J., Vassallo Cruz, K. L., & Gonzales Montenegro, K. J. (2021). Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú. *Apuntes De Bioética*, 4(2), 124-140. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i2.692>.

Ordóñez Vázquez, N. A., & Monroy Nasr, Z. (2021). Cuidados paliativos: un estudio sobre la experiencia de familiares de enfermos de cáncer en fase terminal. *Apuntes De Bioética*, 4(1), 66-87. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.609>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Cuidados paliativos. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.

Saunders, C. (2011). *Velad Conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos* (1.ª ed.). Edicions 62, S.A.

Sarmiento, M.I. (2011). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Salud Bosque*, 1(2), 23-37.

Sánchez, B. (2002). Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En Grupo de Cuidado, Universidad Nacional (Ed.), *El arte y la ciencia del cuidado*. (pp. 13- 30). Bogotá: Unibiblos.

Sánchez, R. D. J. (2021). Dilemas Bioéticos en el Final de la Vida Humana. Unidad didáctica N° 02: Protección biojurídica en el final de la vida [presentación de diapositivas].

Sánchez Barragán, R. D. J., Vassallo Cruz, K. L., & Gonzales Montenegro, K. J. (2021). Análisis bioético y biojurídico de la normatividad sobre cuidados paliativos en Perú. *Apuntes De Bioética*, 4(2), 124-140. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i2.692>.

Sanchez A. Revisión bibliográfica: conocimientos en cuidados paliativos en profesionales de enfermería [trabajo de investigación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/4464>.

Sánchez, R. y Helfer, O. (2016). Incorporación de criterios bioéticos y biojurídicos, ante la probable modificación de la norma sobre técnicas de reproducción artificial (Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú). Recuperada de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/938>.

Vidal, M.A. y Torres, L.M. (2006). In Memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 13(3), 143-144. doi:10.5402/2012/320145.

Snellman, I., Gustafsson, Christine. y Gustafsson, L.K. (2012). Patients' and Caregivers' Attributes in a Meaningful Care Encounter: Similarities and Notable Differences. *ISRN Nursing*. 2012, 1-9.

Kolcaba, K.Y. (1994). Una teoría de la comodidad holístico para la enfermería. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.

Kolcaba, K. (1995). Confort como proceso y producto, se fusionó en el arte integral de enfermería. *Revista de Enfermería Holística*, 13(2), 117-131.

Kolcaba, K. (2001). Evolución de la teoría de rango medio de la comodidad para la investigación de resultados. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.

Vendlinski, S. y Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271-276.

Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R. y Mitzel, A. (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(2), 91-102.

Magill, L. y Berenson, S. (2008). The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families. *Palliative and Supportive Care*, 6(03), 289-296.

Vid. Palazzani, L., *Introduzione alla biogiuridica*, Torino, G. Giappichelli, 2002

Iagulli, P., «Diritti riproduttivi» e riproduzione artificiale. Verso un nuovo diritto umano? *Profili ricostruttivi e valutazioni biogiuridiche*, op. cit.

Muñoz Q., Hugo (2000). *Manual centroamericano de técnica legislativa*. Foprel, San José, 90 p.

Benito, E (2023). El proceso de morir, escuela de vida. https://fundacionpiaaguirreche.org/formacion/proceso-morir/?fbclid=IwAR3FrbT_AT7eE0qnIAC7R3fsyPD36K4-M6_mFWAVm5hOhkyEGpyEtDSvtq4.

Anexos

“Ley de cuidados paliativos en el Perú con criterios bioéticos y biojurídicos”.

<https://drive.google.com/drive/u/0/my-drive>

Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. (24 de agosto de 2018).

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-crea-el-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-para-en-ley-n-30846-1693156-1/>

Resolución Jefatural N° 147-2019-J/INEN de fecha 22 de abril de 2019. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/RJ-147-2019.pdf>

Resolución Ministerial N° 939-2021/MINSA. (26 de julio de 2021).

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-plan-nacional-de-cuidados-pal-resolucion-ministerial-no-939-2021minsa-1977161-6/>

Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021 – 2023. (26 de julio de 2021).

https://drive.google.com/file/d/1z6JbCzeMjwi_Jmefcje_OhN3b9v2OlFP/view?fbclid=IwAR0xA-Bcg9OD2yOT6086f0bT7zG0FwxSweXmQSqhLIbvkRai1MeiOd1ujjM

Resolución número diez de fecha 23 de enero de 2023, emitida por la jueza Silvia Nuñez Riva ante el caso de la Sra. Ana Estrada (Expediente 00573-2020).

<https://laley.pe/art/14292/jueza-niega-ejecutar-sentencia-muerte-digna-decision-afecta-conciencia-ana-estrada>