

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(3): 147-156

El alivio del dolor ¿es un derecho humano?

G. Saruwatari Zavala y J. M. Siqueiros-García

Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales INMEGEN. México DF

Saruwatari Zavala G, Siqueiros-García JM. El alivio del Dolor ¿es un derecho humano? Rev Soc Esp Dolor 2012; 19(3): 147-156.

ABSTRACT

This paper analyzes the article "Pain relief a human right," written by F. Brennan and M. Cousins, in which the authors claim the formulation of a new fundamental right, and review various international human rights instruments, to support the argument that the patient should be protected from the inadequate treatment of pain.

Several authors and organizations have denounced the reasons, due to various factors, why the pain is not treated in its entirety. Regulatory factors lie in the authorization and/or prohibition of the distribution, consumption, use and marketing of drugs by government agencies.

Economic factors are related to many causes such as access to health services and medicines. It is identified as a serious public health problem, as not enough resources are allocated for the implementation of units for the treatment of chronic or temporary pain or for research on this topic. Lack of education and updating of health professionals is another major problem.

Among the social causes are the inequality in access to

health services, poverty, lack of medical coverage and discrimination against certain social groups.

The text is a brief tour of the main international human rights instruments. The instruments reviewed by Brennan and Cousins, are taken into consideration, adding up the regional documents of the American System of protection of Human Rights. For Member States of the Organization of American States (OAS), which suffer from problems typical of developing countries: large number of necessities, high population density and scarcity of resources, it becomes urgent to raise the Right to Health under new perspectives. Think solutions that not only revolve around the economic factor, but that impact on the cultural, social, legislative and public policy relating to the subject of pain.

We believe that pain relief is and has been throughout the history of medicine, one of the great human aspirations, but its formulation as a legal right could stay such as abstract and unreachable, while the right to access pain management is a more attainable right that relates to other rights to health, to integrity, to not be treated inhumanely and to enjoy an adequate level of living and quality, which have been recognized and signed by the countries in the international treaties. This means that these Human Rights have already mechanisms of protection and legal ways in which may be asserted against the State.

Key words: Pain. Health. International human rights instruments.

RESUMEN

En este trabajo se analiza el artículo titulado "El alivio del dolor como un derecho humano", escrito por F. Brennan y M. Cousins, en donde los autores proclaman la formulación de un novedoso derecho fundamental y revisan diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos, para sustentar el argumento de que el paciente debe

Financiación: Ninguna

Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 09-01-12
Aceptado: 10-03-12

ser protegido contra el insuficiente tratamiento del dolor.

Diversos autores y organizaciones han denunciado las causas, debidas a diversos factores, por las cuales el dolor no es tratado en toda su extensión. Los factores normativos estriban en la autorización y/o prohibición de la distribución, consumo, uso y comercialización de fármacos, por parte de las agencias gubernamentales.

Los factores económicos son multicausales puesto que se relacionan directamente con el acceso a servicios de salud y a medicamentos. Se identifica como un serio problema de salud pública, el que no se destinen suficientes recursos para la implementación de unidades para tratamiento del dolor crónico o temporal o para la investigación relativa al tema. La falta de educación y actualización de los profesionales de salud es otro problema importante.

Dentro de las causas sociales se encuentran entre otras, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la pobreza, la falta de cobertura médica y la discriminación hacia ciertos grupos sociales.

En el texto se hace un sucinto recorrido por los principales instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Se retoman los instrumentos examinados por Brennan y Cousins, con la aportación de agregar documentos regionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Para los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), que padecen la problemática propia de los países en vías de desarrollo: muchas necesidades, alta densidad de población y escasez de recursos, se torna urgente plantearse el Derecho a la Salud bajo nuevas perspectivas. Pensar soluciones que no solo giren en torno al factor económico, sino que impacten sobre los aspectos culturales, sociales, legislativos y de políticas públicas, relativos al tema del dolor.

Consideramos que el alivio del dolor es y, ha sido a lo largo de la historia de la Medicina, una de las grandes aspiraciones humanas, pero que su formulación como derecho podría quedarse en un grado abstracto e inalcanzable; mientras que el derecho al acceso al manejo del dolor es un derecho más asequible, que se relaciona con los derechos a la salud, a la integridad personal, a no ser tratado inhumanamente y a alcanzar un nivel de vida adecuado y con calidad, que ya han sido reconocidos y firmados por los países, mediante los tratados internacionales. Esto significa que cuentan con mecanismos de protección de Derechos Humanos y formas por las cuales pueden hacerse valer frente al Estado.

Palabras clave: Dolor. Salud. Instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

Este texto es un artículo de revisión en el que, a la luz del tema del alivio del dolor, se hace un sucinto re-

corrido por los principales instrumentos internacionales de Derechos Humanos. El objetivo es abordar la pregunta si el alivio del dolor debe o no considerarse un derecho humano. Previo a listar los instrumentos, primeramente, se revisa el artículo escrito por Frank Brennan y Michael Cousins, titulado “El alivio del dolor como un derecho humano”, publicado en el volumen 12 de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* (1), el cual es la traducción al español del artículo publicado el año anterior en inglés con el título “Pain Relief as a Human Right”, en la revista *Pain* (2).

El artículo en su momento resultó novedoso porque propuso la formulación de un nuevo Derecho Humano: “el alivio del dolor”, argumentando que la problemática del insuficiente e inadecuado tratamiento al dolor se torna, de manera cada vez más recurrente, en un problema que disminuye la calidad y la esperanza de vida del paciente, en un problema de salud pública en todo el mundo y en una práctica negligente de la medicina.

Además de varios instrumentos internacionales, Brennan y Cousins mencionan diversas referencias del sistema jurídico anglosajón de la Mancomunidad de Naciones (Commonwealth). En el presente trabajo, para hacer una aportación distinta, se hace un enfoque hacia los instrumentos regionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (OEA), ofreciendo un panorama general de reconocimiento de derechos en Latinoamérica. Se agregan además, documentos de la Asociación Médica Mundial (AMM) relativos al manejo del dolor, que fueron aprobados recientemente en Uruguay.

PANORAMA GENERAL SOBRE EL INSUFICIENTE MANEJO DEL DOLOR

El dolor como experiencia sensorial molesta o desagradable, no solo abarca el derivado de las enfermedades en estado terminal (p. ej. cáncer), sino también cualquier otro tipo de dolor leve o agudo, esporádico o crónico, sea por trauma, enfermedad, parto, cirugía, etc.

Los autores del artículo que se revisa señalan dos factores clave para la justificación del nacimiento del derecho al alivio del dolor:

1. Acumulación de evidencias sobre el insuficiente tratamiento que recibe el dolor; sea por razones de cultura o religión, de actitud, de logística, de educación, de fallos administrativos, falta de regulación o falta de voluntad política. Los autores brindan datos estadísticos sobre el tratamiento deficiente al dolor en otro artículo publicado en la revista *Pain Medicine* (3).

2. La generalización del lenguaje de “los derechos” en las sociedades liberales de Occidente, las cuales re-

conocen la titularidad de derechos a nuevos grupos como los consumidores, las minorías, poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Fishman (4) menciona que pese a los esfuerzos de difusión y capacitación que llevan a cabo ciertas agrupaciones y sociedades médicas, aun hoy en día los médicos que legalmente recetan opioides para el dolor, se sienten condenados si lo hacen pero también si no lo hacen; esto confirma lo que Brennan y Cousins mencionan como la “ética del infratratamiento” a la cual debemos derrotar. Aunque ellos no definen el término, podemos inferir que se trata de esta serie de políticas nacionales o institucionales y de prácticas clínicas que parecen aplaudir la excesiva precaución en el tratamiento del dolor y una restricción exagerada en el uso de analgésicos, con el fin de evitar cualquier tipo de problema penal o administrativo relacionado con el consumo de sustancias, cualquier conflicto judicial que pudiera surgir al acortar la vida por el uso de sedación paliativa o la pérdida de ciertas facultades por el uso de fármacos. El abuso de drogas y la acción de ciertos médicos que recetan de manera fraudulenta sustancias controladas, son acciones que los gobiernos de manera acertada penalizan, pero estas medidas han arrastrado consigo a médicos que han recetado de manera adecuada opioides o morfina y, que se ven envueltos en un proceso legal o en el despido o la expulsión de instituciones y asociaciones profesionales. Esta “ética del infratratamiento” ha generado que miles de personas con un dolor moderado a grave, sin acceso a un tratamiento adecuado, padezcan a menudo durante meses, mucho sufrimiento aunado a estrés, depresión y angustia, y muchos mueren con dolor innecesario, casi siempre evitable y tratable.

En octubre de 2011, la Asociación Médica Mundial (AMM) (5) emitió la *Resolución sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor* (6), en la que se evidencian las principales causas por las cuales el dolor no es tratado en toda su extensión:

1. Limitación al acceso de medicamentos para el dolor [1^{er} y 5^o párrafo]: este aspecto es multicausal puesto que el espectro va desde causas económicas o regulativas, como la autorización de fármacos por parte de las agencias u organismos gubernamentales de control de medicamentos (medicamentos controlados), hasta causas sociales de desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Lo que llama la atención es lo señalado por la propia Resolución de la AMM [2^o párrafo], de que el dolor se puede suprimir o aliviar con tratamientos poco costosos y relativamente sencillos. Esto significa que la implementación de este tipo de medidas no solo no implicaría una grave erogación al Estado, sino que evitarían otro tipo de intervenciones que,

a la larga, se traducen en un coste más alto para los sistemas de salud, convirtiéndose en un problema de Salud Pública.

2. Falta de unidades de tratamiento del dolor [4^o párrafo]: en diversos países del mundo se ha reportado que hay insuficiencia o ausencia de pabellones específicos para el manejo del dolor, sea sobre cuidados paliativos o cuidados prolongados para dolor crónico (7). Esto tiene que ver con la organización del Sector Salud y la asignación de recursos, y sucede tanto en países de primer mundo como en países en vías de desarrollo.

Fishman denuncia que pese a que el dolor es la causa más común por la cual los pacientes buscan atención médica, en Estados Unidos de América (EE.UU.), por ejemplo, no existe un Instituto Nacional de Salud enfocado al alivio del dolor, ni becas o financiación para la investigación sobre el cuidado del dolor. Este punto se torna especialmente inquietante si agregamos a la ecuación la variable de que la tendencia en las poblaciones del mundo es el aumento del índice de la esperanza de vida (prolongamiento de la vida), aunado a un periodo de envejecimiento más largo y a muerte por enfermedades crónico-degenerativas y diversos tipos de cáncer.

3. Falta de educación de los profesionales de salud en la evaluación y tratamiento [5^o párrafo]: el problema de una inadecuada evaluación recae en un diagnóstico inexacto y una falta de seguimiento del paciente. Los hospitales de atención primaria o las clínicas familiares no remiten a sus pacientes a instituciones especializadas que cuenten con unidades de tratamiento del dolor. Además, los especialistas en dolor siguen siendo un recurso humano escaso, por lo que se requiere formar a los estudiantes de medicina, enfermería y de otras disciplinas en el manejo del dolor.

Este punto es grave en cuanto que resalta la ausencia de esta materia en la currícula de las carreras de Medicina y enfermería; la falta de especialización por parte de los profesionales de salud y la falta de oportunidades para capacitación o educación continua dentro de las instituciones de salud (cursos, exposición de casos prácticos), que permitieran actualizar al personal médico en lo relativo a los últimos avances en fármacos y tratamientos.

4. Trivialización del impacto de los factores psicoemocionales en casos de dolor crónico [4^o párrafo]: este aspecto se relaciona con lo comentado anteriormente en cuanto a la creación de unidades de tratamiento del dolor, pero agregando el aspecto de que estas se conformen de manera interdisciplinaria. No basta con la atención a los aspectos fisiológicos y biológicos del dolor, sino debería ser un tratamiento holístico, para lo cual tendría que haber una actuación oportuna por par-

te del personal médico de la mano con los equipos de enfermería, de trabajo social, de psicología y tanatología.

5. Discriminación: diversos casos se han documentado en la literatura médica sobre discriminación de ciertas poblaciones o tipo de pacientes en el tratamiento del dolor. Green y cols. exponen diversas estadísticas, que van más allá de la problemática del acceso al sistema de salud por parte de ciertos grupos, sino que exponen las actitudes del personal médico hacia minorías étnicas, por ejemplo, se sabe que en EE.UU. los pacientes afro-americanos y latinos (“hispanic” en inglés) son más propensos a recibir menor tratamiento del dolor o un acceso más restringido a fármacos, que los pacientes caucásicos (8).

SUCINTO RECORRIDO POR LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS

No existe un instrumento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, emitido por una instancia supranacional de carácter gubernamental que específicamente aborde el tema del alivio del dolor o de los cuidados paliativos; existen derechos y prerrogativas generales en el ámbito de Naciones Unidas que, analizadas de manera integral, pueden brindar un marco normativo de referencia.

La referencia más evidente con respecto al tema del alivio del dolor, es el derecho a la salud, derivado de la condición de contar con el derecho a la vida y, vinculado por la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (9), al nivel de vida adecuado. Este derecho, proclamado por el artículo 25, debe asegurar la salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, los servicios sociales necesarios y los seguros (en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de la voluntad del individuo).

En el contexto de la protección de pacientes que requieren cuidados paliativos, Quesada (10) presenta un listado de instrumentos relacionados al derecho a no ser sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; instrumentos derivados del artículo 5 de la Declaración de 1948. No coincidimos en que el inadecuado manejo del dolor pueda ser considerado dentro de la tortura, ya que el tipo penal de tortura y de pena cruel es muy específico con respecto a los sujetos y al contexto en el que se comete: se refiere a todo acto cometido por un funcionario público o bajo su anuencia, por el cual se inflija intencionalmente a

una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona.

Aunque el artículo 5 parece enfocarse a la tortura y al maltrato que se da a detenidos o prisioneros, la segunda parte del enunciado, que se refiere a la protección del derecho a no ser sometido a tratos crueles o inhumanos, podría ser extendida a otros ámbitos de aplicación y a otros involucrados y afectados, como podrían ser los pacientes. En el contexto de la atención médica no penitenciaria, podría no ser aplicable el delito de tortura, pero sí podría configurarse la conducta de tratar cruel e inhumanamente a un paciente; esto se vincula directamente a la negligencia en el manejo del dolor o al referido *infratratamiento* del dolor.

En sustento de la propuesta anterior, el *Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, inhumanos o degradantes* y el *Relator Especial sobre el Derecho a la Salud de Naciones Unidas* (11) elaboraron unas directrices para el período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes que tuvo lugar en marzo de 2009 (12), entre las que señalan la garantía de acceso a medicamentos esenciales para el alivio del dolor. La incapacidad del Estado para garantizar el acceso a fármacos controlados para el alivio del dolor, amenaza los derechos fundamentales a la salud y a la protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes. Los Relatores no se refieren exclusivamente al contexto carcelario o penitenciario, sino a la situación de los pacientes del mundo, por lo que es posible interpretar que el trato cruel, inhumano o degradante puede presentarse en el ámbito público o privado de la atención a la salud. En el *Informe Técnico sobre Alivio del Dolor en Cáncer y Cuidados Paliativos* (13), la Organización Mundial de la Salud (OMS) trata el tema de la disponibilidad de opioides; en relación a lo que señalan los Relatores, la OMS no hace un llamamiento a los particulares, sino que precisamente insta a los Estados a facilitar la disponibilidad de estos fármacos. Esto quiere decir que el Estado es interpelado a cumplir con su obligación de proveer los medios para el cuidado de la salud.

Pero con la argumentación de los Relatores Especiales se corre el grave riesgo de que el inadecuado manejo del dolor sea encausado hacia la tortura, y que en el momento de que se requiera la interpretación judicial dentro del marco de las legislaciones locales, esta falta deontológica, negligencia médica y administrativa no se atienda, puesto que no se encuadra en los supuestos del Derecho Penal. Por esta razón, es que hacemos especial hincapié en que el adecuado manejo del dolor se

ligue al derecho a la salud, aunado a los conceptos de integridad, de calidad de vida (física, psicológica y social), propios de los Derechos de Económicos, Sociales y Culturales, también llamados prestacionales o de Segunda Generación de Derechos Humanos.

A continuación se enumeran diversos instrumentos, dispuestos bajo la perspectiva de estos derechos mencionados: 1) la salud vinculada al nivel de vida y calidad, 2) respeto a la integridad personal en sus diversas dimensiones; 3) la protección contra los tratos crueles o inhumanos (bajo la observación de no equiparar con la tortura).

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (14)

Este instrumento surge de manera casi simultánea a la Declaración Universal de 1948, pero dentro del contexto del mecanismo regional de protección de Derechos Humanos conformado por la Organización de Estados Americanos (OEA), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En este instrumento el derecho a la salud parece acotado por razones más realistas, ya que señala que las medidas sanitarias y sociales, necesarias para la preservación de la salud, serán provistas de acuerdo al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad [artículo XI].

Otro derecho importante, aunado al derecho a la salud, es el de la seguridad social [artículo XVI], que protege al ciudadano contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, lo imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia. Es evidente que una vida con dolor es incapacitante, por lo que además de tratarse de un tema vinculado al derecho a la salud, impacta también al ámbito de la Higiene en el ámbito laboral, la cual tiene un peso específico dentro del derecho fundamental al Trabajo (15).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (16)

El artículo 12 también reconoce el derecho al nivel de vida, pero cabe subrayar que este instrumento posterior y más específico que la Declaración de 1948, ya no se conforma con lo “adecuado”, sino que se refiere al “más alto nivel posible”, haciendo un especial énfasis en dos tipos de salud, la física y la mental. Además señala una serie de medidas que los Estados Parte de-

ben adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho; entre ellas, los incisos c) y d) pueden relacionarse con el manejo del dolor: la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (17)

El artículo 7 retoma la condena hacia la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes. Cabe destacar que la segunda parte del artículo hace una mención específica al consentimiento: “En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.” Esta disposición, junto con documentos como la Declaración de Helsinki (AMM), dio la pauta para proteger el ejercicio de la autonomía como un derecho, y fue la piedra angular para instaurar el procedimiento y documento de Consentimiento Informado, tanto en el ámbito de la investigación, como en el clínico. En cuanto al manejo del dolor y sobre todo en el campo de los cuidados paliativos, los documentos deontológicos hacen un énfasis especial en informar al paciente y en respetar su consentimiento o rechazo al tratamiento.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como “Pacto de San José” (18)

El numeral 2 retoma la prohibición de infligir tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; en este sentido, a continuación se citan otros instrumentos internacionales, específicos del tema: 1) Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (ONU-1987); 2) Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (OEA-1985); 3) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención De Belem Do Para” (OEA-1994).

El artículo 5 del Pacto desglosa el Derecho a la Integridad Personal, el numeral 1 ya no solo establece el derecho a la integridad física y psíquica (mental), que otros instrumentos mencionan, sino que también extiende la protección al ámbito de la integridad “moral”. El concepto de integridad moral es polivalente ya que se refiere a diversos bienes jurídicamente tutelados: España brinda ejemplos de esta afirmación. La Constitución Española (artículos 15 y 18) reconoce dentro

del bloque de los derechos de la personalidad, a la integridad moral, definida como respeto y consideración por parte de los demás, comprendiendo bienes como la autoestima y honor, intimidad personal, individualidad, propia imagen. Mientras que el Tribunal Superior Español (19^a) la define como un atributo de la persona, que tiene la capacidad para decidir responsablemente sobre el propio comportamiento (Sentencia 1725/2001). Esta definición hace referencia al bien jurídico de la autonomía, al derecho que cada ser humano tiene para desarrollar su vida de acuerdo a sus convicciones y, a la prohibición correlativa de ejercer coacción que quebrante la voluntad de la persona o que la obligue a actuar en contra de sus valores. Por otro lado, la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos no define a la “integridad moral”, pero apunta hacia la vinculación existente entre el derecho a la integridad personal (en sus dimensiones física, psíquica y moral) con el derecho a no ser sometido a penas o tratos crueles y degradantes y con el derecho a la libertad personal. Vemos, por ejemplo, que en la Sentencia Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia (19b), la violación a la integridad moral por parte del Estado está relacionada a la afectación psíquica, al dolor, sufrimiento, temores o angustia de los familiares que promovieron el caso (Puntos 69, 112 y 119), o a la protección de la honra y buen nombre del afectado (Punto 194). Así que en lo que respecta al paciente, podemos afirmar que el concepto de integridad moral en el ámbito del manejo del dolor, puede apegarse a su condición de vulnerabilidad, al respeto a su propia imagen, a no aumentar su angustia, a ser involucrado en su propio tratamiento y toma de decisiones.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como "Protocolo de San Salvador" (20)

El derecho a la salud, entendido como disfrute del más alto nivel de bienestar, se extiende de lo físico y mental, hacia lo social. Así que combinando el artículo 10 de este Protocolo con el derecho a la integridad consagrado en el Pacto de San José, podríamos abarcar cuatro dimensiones del bienestar: físico, psíquico (mental), moral y social. Esto va de la mano de las dimensiones bio-psico-emocional-socio-cultural de la persona.

Algo que también resulta novedoso, es que en el numeral 2, los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente adoptar las siguientes medidas: “[...] b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los indivi-

duos sujetos a la jurisdicción del Estado; [...] d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; [...] f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (21)

El artículo 14 abarca el tema de la Responsabilidad Social y salud; al enunciado *goce del grado máximo de salud que se pueda lograr*, se le agrega una frase referente al acceso igualitario, que es el “garantizar este goce sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

La Declaración enumera una serie de acciones con respecto a los progresos de la ciencia y la tecnología, que se encomiendan a los Estados; a continuación solo se enumeran las que podrían relacionarse con el tratamiento del dolor: “a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano; [...] c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; [...] d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.” Como ya se mencionó, el acceso a medicamentos y revisión de normas y políticas nacionales sobre control de fármacos, están íntimamente relacionadas al tema del alivio del dolor.

Convención única sobre Sustancias Controladas (22)

Su objetivo principal es el de regular la posesión, uso, tráfico, distribución, producción, importación y exportación de narcóticos, para limitar estas actividades exclusivamente para fines médicos y científicos. En el Preámbulo señala que las drogas narcóticas son indispensables para el alivio del dolor y el sufrimiento, por lo que deben emitirse, en las legislaciones nacionales, normas adecuadas que aseguren la disponibilidad de estos fármacos para uso médico.

INSTRUMENTOS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Aunque los documentos de la AMM no son de carácter vinculante porque no existe coacción jurídica

para cumplirlos, tienen un carácter deontológico, puesto que establecen los principales deberes de los médicos en el ejercicio de su profesión y son directrices que han ido penetrando, tanto en legislaciones nacionales como en políticas institucionales.

Declaración de Lisboa sobre Derechos del Paciente (23)

Como la versión original de 1981 proclamó el “derecho a morir con dignidad” [inciso e)], fue leída por varios grupos como un documento provocador: parecía tácitamente estar abriendo una puerta para la eutanasia, sobre todo porque en el Preámbulo se invitaba a los médicos a buscar los medios apropiados para asegurar o restablecer los derechos que el “gobierno niega” al paciente. La intención de la AMM no era proclamar a la eutanasia como la atención al paciente con enfermedad en estado terminal, por eso, la versión revisada en 1995 y 2005 matiza este derecho, incluyéndolo dentro del “derecho a la dignidad”, lo que se traduce en el derecho a recibir toda la ayuda disponible para que el paciente muera lo más digna y aliviadamente posible.

Este “derecho a la dignidad” debe interpretarse como “derecho al respeto de su dignidad”, puesto que la dignidad más que un derecho, es un bien intrínseco de la persona y la condición *sine qua non* para que se reconozcan derechos y para que jurídicamente se tutele dicho bien. El numeral 10 señala, como parte de este respeto a la dignidad, el hecho de que su vida privada, cultura y valores sean respetados durante la atención médica y la enseñanza de la medicina; que su sufrimiento sea aliviado mediante los conocimientos actuales y que reciba una atención terminal humana.

Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida (24)

En cuanto al alivio del dolor, la AMM recomienda el uso adecuado de morfina y nuevos analgésicos, ajustados al plan de atención específico del paciente. Para tal acción, los grupos de médicos deben elaborar directrices sobre su uso, dosis y efectos secundarios no deseados. Cuando se presentan síntomas refractarios, se plantea la sedación paliativa hasta pérdida de la conciencia, como una medida extraordinaria cuando la esperanza de vida es de solo algunos días. Este tipo de sedación paliativa nunca puede usarse para causar intencionalmente la muerte.

Las otras recomendaciones de este instrumento están encaminadas hacia: la comunicación entre paciente, familia y miembros del equipo terapéutico; la autonomía del paciente, la toma de decisiones compartida y consentimiento informado; el respetar las preferencias del paciente sobre la atención; el reflejar cuidadosamente el tratamiento mediante un historia clínica apropiada para la calidad en la atención y decisiones médico-legales; el proporcionar apoyo en el duelo; el conformar equipos multiprofesionales e interdisciplinarios; el fomentar investigación para mejorar la medicina paliativa.

RIESGOS DE PROMOVER EL ALIVIO DEL DOLOR COMO UN DERECHO HUMANO

Para que la formulación de una pretensión no quede en mera retórica, si se habla de un “derecho”, necesariamente debe pensarse en una atribución o potestad que ligue a un sujeto activo con uno pasivo. Resultaría estéril proclamar derechos sin una dinámica correlativa, es decir, concebir facultades sin deberes recíprocos. Esto nos lleva a esperar que al hablar de derecho al alivio del dolor se identifique a un titular de una facultad y a un obligado frente a ella (25). Aplicando este concepto de la Teoría Jurídica de las Obligaciones al ámbito de los Derechos Humanos, entendidos como prerrogativas, podemos aseverar que los dos sujetos de la relación jurídica son tanto el gobernado, como aquel facultado para exigir, como el Estado, quien al reconocer la prerrogativa se encuentra obligado a respetarla, garantizarla o promoverla (26).

Si nos remitimos específicamente a la categoría de los Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales o de Segunda Generación, el Estado transita de una situación inerte de simple respeto a la prerrogativa del gobernado, hacia una acción positiva, tiene que implementar acciones, programas y estrategias, a fin de lograr que las personas gocen de sus facultades y libertades de manera efectiva. Según la Teoría del Acto Jurídico, el Objeto Indirecto de un acto es su materia, que consiste en un Dar, Hacer o No Hacer por parte del sujeto pasivo. El Objeto Indirecto de los Derechos de Segunda Generación, implicaría un Hacer y un Dar por parte del Estado, que genere bienestar y desarrollo, no solo material y económico, sino también social, cultural, político, etc. Habría que preguntarse en cuanto al Objeto Material, que precisamente es la cosa o el hecho que se hace o se da, en el caso específico del derecho al alivio al dolor, ¿es el alivio una cosa o un hecho que el Estado puede Hacer o Dar?

Cabe hacer la analogía del “alivio” con el “derecho a la salud”. La OMS definió la salud no solo como la

ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como “un estado completo de bienestar físico, mental y social” (27); así entendida, sería imposible que el Estado pueda para los gobernados Darla o Hacerla (en sentido de Objeto Material), por más políticas de bienestar y planes de desarrollo que implemente. Así que puntualmente, la salud es un bien que el Estado jurídicamente puede comprometerse a tutelar y los gobernados contamos con el Derecho a la Protección de la Salud, ya que el Estado puede establecer las instituciones y mecanismos de protección a la salud.

Una vez planteada la naturaleza de los Derechos, es posible tener una mejor comprensión de los argumentos expuestos por Brennan y Cousins en referencia a los riesgos de proclamar el alivio del dolor como un Derecho Humano:

1. Que el lenguaje utilizado en estatutos de organizaciones profesionales sea erróneamente interpretado por pacientes y por los profesionales, dando un mensaje implícito de que todos los dolores pueden ser tratados satisfactoriamente.

2. Que se entienda que existe un “derecho a una vida sin dolor”, porque se esté dando la idea de una analgesia total como una garantía de perfección en los servicios de salud.

Estos riesgos se traducen en una amenaza para el sistema de salud, porque el Estado, como garante de los Derechos Humanos, estaría comprometido a brindar el alivio del dolor, sin matizar qué comprende la atención al dolor. La AMM reconoce que a muchos países les faltan los recursos económicos, humanos o logísticos necesarios para proporcionar un tratamiento del dolor óptimo para sus poblaciones. Por lo tanto, las razones para no proporcionar un alivio adecuado de dolor deberían ser aclaradas totalmente y difundidas al público antes de que los gobernados empiecen a presentar denuncias de violación del derecho a la salud (6).

Este riesgo se concatena con una posible crisis que se presentaría en el sistema legal:

1. Que se exija el “alivio del dolor”, no solo frente al Estado o las instituciones, sino como un derecho legal a exigir tratamiento analgésico al personal médico. Esto amenaza la autonomía y juicio de los médicos; ya no habrá lugar a que el equipo médico recomiende un plan de acción contra el dolor, sino que el paciente exigirá lo que él estime conveniente.

2. Las demandas por la atención, contra la institución o el médico, como individuo, se multiplicarían. Esto puede generar –como ya ha sucedido en países anglosajones– mediante las demandas millonarias por negligencia o mal practice, una medicina defensiva. La actitud médica frente a la analgesia se tornará más rígida.

3. También atenta contra la autonomía y autodeterminación del paciente. El paciente que elija no recibir tratamiento para el dolor, sea por motivos culturales, religiosos, o por el hecho de que no desee disminuir su conciencia o ciertas facultades, recibiría obligatoriamente el tratamiento al dolor.

Brennan, Cousins y Carr, dos años después del artículo en comentario (2007), proclaman como derecho fundamental el “manejo” del dolor (*Pain Management*) (3). En esta tesitura, tanto la *Declaración de Montreal* de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (28), como la *Declaración (29) de los Derechos de los Pacientes al Manejo del Dolor* (30) del Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA) (31), proclaman como un Derecho Fundamental, el acceso al Manejo del dolor, mientras que la *Resolución de la AMM sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor* proclama el derecho al acceso del Tratamiento del dolor.

Se trate de “manejo” o “tratamiento” del dolor, este derecho inalienable (32) de la persona es más acotado que el “derecho al alivio”, ya que no se traduce como una vida sin dolor o un bienestar total de la persona, sino que implicaría un deber por parte del Estado, de prestar a través del Sistema Sanitario en su conjunto y del personal de salud, atención a los siguientes puntos (33,34):

- No discriminación en el acceso.
- Correcta evaluación y tratamiento adecuado del dolor.
- Registro periódico de los resultados de la evaluación del dolor.
- Protección de los intereses del paciente.
- Formación especializada de los profesionales sanitarios en el manejo de dolor.
- Estrategias adecuadas y eficaces para el control del dolor.
- Respeto hacia la autonomía del paciente.
- Derecho del paciente a ser creído en su dolor.
- Atención a necesidades físicas, emocionales, psicológicas, espirituales del paciente y su familia.
- Prescripción de medicamentos (incluidos opioides, morfina).
- Educación para el paciente sobre las alternativas existentes para un tratamiento eficaz del dolor en cada caso particular.
- Planificación adecuada del manejo, después de recibir el alta de los cuidados inmediatos.
- Derecho del paciente a redactar una voluntad anticipada.
- Reconocimiento del infratratamiento de dolor como una conducta de negligencia médica.
- No empleo de medios fútiles, ni conductas de obstinación o encarnizamiento terapéutico.

–Reconocimiento de parte de los organismos gubernamentales de control de medicamentos que el dolor fuerte o crónico es un problema de salud grave.

–Acciones y directrices para evitar el mal uso de las sustancias controladas.

CONCLUSIÓN

Mientras que el inadecuado manejo del dolor es una falta grave que puede ser cometida por los integrantes del equipo médico, tanto del sector público como privado de salud, y constituye una negligencia médica; el insuficiente acceso al tratamiento del dolor debería considerarse una violación a los Derechos Humanos del paciente por parte del Estado y sus instituciones. Respecto a esta violación, no se habla sobre el “alivio” que no puede proveerse de manera absoluta, sino de que el Estado, pudiendo establecer medidas, no establezca las condiciones necesarias para el acceso del gobernado a la atención y al manejo del dolor.

Podemos afirmar que el derecho al manejo del dolor es un “imperativo moral” (Fishmann, p. 8), que requiere una “política del dolor” (JM. Cano, p. 429). Esto quiere decir que el personal médico no solo tenga un conocimiento preciso y técnicamente correcto sobre el manejo del dolor, sino una clara conciencia sobre el tratamiento adecuado y humano que debe brindar al paciente para aliviar, en la medida de lo posible, su dolor. Pero este conocimiento y conciencia del personal médico deberían estar respaldados por el sistema de salud, que permita un acceso equitativo a la atención médica y a los fármacos idóneos.

Dentro del contexto de protección de Derechos Humanos sería importante que el tema del dolor no solo fuera entendido dentro de la tortura o los tratos degradantes, sino dentro de la definición del nivel más alto de salud y de la calidad de vida. Esto requeriría elaborar el concepto de dolor en función de los conceptos de salud ya existentes. Habría que contemplar la Constelación de Derechos Humanos involucrados dentro del tema del dolor, basada en los siguientes bienes o valores: 1) Protección a la Salud; 2) Integridad Personal; 3) No-Discriminación; 4) Igualdad en el acceso a los servicios de salud; 5) Respeto a la Autonomía; 6) Recibir información adecuada, oportuna y veraz; 7) Respeto a la Privacidad mediante el Deber de Confidencialidad y 8) Vida y Muerte Digna.

Los instrumentos de Derechos Humanos tienen la función de conmovir para lograr cambios, promover prácticas de respeto a la dignidad y de implementar las reformas jurídicas y sociales. Es deseable que las Declaraciones de carácter deontológico de las sociedades

médicas nacionales o internacionales, también logren cambios sociales, para mejorar las condiciones de los pacientes que sufren dolor.

CORRESPONDENCIA:

Garbiñe Saruwatari Zavala
 Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN)
 Periférico Sur No. 4809, Col. Arenal Tepepan, Delegación
 Tlalpan,
 14610, México, Distrito Federal
 e-mail: gsaruwatari@inmegen.gob.mx

BIBLIOGRAFÍA

1. Brennan F, Cousins M. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 17-23. Originalmente publicado como: Brennan F, Cousins M. Pain relief as a human right. *Pain* 2004; XII(5):1-4.
2. Portal de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP): <http://www.iasp-pain.org>; sitio consultado en enero de 2012.
3. Brennan F, Carr DB, Cousins MJ. Pain management: A fundamental human right. *Anesth Analg* 2007;105(1):205-21.
4. Fishman SM. Recognizing pain management as a human right: A first step. *Anesth Analg* 2007;105(1):8-9.
5. Portal de la Asociación Médica Mundial (AMM): <http://www.wma.net>; sitio consultado en enero de 2012.
6. Asamblea General de la AMM. Resolución sobre el acceso a un tratamiento adecuado del dolor. Montevideo; 62ª Asamblea, octubre de 2011.
7. Cano F, Serna I, Saruwatari G. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO; 2008. p. 85-87 (Cuidados prolongados) y p. 88-91 (Principios éticos en cuidados paliativos).
8. Green CR, Anderson KO, Baker TA, et al. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003;4(3):277-94.
9. Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de Derechos Humanos. París; Resolución 217A(III) del 10 de diciembre de 1948.
10. Quesada L. Derechos Humanos y cuidados paliativos. *Rev Med Hondur* 2008;76:39-43.
11. Relator especial sobre el derecho a la salud y Relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Mandate of the United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health and United Nations Special Rapporteur on the prevention of torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Informe emitido el 10 de diciembre de 2008.

12. Portal del Control de Drogas ONU. Sección Noticias: <http://undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2217-relatores-especiales-de-la-onu-escriben-a-la-cnd>; sitio consultado en enero de 2012.
13. Organización Mundial de la Salud (WHO). Technical Report: Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO Series 804; 1990.
14. Organización de Estados Americanos (OEA). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá; 2 de mayo de 1948.
15. Cano F, Saruwatari G. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO; 2008. p. 467-70 (Trabajo y medio ambiente).
16. Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York; Resolución 2200A(XXI) del 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor el 3 de enero de 1976.
17. Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York; Resolución 2200A(XXI) del 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor el 23 de marzo de 1976.
18. OEA. Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José de Costa Rica; Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos del 7 al 22 de noviembre de 1969.
- 19a Tribunal Supremo de España, Sala de lo Penal. Sentencia 1725/2001, dictada el 3 de octubre de 2001, derivada del Recurso de Casación 4324/1999. Portal del Tribunal Supremo de España (buscador de Jurisprudencia): <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>; sitio consultado en enero de 2012.
- 19b Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del Caso "Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia", dictada el 27 de noviembre de 2008. Portal de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_192_esp.pdf; sitio consultado en enero de 2012.
20. OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador; 17 de noviembre de 1988.
21. Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París; 33ª Reunión, 19 de octubre de 2005.
22. ONU. Convención Única sobre Estupefacientes (Sustancias Controladas). Nueva York; 30 de marzo de 1961, modificada por el Protocolo de Enmienda de 1972.
23. Asamblea General de la AMM. Declaración de Lisboa sobre Derechos de los Pacientes. Lisboa; 34ª Asamblea, septiembre-octubre de 1981, revisada en octubre de 2005.
24. Fueron emitidos dos textos por la 62ª Asamblea de la AMM en octubre de 2011; uno es una Declaración y el otro una Resolución. Aunque la Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida surgió de la Asamblea llevada a cabo en Montevideo, Uruguay, no se le conoce por el nombre de la ciudad en la que se adoptó, como las demás declaraciones de la AMM, ya que la "Declaración de Montevideo" se refiere a la preparación y respuesta médica a catástrofes.
25. Fix-Zamudio H, Valencia S. Derecho Constitucional mexicano y comparado. México: Porrúa; 2001. p. 415.
26. Bidart-Campos G. Teoría general de los derechos humanos. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1993. p. 189-90.
27. Conferencia Sanitaria Internacional de WHO / OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York; 22 de julio de 1946. En algunos textos se señala que la OMS acuñó la definición de "salud" en 1948; esto se debe a que su Constitución entró en vigor hasta el 7 de abril de 1948.
28. International Association for the Study of Pain (IASP). Declaración de Montreal. Montreal; Primera Cumbre Internacional sobre Dolor, 3 de septiembre de 2010.
29. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). Statement on Patients' Rights to Pain Management and Associated Responsibilities (Declaración de los Derechos de los Pacientes). Melbourne; 2001, revisada en 2008.
30. La traducción al español de la Declaración de ANZCA en Torres LM. El tratamiento del dolor como un derecho de todos. Rev Soc Esp Dolor 2005;12(7):399-400.
31. Portal de ANZCA: <http://www.anzca.edu.au>; sitio consultado en enero de 2012.
32. Cano JM, De Juan S. Valoración del dolor: Quinta constante vital. Rev Soc Esp Dolor 2006;6:428-30.
33. En el listado se resumen los deberes y derechos proclamados en los documentos de la IASP, de ANZCA y también de la Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal.
34. Asamblea General de la AMM. Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal. Venecia; 35ª Asamblea, octubre de 1983, revisada en octubre 2006.