



INCAN

Medicina Paliativa  
Control de Síntomas  
Terapia de Soporte

HUMAN  
RIGHTS  
WATCH

## “Castigar al paciente”

Garantizar el acceso al tratamiento del dolor en Guatemala



## **“Castigar al paciente”**

Garantizar el acceso al tratamiento del dolor en Guatemala

Copyright © 2017 Human Rights Watch  
Todos los derechos reservados.  
Impreso en Estados Unidos de América  
ISBN: 978-1-6231-34730  
Diseño de tapa: Rafael Jiménez

Human Rights Watch defiende los derechos de personas en todo el mundo. Investigamos exhaustivamente casos de abuso, exponemos ampliamente los hechos y exigimos a quienes están en el poder que respeten los derechos y garanticen medidas de justicia. Human Rights Watch es una organización internacional independiente cuya labor se inscribe en un movimiento dinámico por la dignidad humana y la defensa de los derechos humanos para todos.

Human Rights Watch es una organización internacional con representantes en más de 40 países, y oficinas en Ámsterdam, Beirut, Berlín, Bruselas, Chicago, Ginebra, Goma, Johannesburgo, Londres, Los Ángeles, Moscú, Nairobi, Nueva York, París, San Francisco, Sídney, Tokio, Toronto, Túnez, Washington, DC y Zúrich.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web: <http://www.hrw.org/es>

## “Castigar al paciente”

### Garantizar el acceso al tratamiento del dolor en Guatemala

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen .....</b>   | <b>1</b>  |
| Reglamentaciones restrictivas .....  | 3         |
| Obstáculos .....   | 4         |
| Ausencia de reformas .....   | 5         |
| <b>Recomendaciones clave .....</b>   | <b>8</b>  |
| Al gobierno de Guatemala: .....  | 8         |
| <b>Metodología.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>Antecedentes .....</b>  | <b>11</b> |
| Importancia de los cuidados paliativos y el alivio del dolor .....                           | 11        |
| <b>I. Experiencia de personas que necesitan tratamiento del dolor .....</b>                  | <b>17</b> |
| Sufrimiento debido a que no se trata el dolor.....   | 18        |
| Demora en el acceso a los cuidados paliativos .....  | 20        |
| Largas distancias hasta los proveedores de cuidados paliativos .....                         | 21        |
| Efecto positivo de los cuidados paliativos en la vida de los pacientes .....                 | 25        |
| <b>II. Explorar los obstáculos al acceso a cuidados paliativos en Guatemala.....</b>         | <b>27</b> |
| Obstáculos para acceder a analgésicos opioides .....   | 27        |
| Obstáculos al desarrollo de cuidados paliativos .....  | 48        |
| <b>III. La obligación de Guatemala de mejorar el tratamiento del dolor .....</b>             | <b>55</b> |
| Derecho nacional .....   | 55        |
| El derecho a la salud .....  | 56        |
| Los cuidados paliativos y el derecho a la salud .....  | 58        |
| Medicamentos para el tratamiento del dolor y derecho a la salud.....                         | 60        |
| El tratamiento del dolor y el derecho a no sufrir un trato cruel, inhumano o degradante..... | 61        |
| <b>IV. Recomendaciones completas .....</b>   | <b>63</b> |
| Disponibilidad de analgésicos opioides.....  | 63        |
| Integrar los cuidados paliativos en el sistema de atención de la salud .....                 | 66        |
| Integrar los cuidados paliativos en el financiamiento de la atención de la salud.....        | 67        |

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Educación .....              | 67        |
| <b>Agradecimientos .....</b> | <b>68</b> |

# Resumen

Creí que moriría, no por el cáncer, sino por el dolor.

— Marianna Hernández, una mujer de 58 años con cáncer de hígado y abdominal, Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014

Están castigando al paciente... La vida es difícil. Y tener cáncer es aun mucho más. ¿Por qué tenemos que hacer las cosas más difíciles?

—Dra. Eva Duarte, médica de cuidados paliativos, Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014

Se estima que, cada año, cerca de 28.500 guatemaltecos sufren enfermedades avanzadas y crónicas como cáncer, enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, y VIH/SIDA. Varios miles de estas personas padecerán dolor severo a causa de su enfermedad.

En general, este dolor puede ser tratado con medicamentos poco costosos y mitigado con cuidados paliativos, es decir, un servicio de salud que incluya tratamiento del dolor pero se enfoque en mejorar la calidad general de la vida de las personas con enfermedades que limitan sus condiciones de vida.

Sin embargo, un análisis de Human Rights Watch ha comprobado que la falta de medidas en Guatemala para garantizar el acceso a cuidados paliativos, los obstáculos regulatorios y las reglamentaciones innecesariamente restrictivas y complejas sobre sustancias controladas condenan a numerosos pacientes a un sufrimiento que podría ser evitado, y esto tiene consecuencias devastadoras para ellos y sus familias.

Las 79 personas entrevistadas, incluidas 37 con cáncer o sus familiares y 38 trabajadores de la salud, describieron un dolor extremo y otros síntomas; dificultades para lidiar con un diagnóstico adverso; visitas a múltiples médicos que no conseguían tratar adecuadamente el dolor; y a menudo largos viajes en autobuses atestados para trasladarse hasta hospitales que ofrecen tratamiento del dolor.

Por ejemplo, Gabriel Morales, un paciente con cáncer abdominal, soportó un viaje de más

de siete horas en autobuses públicos cada 10 o 15 días para trasladarse a la Ciudad de Guatemala con el fin de obtener medicamentos para el dolor. Dijo sobre esto:

Me levantaba a la 1 a.m., caminaba medio kilómetro y tomaba el autobús de las 2:30 a.m. Llegaba al perímetro de la Ciudad de Guatemala cerca de las 8:00 a.m., y allí tomaba otro autobús hasta el centro de la ciudad.

Los analgésicos opioides, como la morfina, son indispensables para tratar el dolor moderado a severo causado por el cáncer y otras enfermedades. Sin embargo, dado que son derivados de la planta de adormidera —de donde se obtiene el opio—, se los considera sustancias controladas. El derecho nacional e internacional exige que los países encuentren un equilibrio entre la obligación de garantizar que las personas con necesidades médicas legítimas tengan acceso a opioides y la prevención de su uso indebido.

Sin embargo, nuestro análisis del sistema de control de drogas de Guatemala y las entrevistas mantenidas con trabajadores de la salud revelaron que el sistema está obstinado en controlar estos medicamentos, sin prácticamente tomar en cuenta a los pacientes. Estas son algunas de nuestras conclusiones:

- Solamente cuatro hospitales públicos o que reciben fondos gubernamentales ofrecen cuidados paliativos: todos ellos están en la Ciudad de Guatemala, pese a que casi el 80% de la población vive fuera de la capital;
- Solamente entre 50 y 60 de los cerca de 14.000 médicos que hay en Guatemala cuentan con los talonarios de recetas necesarios para recetar morfina, y todos trabajan en la Ciudad de Guatemala;
- Solamente tres farmacias en todo el país, todas ellas en la Ciudad de Guatemala, tienen siempre en su inventario analgésicos opioides.

Los pacientes que finalmente consiguen encontrar un médico para tratar el dolor son unos pocos afortunados, pues muchos más mueren en circunstancias de profundo padecimiento, sin acceso a ese tratamiento. Efectivamente, al menos 5.500 guatemaltecos con cáncer y VIH/SIDA sufren cada año debido a los obstáculos que se interponen al acceso a medicamentos opioides de bajo costo. En un contexto en el que se prevé un aumento de la esperanza de vida y del porcentaje de la población que tiene más de 65 años, es probable que también se incremente la carga que suponen las enfermedades



crónicas. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en 2015 las enfermedades no transmisibles representaron la causa del 57% de todas las muertes en Guatemala.

“Me acongoja pensar en todos aquellos pacientes a quienes no puedo ver”, dijo una médica que brinda cuidados paliativos. “Hay tantas personas que no tienen acceso a un médico que pueda recetarles opioides o al menos derivarlos a un médico que esté en condiciones de hacerlo”<sup>1</sup>.

## Reglamentaciones restrictivas

La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el tratado internacional que sienta las bases para la respuesta global en materia de drogas, establece que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor” y que “deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin”.

La OMS incluye a la morfina y varios otros analgésicos opioides en su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, que enumera los medicamentos esenciales mínimos que deben estar disponibles para todas las personas que los necesiten.

Como se señaló, los países tienen la obligación de regular el uso de estos medicamentos. La Convención Única de 1961 establece cuatro requisitos básicos que deben cumplir los sistemas regulatorios nacionales:

- Solamente las personas específicamente habilitadas podrán manipular y suministrar estos medicamentos;
- Los medicamentos únicamente podrán ser transferidos entre instituciones o personas autorizadas;
- El suministro solamente podrá efectuarse sobre la base de una receta médica;
- Se deberán conservar registros relevantes durante al menos dos años.

La convención permite que los países apliquen requisitos adicionales, si consideran que son necesarios. No obstante, como lo establece la OMS, los países deben tomar la

---

<sup>1</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Eva Duarte, Ciudad de Guatemala, 14 de diciembre de 2014.

precaución de que todos los requisitos adicionales no obstaculicen innecesariamente el acceso médico.

Las regulaciones guatemaltecas en materia de drogas son innecesariamente restrictivas, incompatibles con las recomendaciones de la OMS y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), y no son acordes con las reglamentaciones vigentes en otros países de la región.

Un médico de medicina interna señaló: “Me enojo con el sistema. Yo sé exactamente qué hacer y cómo hacerlo, pero [por las reglamentaciones] tengo las manos atadas...”. Algunos proveedores de atención de la salud nos dijeron que incumplían deliberadamente las reglamentaciones para ayudar a pacientes, y se exponían así a sanciones disciplinarias e incluso penales. Por ejemplo, un médico dijo: “Para nosotros, no hay otra alternativa [más que eludir las reglamentaciones]. Tratamos en forma directa con los pacientes. ¿Qué otra cosa podemos hacer que no sea ayudarlos?”.

Varios hospitales han tomado medidas inusuales para brindar medicamentos de sus farmacias internas a pacientes ambulatorios, sabiendo que de lo contrario no tendrán acceso a ellos.

## Obstáculos

El sistema también genera múltiples obstáculos, a menudo insuperables, para médicos, farmacéuticos y pacientes, incluido el requisito de que:

- Los médicos usen un talonario especial de recetas cuya obtención es innecesariamente difícil;
- Los médicos completen un segundo formulario de recetas para muchos pacientes;
- Los pacientes obtengan un sello para validar la receta antes de que una farmacia pueda suministrar los medicamentos.

“Ninguno de los médicos fuera de la Ciudad de Guatemala cuenta con recetarios especiales”, explicó una médica dedicada a cuidados paliativos en esa ciudad.

“Conseguirlos es muy engorroso. Tendrían que venir hasta la Ciudad de Guatemala y perderían un día entero de trabajo”. Con respecto a la exigencia de validar las recetas, un

farmacéutico dijo sobre esto: “Los pacientes están muriendo y padecen un profundo dolor, literalmente. No puedo enviarlos a [la oficina de validación] en autobús. Me siento responsable de continuar [suministrándoles los medicamentos]”.

Debido a estos obstáculos regulatorios, el uso de analgésicos opioides en Guatemala es muy bajo: la cantidad de morfina usada por año alcanzaría para tratar a cerca de 3.000 pacientes (el 35%) con cáncer o SIDA terminal por año, si se usara exclusivamente para darles tratamiento. En la práctica, la morfina también se usa para el dolor agudo en casos de trauma, posquirúrgicos y otras situaciones.

## Ausencia de reformas

Los médicos especializados en cuidados paliativos han planteado estos obstáculos al gobierno guatemalteco en sucesivas oportunidades. La OMS, la JIFE y otros órganos de Naciones Unidas también han instado reiteradamente a los países a que eliminen los obstáculos regulatorios al uso de analgésicos opioides. Más recientemente, en abril de 2016, el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la ONU sobre el problema mundial de las drogas instó a los países a que reconsideren las reglamentaciones y los obstáculos “excesivamente restrictivos” y a “garantizar el acceso para fines médicos y científicos a sustancias sometidas a fiscalización...garantizar el acceso a las sustancias controladas para fines médicos y científicos, incluido el alivio del dolor y el sufrimiento...”.

La OMS ha instado a los países a garantizar que los cuidados paliativos estén integrados en todos los niveles de atención de la salud; implementar políticas de salud y de financiación del sector para promover estos cuidados; asegurar que los profesionales de la salud reciban capacitación adecuada; y garantizar la disponibilidad de medicamentos usados en los cuidados paliativos, como los analgésicos opioides.

Sin embargo, los sucesivos gobiernos en Guatemala no han implementado las reformas necesarias para mejorar el acceso a analgésicos opioides por parte de pacientes con enfermedades que limitan sus condiciones de vida.

Si bien el Ministerio de Salud creó formalmente una comisión de cuidados paliativos en diciembre de 2011, Guatemala todavía no cuenta con una política o estrategia para

desarrollar estos cuidados y garantizar su disponibilidad fuera de la Ciudad de Guatemala. La única facultad de medicina pública del país no enseña cuidados paliativos y manejo del dolor como parte de su plan de estudios universitario, y estos conocimientos solo se imparten en una de las tres facultades de medicina privadas.

Asimismo, los médicos especializados en oncología, medicina interna y otras áreas de medicina que atienden frecuentemente a pacientes con enfermedades que limitan sus condiciones de vida no reciben ninguna formación académica ni clínica sobre cuidados paliativos. Los médicos especializados en anestesiología realizan una rotación de dos meses en cuidados paliativos.

\*\*\*

El derecho internacional de los derechos humanos exige al gobierno guatemalteco garantizar que los pacientes con enfermedades que limitan sus condiciones de vida tengan posibilidades de acceso adecuadas al tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. El incumplimiento de esta obligación viola el derecho al más alto estándar posible de salud, y podría suponer el incumplimiento de la obligación de proteger a las personas de un trato cruel, inhumano y degradante.

El gobierno de Guatemala enfrenta numerosos obstáculos complejos en materia de atención de la salud debido a insuficiencia de recursos, infraestructura inadecuada, escasez de medicamentos y precariedad de los servicios de salud públicos. Garantizar el acceso adecuado a los cuidados paliativos para todos los guatemaltecos que lo necesitan no será una tarea sencilla. Sin embargo, el gobierno tiene una oportunidad concreta de marcar una diferencia real en las vidas de miles de personas, tomando una serie de medidas sencillas y de bajo costo para eliminar los obstáculos a la provisión de cuidados paliativos. Varias medidas clave, como incluir más formularios en cada talonario de recetas, podrían tomarse inmediatamente y sin necesidad de reformar las reglamentaciones, y esto se traduciría en mejoras significativas en el acceso a los cuidados paliativos para los pacientes. Otros cambios requerirían una reforma reglamentaria.

En abril de 2016, durante el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la ONU sobre el problema mundial de las drogas, el presidente de Guatemala Jimmy Morales se refirió enérgicamente a la importancia de asegurar que la salud y el bienestar

de la humanidad sean el eje de las medidas que se adopten globalmente para el control de drogas.

Human Rights Watch considera que, como parte de sus esfuerzos para que la salud ocupe el centro de la respuesta interna a las sustancias controladas, el gobierno guatemalteco debería reformar sus reglamentaciones sobre drogas y sus políticas sobre salud para garantizar que los pacientes que sufren dolor severo a causa de distintas enfermedades limitantes para la vida tengan acceso adecuado a analgésicos opioides y cuidados paliativos.

## Recomendaciones clave

### Al gobierno de Guatemala:

- **Reformar las reglamentaciones sobre control de drogas.** Las reglamentaciones sobre control de drogas son innecesariamente restrictivas, disuaden a los médicos y farmacéuticos de recetar y suministrar opioides, y causan a miles de guatemaltecos padecimientos que podrían ser evitados. Algunas de estas cuestiones pueden ser abordadas inmediatamente y sin cambios regulatorios, mientras que otras requieren reformas en las reglamentaciones. El gobierno puede aumentar inmediatamente la cantidad de formularios de receta por talonario, y permitir que los médicos tengan dos talonarios por vez. Debería reformar las reglamentaciones para eliminar la exigencia del dictamen y derogar, o al menos modificar, los procedimientos de autorización. El Ministerio de Salud debería mantener una reunión inclusiva, en la cual participen los actores relevantes, para informarles sobre estas reformas regulatorias.
- **Garantizar que la morfina oral de liberación inmediata esté disponible en todos los departamentos de Guatemala.** Asegurar que haya al menos una farmacia en cada departamento que tenga existencias de morfina oral de liberación inmediata. Cuando no haya farmacias privadas con existencias de morfina oral, garantizar que una farmacia hospitalaria provea morfina oral a pacientes ambulatorios.
- **Formular un plan de estudios universitario obligatorio sobre cuidados paliativos y capacitación clínica obligatoria sobre cuidados paliativos para médicos de ciertos programas de posgrado.** La Universidad de San Carlos, la facultad de medicina más grande de Guatemala, y la única pública del país, debería formular un plan de estudios universitario obligatorio sobre cuidados paliativos, a fin de asegurar que se dicte formación básica en esta disciplina. Se debería exigir a los médicos de algunos programas de posgrado que atienden habitualmente a pacientes con enfermedades crónicas —incluidos los de oncología, pediatría y medicina interna— realizar rotaciones en unidades de cuidados paliativos.

- **Adoptar medidas para crear unidades de atención de cuidados paliativos en departamentos clave.** Identificar establecimientos clave en todo el país para crear unidades de tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Estos podrían funcionar como centros regionales de cuidados paliativos y expandir los cuidados paliativos más allá de la Ciudad de Guatemala. Los establecimientos deberán permitir la rotación clínica en cuidados paliativos, y ampliar así el número de médicos con formación en este servicio de salud.

## Metodología

El presente informe se elaboró a partir de investigaciones realizadas entre diciembre de 2014 y agosto de 2015, incluidas visitas a Guatemala en diciembre de 2014 y julio y agosto de 2015. La investigación de campo se llevó a cabo principalmente en la Ciudad de Guatemala. También se realizaron investigaciones adicionales en Quetzaltenango. A su vez, realizamos una profunda investigación documental sobre la disponibilidad de tratamientos con cuidados paliativos en otras partes del país.

A lo largo de un total acumulativo de tres semanas en Guatemala, un investigador de Human Rights Watch realizó 79 entrevistas a una amplia variedad de actores interesados, incluidas 37 personas con cáncer o familiares de esta; 38 trabajadores de atención de la salud, incluidos oncólogos, anesthesiólogos, médicos de cuidados paliativos y farmacéuticos; y representantes del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines.

Las entrevistas con pacientes y sus familiares se realizaron en distintos hospitales. Cuando fue posible, las entrevistas se realizaron en un entorno privado. Las entrevistas fueron semiestructuradas y versaron sobre una variedad de temas relacionados con el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. Antes de cada entrevista, se informó a los entrevistados sobre la finalidad del estudio y los temas que se tratarían, y se les preguntó si tenían interés en participar. Se les indicó que podían interrumpir la entrevista en cualquier momento o negarse a responder preguntas concretas sin ningún tipo de consecuencia. No se ofrecieron ni brindaron incentivos a las personas entrevistadas.

Se ha ocultado la identidad de todos los pacientes, familiares y trabajadores de atención de la salud para proteger su privacidad, salvo cuando aceptaron específicamente que se usara su nombre verdadero.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en español con la ayuda de un intérprete. Algunas de las entrevistas se realizaron en inglés.

Todos los documentos citados en el informe pueden ser consultados por el público o se encuentran en los registros de Human Rights Watch.



## Antecedentes

### Importancia de los cuidados paliativos y el alivio del dolor

Ante el aumento de la expectativa de vida en todo el mundo, también se incrementa rápidamente la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y enfermedades crónicas<sup>2</sup>. Las ENT —como el cáncer, las enfermedades coronarias, la diabetes y las enfermedades respiratorias— son, sin duda, la principal causa de mortalidad en el mundo<sup>3</sup>. Estas y otras enfermedades crónicas suelen estar acompañadas por dolor y otros síntomas traumáticos, como la respiración entrecortada, las náuseas, la ansiedad y la depresión (ver Cuadro 1).

**Cuadro 1: Prevalencia de los síntomas de enfermedades crónicas<sup>4</sup>**

| Síntoma      | Cáncer  | EPOC*  | Insuficiencia cardíaca crónica | Enfermedad renal | Demencia | SIDA   | Parkinson | Enfermedad de la neurona motora | EM* |
|--------------|---------|--------|--------------------------------|------------------|----------|--------|-----------|---------------------------------|-----|
| Dolor        | 30-94%  | 21-77% | 14-78%                         | 11-83%           | 14-63%   | 30-98% | 42-85%    | 52-76%                          | 68% |
| Díscnea      | 16-77%  | 56-98% | 18-88%                         | 11-82%           | 12-52%   | 43-62% | --**      | 81-88%                          | 26% |
| Náuseas      | 2-78%   | 4%     | 2-48%                          | 8-52%            | 8%       | 41-57% | --        | --                              | 26% |
| Fatiga       | 23-100% | 32-96% | 42-82%                         | 13-100%          | 22%      | 43-95% | 42%       | --                              | 80% |
| Confusión    | 2-68%   | 14-33% | 15-48%                         | 35-70%           | --       | --     | 24%       | 24%                             | --  |
| Constipación | 4-64%   | 12-44% | 12-42%                         | 8-65%            | 40%      | 19-35% | 24%       | 52-56%                          | 46% |
| Diarrea      | 1-25%   | --     | 12%                            | 8-36%            | --       | 29-53% | --        | --                              | --  |
| Depresión    | 4-80%   | 17-77% | 6-59%                          | 2-61%            | 46%      | 17-82% | 15-50%    | 23%                             | 15% |
| Ansiedad     | 3-74%   | 23-53% | 2-49%                          | 7-52%            | 8-72%    | 13-76% | 5-62%     | 19%                             | 24% |

\*EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; y EM: Esclerosis múltiple.

\*\*Indica que no había datos disponibles para este síntoma específico.

■ Indica un promedio entre los menores y mayores datos disponibles sobre prevalencia de un síntoma específico del 50% o mayor.

■ Indica un promedio entre los menores y mayores datos disponibles sobre prevalencia de síntomas específicos del 2% o mayor.

<sup>2</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas (ONU DAES), División de Población, "World Population Prospects: The 2012 Revision", 2013, [http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012\\_%20KEY%20FINDINGS.pdf](http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_%20KEY%20FINDINGS.pdf) (consultado el 15 de mayo de 2015) pág. 4.

<sup>3</sup> ONU DAES, División de Población, "Changing Levels and Trends in Mortality: The Role of Patterns of Death by Cause", 2012, <http://www.un.org/esa/population/publications/levelsandtrends inmortality/Changing%20levels%20and%20trends%20in%20mortality.pdf> (consultado el 31 de marzo de 2015) pág. 7.

<sup>4</sup> Katrien Moens, et al., "Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living with Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48, n.º 4 (2014), págs. 667-669. Los rangos reflejan la prevalencia mínima y máxima identificada en artículos académicos. El artículo incluye datos importantes sobre las obras académicas de las cuales se extraen los porcentajes.

Este cambio epidemiológico está ocurriendo también en Guatemala<sup>5</sup>. Efectivamente, según la OMS, en los últimos 25 años, la mortalidad debido a ENT en el país aumentó un 61%, mientras que la mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo un 63% en el mismo período<sup>6</sup>. Según los datos de la OMS sobre carga mundial de morbilidad, en 2015 las ENT representaron cerca del 57% de todas las muertes en Guatemala<sup>7</sup>. En un contexto en el que se prevé un aumento de la esperanza de vida y del porcentaje de la población con más de 65 años, es esperable que también se incremente la carga que suponen las enfermedades crónicas<sup>8</sup>.

Los cuidados paliativos, un ámbito emergente dentro de la medicina, se enfocan en aliviar estos síntomas y procurar que las personas con enfermedades que limitan sus condiciones de vida y sus seres queridos tengan la mejor calidad de vida posible durante su enfermedad y hasta sus últimos instantes.

Un aspecto importante de los cuidados paliativos es abordar el dolor crónico severo. El dolor persistente tiene un enorme impacto en la calidad de vida, y puede traer aparejadas consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Entre estas se incluyen reducir la movilidad y provocar, por consiguiente, astenia; comprometer el sistema inmunológico; y afectar la capacidad de una persona de alimentarse, concentrarse, dormir o interactuar con otros<sup>9</sup>. El efecto físico del dolor crónico y el desgaste psicológico que provoca incluso pueden incidir en el curso de la enfermedad: tal como lo señala la OMS en sus directrices sobre control del cáncer, “el dolor puede matar”<sup>10</sup>. Entre las consecuencias sociales se incluyen la imposibilidad de trabajar, de cuidarse a sí mismo, a hijos u otros familiares, y participar

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), et al., “Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles”, 2010, <http://www.mindbank.info/item/4845> (consultado el 4 de junio de 2010), pág. 9.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), “Country Cooperation Strategy, at a Glance”, 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136864/1/ccsbrief\\_gtm\\_en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136864/1/ccsbrief_gtm_en.pdf) (consultado el 2 de marzo de 2017).

<sup>7</sup> Calculado usando estimaciones de la OMS correspondientes a 2015, ver OMS, Departamento de Información, Evidencias e Investigación, “Estimated deaths (‘000) by cause, sex and WHO Member State, 2015”, marzo de 2017, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html) (consultado el 26 de abril de 2017).

<sup>8</sup> Se pueden consultar datos demográficos de la ONU aquí: [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_indicators.htm/](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm/).

<sup>9</sup> F. Brennan, et al., “Pain Management: A Fundamental Human Right”, *Anesthesia & Analgesia*, vol. 105, no. 1 (2007), págs. 205-221.

<sup>10</sup> OMS, “National Cancer Control Programmes”, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (consultado el 2 de marzo de 2017) pág. 83.

en actividades sociales, así como también la imposibilidad de terminar la vida con una sensación de paz<sup>11</sup>.

Según la OMS, “el dolor por cáncer *podría* ser aliviado en gran parte, o incluso totalmente, si implementáramos los conocimientos y tratamientos médicos *existentes*” (énfasis en el original)<sup>12</sup>. El medicamento central para tratar el dolor severo por cáncer es la morfina, un opioide de bajo costo preparado con extractos de la planta de adormidera. La morfina es un medicamento controlado, y su fabricación y distribución están rigurosamente reguladas a nivel nacional e internacional.

Diversos expertos médicos han reconocido la importancia de los analgésicos desde hace décadas. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el tratado internacional que rige el uso de estupefacientes, establece expresamente que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor” y la OMS ha señalado que los opioides fuertes, como la morfina, son “absolutamente indispensables”<sup>13</sup>.

Aunque el dolor suele ser un síntoma central en personas con enfermedades limitantes para la vida, los cuidados paliativos son un concepto mucho más amplio que simplemente el alivio del dolor físico. Por ejemplo, muchas personas con enfermedades crónicas sufren falta de aire, o disnea, un síntoma angustiante que provoca que el paciente sienta que no recibe suficiente aire<sup>14</sup>. Los efectos físicos y psicológicos de la disnea pueden incluir depresión, ansiedad e insomnio<sup>15</sup>. Los efectos psicológicos de la disnea suelen ser muy pronunciados, ya que incluso una alteración menor del patrón

---

<sup>11</sup> R.L. Daut, et al., “Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and Other Diseases”, *Pain*, vol. 17, no. 2 (1993), págs. 197-210.

<sup>12</sup> OMS, “Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment”, 2000, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf> (consultado el 2 de marzo de 2017) pág. 1.

<sup>13</sup> Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), “Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes”, [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf) (consultado el 2 de marzo de 2017), preámbulo; OMS, “Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment”, 2000, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf> pág. 1.

<sup>14</sup> A-L Jennings, et al., “A Systematic Review of the Use of Opioids in the Management of Dyspnoea”, *Thorax*, vol. 57 (2002), pág. 939, <http://thorax.bmj.com/content/57/11/939.full.pdf+html> (consultado el 31 de marzo de 2015).

<sup>15</sup> Amy P. Abernethy, et al., “Randomized, Double Blind, Placebo Controlled Crossover Trial of Sustained Release Morphine for the Management of Refractory Dyspnoea”, *BMJ*, vol. 327 (2003), <http://www.bmj.com/content/327/7414/523.full.pdf+html> (consultado el 31 de marzo de 2015) pág. 1.

respiratorio puede “ser interpretada en forma cognitiva y emocional como una amenaza grave a la salud y la vida...”<sup>16</sup>.

Los protocolos de tratamiento, como las técnicas respiratorias, el oxígeno y la relajación, han demostrado que aportan gran alivio a algunos pacientes con disnea<sup>17</sup>. Cada vez es más común que se recomiende morfina para reducir los síntomas de la disnea<sup>18</sup>.

Las personas con enfermedades que limitan sus condiciones de vida a menudo deben lidiar con profundos interrogantes psicosociales y espirituales, como resultado de condiciones con riesgo para la vida, incurables y debilitantes. La ansiedad y la depresión son síntomas comunes<sup>19</sup>. Se ha demostrado que las intervenciones en cuidados paliativos, como el asesoramiento psicosocial y el apoyo espiritual, reducen sustancialmente la incidencia y gravedad de estos síntomas y mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias<sup>20</sup>.

La OMS ha instado a los países, incluidos aquellos con recursos limitados, a poner a disposición servicios de cuidados paliativos. La OMS recomienda que los países prioricen la implementación de servicios de cuidados paliativos en instituciones médicas que atienden a numerosos pacientes que necesitan cuidados paliativos y también en la

---

<sup>16</sup> James Hallenbeck, M.D., “Pathophysiologies of Dyspnea Explained: Why Might Opioids Relieve Dyspnea and Not Hasten Death?” *Journal of Palliative Medicine*, vol. 15, n.º 8 (2012), pág. 849.

<sup>17</sup> American College of Chest Physicians, “Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients with Advanced Lung and Heart Disease”, *CHEST Journal*, vol. 137, n.º 3 (2010), <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22082/chest.09-1543.pdf> (consultado el 31 de marzo de 2015) págs. 675-76; British Columbia Medical Association, et al., “Guidelines & Protocols, Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer of Advanced Disease Part 2: Pain and Symptom Management Dyspnea”, 2011, págs. 1-3, [http://www.bcguidelines.ca/guideline\\_palliative2.html](http://www.bcguidelines.ca/guideline_palliative2.html) (consultado el 31 de marzo de 2015).

<sup>18</sup> American College of Chest Physicians, “Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients with Advanced Lung and Heart Disease”, *CHEST Journal*, págs. 675-76; Darcy D Marciniuk, et al., “Managing Dyspnea in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline”, *Canadian Respiratory Journal*, vol. 18 (2011), [http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2011\\_CTS\\_guideline\\_COPD\\_dyspnea.pdf](http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2011_CTS_guideline_COPD_dyspnea.pdf) (consultado el 15 de mayo de 2015) pág. 4; Jennings, “A Systematic Review of the Use of Opioids in the Management of Dyspnoea”, *Thorax*, pág. 941; Abernethy, “Randomized, Double Blind, Placebo Controlled Crossover Trial of Sustained Release Morphine for the Management of Refractory Dyspnoea”, *BMJ*, pág. 3.

<sup>19</sup> J.P. Solano, et al., “A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 31, n.º 1 (2006).

<sup>20</sup> Ver, por ejemplo, OMS, “National Cancer Control Programmes”, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> págs. 83-91.

comunidad, donde podrían brindarse a un bajo costo a personas con acceso limitado a establecimientos médicos<sup>21</sup>.

La OMS ha observado que estas medidas tienen un costo muy bajo, pero podrían tener efectos sustanciales<sup>22</sup>. Efectivamente, a la vez que numerosos países tienen dificultades para atender a la demanda creciente de servicios para ENT, algunos estudios han concluido que brindar cuidados paliativos redundaría en general en ahorros en los costos de los sistemas de salud, al reducir las presiones en los sistemas médicos<sup>23</sup>.

A pesar de la importancia de este servicio esencial de atención de la salud, el acceso a los cuidados paliativos ha quedado rezagado respecto del desarrollo que han tenido otros servicios de salud, a causa de obstáculos ampliamente documentados en áreas como política de salud, educación en salud y disponibilidad de medicamentos<sup>24</sup>. Efectivamente, un informe conjunto publicado por la OMS y Worldwide Hospice Palliative Care Alliance indica que en 98 países no se tiene conocimiento de que haya servicios de cuidados paliativos<sup>25</sup>. Como ha concluido Human Rights Watch, la brecha entre la necesidad de tratamiento para el dolor y cuidados paliativos y su disponibilidad en la práctica se debe a un círculo vicioso de tratamiento insuficiente: como estas intervenciones de salud no son prioritarias para los gobiernos, los trabajadores de atención de la salud no reciben formación adecuada, y esto redundaría en que el tratamiento no sea suficiente y exista una baja demanda del servicio<sup>26</sup>.

---

<sup>21</sup> OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, diciembre de 2013, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-sp.pdf) (consultado el 2 de marzo de 2017) párrs. 19-20; OMS, “National Cancer Control Programmes”, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>, págs. 91-92.

<sup>22</sup> OMS, “Cancer Pain Relief, with a Guide to Opioid Availability, Second Edition”, 1996, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (consultado el 14 de mayo de 2015) pág. 43.

<sup>23</sup> Ministerio de Salud del Reino de Marruecos, “Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016”, marzo de 2012, <http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf> (consultado el 29 de julio de 2015) pág. 17; Rolfe Sean Morrison, et al., “Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs”, *Arch Intern Med*, vol. 168 (2008), <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414449> (consultado el 27 de junio de 2014).

<sup>24</sup> Ver, por ejemplo, OMS y Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) (anteriormente denominada World Palliative Care Alliance), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, (Ginebra: WHPCA, 2014), [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) págs. 27-29.

<sup>25</sup> *Ibid.*, pág. 36. Las conclusiones se basan en un estudio publicado en el *Journal of Pain and Symptom Management*. Ver Thomas Lynch, et al., “Mapping Levels of palliative Care Development: A Global Update”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 45, n.º 6 (2013).

<sup>26</sup> Human Rights Watch, “Por favor, no nos hagan sufrir más...”: *El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, marzo de 2009, <https://www.hrw.org/report/2009/03/03/please-do-not-make-us-suffer-any-more/access-pain-treatment-human-right>, págs. 2 y 3.

Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el órgano responsable del seguimiento a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, “unos 5.500 millones de personas, o sea las tres cuartas partes de la población mundial... tienen un acceso insuficiente al tratamiento de dolores moderados o intensos...”<sup>27</sup>.

Debido al acceso limitado a medicamentos esenciales, la OMS calcula que decenas de millones de personas en todo el mundo, incluidos cerca de 5,5 millones de pacientes con cáncer en etapa terminal y un millón de personas con SIDA, sufren dolor moderado a severo cada año, sin recibir tratamiento<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), *Informe 2014* (Nueva York: Naciones Unidas, 2015), [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR\\_2014\\_ESP.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf) (consultado el 23 de marzo de 2015) pág. 3.

<sup>28</sup> Nota informativa de la OMS, “Access to Controlled Medications Programme”, abril de 2012, [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/ACMP\\_BrNote\\_Genrl\\_EN\\_Apr2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_Genrl_EN_Apr2012.pdf?ua=1) (consultado el 31 de marzo de 2015).

# I. Experiencia de personas que necesitan tratamiento del dolor

En Guatemala, no se escucha la voz del paciente. No están organizados. No pueden expresar sus necesidades al gobierno... [Entonces el gobierno] no ve el problema. Si pasaran tan solo una semana aquí con nosotros, cambiarían de opinión completamente.

— Dr. Víctor Samayoa, médico jefe de cuidados paliativos en el Instituto de Cancerología de Guatemala, Ciudad de Guatemala, julio de 2015<sup>29</sup>

Se estima que cerca de 11.000 guatemaltecos mueren cada año por cáncer y VIH<sup>30</sup>. Es muy probable que casi 8.500 padezcan dolor moderado a severo que requiera tratamiento con analgésicos opioides<sup>31</sup>. En total, unos 28.500 guatemaltecos —incluidos cerca de 1.500 niños— requieren cuidados paliativos cada año<sup>32</sup>.

Sin embargo, solamente cuatro hospitales públicos o financiados por el gobierno ofrecen actualmente cuidados paliativos, en general como resultado de iniciativas de miembros individuales de su personal. Estos hospitales son el Instituto de Cancerología, Hospital INCAN; la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica; el Hospital de Especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; y el Hospital Roosevelt<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Víctor Samayoa, Ciudad de Guatemala, 20 de julio de 2015.

<sup>30</sup> La OMS estima que 1.200 guatemaltecos mueren cada año debido a VIH/SIDA, y Treat the Pain, un proyecto de la American Cancer Society, calcula que 9.871 guatemaltecos mueren cada año por cáncer. OMS, Departamento de Información, Evidencias e Investigación, “Estimated deaths (‘000) by cause, sex and WHO Member State, 2015”, marzo de 2017, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html); Treat the Pain, “Treat the Pain: A Country Snapshot—Guatemala”, 29 de abril de 2016, <http://www.treatthepain.org/Assets/CountryReports/Guatemala.pdf> (consultado el 14 de abril de 2017).

<sup>31</sup> *Ibíd.* Se estima que el 80% de los pacientes con cáncer terminal y el 50% de las personas que mueren de SIDA padecen dolor moderado a severo y requieren tratamiento con analgésicos opioides.

<sup>32</sup> Esta cifra se calculó usando la fórmula de la OMS y de WHPCA, ver OMS y WHPCA, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, págs. 96-98; datos poblacionales sobre Guatemala de la División de Población de la ONU, ver Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Total population (both sexes combined) by five-year age group, major area, region and country”, julio de 2015, <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/> (consultado el 26 de abril de 2017).

<sup>33</sup> También hay varios establecimientos con y sin fines de lucro que ofrecen cuidados paliativos, como el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, un hospital con fines de lucro en la Ciudad de Guatemala (<http://www.sanatorioelpilar.com/servicios-y-especialidades/unidad-de-medicina-paliativa/>) y el Hogar Estuardo Mini, un hospicio sin fines de lucro próximo a la Ciudad de Guatemala que brinda atención a niños con enfermedades terminales ([http://www.fundacionammarayudando.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=54](http://www.fundacionammarayudando.org/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54)).

Todos estos hospitales están en la Ciudad de Guatemala, mientras que el 80% de la población del país vive fuera de la capital<sup>34</sup>. Asimismo, tres de los hospitales solo atienden a pacientes con cáncer (los dos hospitales de cáncer y el hospital de la seguridad social), y uno de estos tres únicamente brinda tratamiento a niños. Se estima que el 60% de las personas que necesitan cuidados paliativos tienen una enfermedad crónica que no es cáncer<sup>35</sup>. En Guatemala hay dos proveedores privados de cuidados paliativos —un hospicio sin fines de lucro y un hospital privado—, ambos en la Ciudad de Guatemala. Algunos hospitales privados también ofrecen cuidados paliativos y servicios limitados fuera de la capital.

Las declaraciones de los 37 pacientes y familiares que entrevistamos coincidían en cuanto al dolor y otros síntomas extremos padecidos, la lucha que emprenden para poder enfrentar un diagnóstico adverso, las visitas a diversos médicos que no consiguen tratar adecuadamente su dolor y, con frecuencia, los largos viajes en autobuses atestados de gente para llegar a hospitales donde puedan tratarles el dolor.

## **Sufrimiento debido a que no se trata el dolor**

A Emmanuel García le diagnosticaron un tumor cerebral en 2012, a los 17 años, cuando todavía asistía a la escuela secundaria en la Ciudad de Guatemala. Su madre lo llevó a un hospital para que le hicieran exámenes de diagnóstico tras sufrir síntomas severos de jaqueca, náusea, vómitos y pérdida momentánea de la visión. Luego del diagnóstico, García fue sometido a cirugía en el Hospital General San Juan de Dios, un hospital público de atención terciaria en la Ciudad de Guatemala.

A pesar de la cirugía, García siguió padeciendo dolor severo, y esto lo obligó a dejar la escuela pocos meses antes de la fecha en que iba a graduarse. Su madre no pudo contener las lágrimas al ser entrevistada por Human Rights Watch: “El dolor era tan intenso que [en algunas ocasiones] se agarraba el cabello y corría por la calle pidiendo ayuda”<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Dra. Eva Rossina Duarte Juárez, et al., “Propuesta de Una Política Nacional de Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer”, noviembre de 2013, <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2013-03.pdf> (consultado el 7 de mayo de 2015) pág. 26.

<sup>35</sup> Esta cifra se calculó usando la fórmula de la OMS y de WHPCA. OMS y WHPCA, “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life”, págs. 96-98; OMS, Departamento de Información, Evidencias e Investigación, “Estimated deaths (‘000) by cause, sex and WHO Member State, 2015”, marzo de 2017, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).

<sup>36</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Sofía García (seudónimo), Ciudad de Guatemala, 17 de diciembre de 2014.



Pese al dolor experimentado por García, los médicos no le recetaron analgésicos fuertes. De hecho, su madre sintió que los médicos no prestaron mucha atención a sus síntomas una vez que decidieron que no era viable tomar medidas curativas. Finalmente, su madre se enteró de que había un hospicio sin fines de lucro fuera de la Ciudad de Guatemala, el Hogar Estuardo Mini, y llevó allí a su hijo en septiembre de 2014. Contó que, en el hospicio, el personal le suministró morfina y oxicodona, y “consiguió controlar el dolor instantáneamente”<sup>37</sup>. Finalmente, falleció en el hospicio cinco meses después.

Gabriel Morales tenía 60 años cuando sintió un dolor repentino en el abdomen mientras levantaba un objeto pesado en el trabajo. El dolor no mermó, y entonces acudió a un hospital. Le diagnosticaron cáncer abdominal y fue admitido para recibir tratamiento. En los dos meses y medio siguientes, el dolor sufrido por Morales no hizo más que empeorar, al punto que sus familiares creyeron que su muerte sería inminente. Contó sobre esto:

El dolor era muy intenso... Me aplicaban inyecciones de [antinflamatorios] que... aliviaban el dolor por unas pocas horas, pero siempre volvía. Fue muy duro... Mi familia comenzó a hacer el duelo por mí, al ver el dolor que sentía<sup>38</sup>.

Mariel Torres, una mujer de 58 años con tumor facial, contó:

Empecé a tener síntomas hace cuatro meses... El único síntoma era dolor en el lado izquierdo del rostro. El dolor era [el peor que podría imaginar]. Me hizo llorar muchísimo. No podía dormir. No podía comer. Y no podía hablar<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> *Ibíd.*

<sup>38</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Gabriel Morales (seudónimo), Ciudad de Guatemala, 19 de diciembre de 2014. Gabriel es un hombre de 60 años que presentaba cáncer con metástasis en el abdomen. Ahora el Hospital Roosevelt brinda opioides orales a pacientes como Gabriel.

<sup>39</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Mariel Torres (seudónimo), mujer de 58 años con tumor facial, Ciudad de Guatemala, 17 de diciembre de 2014.

## Demora en el acceso a los cuidados paliativos

A veces, los pacientes consultan a otros médicos antes de venir. Solamente les recetan ibuprofeno u otros analgésicos de baja graduación... Son muchos los pacientes que, al llegar, gradúan su dolor como de 10 [en una escala de 0 a 10]. Muchas veces toman de dos a tres veces la dosis [máxima] permitida de analgésicos de baja graduación. Es muy difícil.

— Médico de cuidados paliativos, Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014<sup>40</sup>

Muchas personas entrevistadas se refirieron a demoras significativas en el acceso al tratamiento del dolor y a los cuidados paliativos. Puesto que esta atención solo está disponible en pocos hospitales de Guatemala, muchas de las personas, incluidos Gabriel Morales y Mariel Torres, inicialmente intentaron atenderse en hospitales del interior del país que no evaluaron o trataron adecuadamente sus síntomas. Describieron haber padecido un sufrimiento severo y profunda angustia, mientras los médicos no lograban atender sus necesidades de salud urgentes.

Catalina Gutiérrez, una panadera de 40 años de la Ciudad de Guatemala, tuvo síntomas por primera vez a comienzos de 2014. A través de exámenes en un hospital público, se detectó que padecía cáncer de colon. Gutiérrez se sometió a dos cirugías seguidas por quimioterapia, pero en abril de 2014 empezó a sentir dolor intenso. Aunque sus médicos le indicaron analgésicos no opioides, dijo a Human Rights Watch que eran insuficientes para tratar su dolor:

Esto aliviaba el dolor, pero muy poco después, volvía... Desde la segunda cirugía y hasta ahora, he sufrido a causa del dolor... No podía soportar el dolor. Ya no podía dormir<sup>41</sup>.

Gutiérrez finalmente fue derivada al Instituto Nacional de Cancerología, donde los médicos le aplicaron un analgésico opioide que le ayudó a controlar el dolor.

---

<sup>40</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un médico especializado en cuidados paliativos (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 17 de diciembre de 2014.

<sup>41</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Catalina Gutiérrez, Ciudad de Guatemala, 18 de diciembre de 2014.

Elena García, una paciente de 61 años con cáncer de ovario, también sufrió dolor durante meses hasta que recibió atención adecuada. Su hija dijo a Human Rights Watch:

Empezó con dolor en un lado... Mi madre no podía dormir... Cada vez que intentaba caminar, sentía como si le clavaran agujas en los pies... La primera vez que fue a un hospital público cerca de casa... lo único que le dieron fue [ibuprofeno] y fijaron otra cita para dos meses después, a fin de volver a controlar el dolor<sup>42</sup>.

Quince días después, debido a que el dolor no mermaba, García y su hija viajaron hasta el Instituto Nacional de Cancerología, donde se evaluó el dolor que padecía y recibió tratamiento. La hija de García dijo: “Algunos días está mejor, y otros peor, pero el dolor disminuyó muchísimo”<sup>43</sup>.

## Largas distancias hasta los proveedores de cuidados paliativos

Tengo que tomar cuatro autobuses para llegar. Me levanto a las 4:00 de la mañana para acudir a turnos matutinos. Es muy difícil. Administro un centro de acceso a Internet y debo cerrar todo el día para poder venir aquí. Tengo un hijo de dos años y medio que debo dejar al cuidado de alguien. Vengo dos veces por mes, pero dado que la medicación está aumentando, a veces vengo tres o cuatro veces por mes.

— Luciana García, hija de una paciente con cáncer de ovario, 16 de diciembre de 2014<sup>44</sup>.

Dado que todos los hospitales que ofrecen cuidados paliativos están en la Ciudad de Guatemala, muchos pacientes deben viajar largas distancias para llegar a estos, a menudo en medios de transporte públicos. El costo y la incomodidad de estos viajes serían ineludibles en los cuidados curativos, ya que los centros de atención primaria y muchos centros de atención secundaria no tienen especialistas, equipos de diagnóstico ni capacidad de laboratorio para atender adecuadamente a pacientes con enfermedades complejas. Sin embargo, no sucede lo mismo con los cuidados

---

<sup>42</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Luciana García (seudónimo), hija de paciente con cáncer de ovario, Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

<sup>43</sup> *Ibíd.*

<sup>44</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Luciana García (seudónimo), Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

paliativos, que para la mayoría no requieren intervenciones costosas y pueden brindarse de manera sencilla y a bajo costo en niveles de atención más básicos y próximos al lugar de residencia de los pacientes.

Para muchas personas con enfermedades avanzadas, la posibilidad de viajar puede ser muy difícil, o incluso imposible. A menudo se ven obligados a elegir entre tres opciones poco deseables:

- Tolerar la dura experiencia que supone viajar, pese a su delicado estado de salud, para recibir atención óptima;
- Enviar a familiares —que suelen ser las personas que los cuidan— a obtener los medicamentos. En esos casos, no ven ellos mismos al médico, y esto menoscaba la posibilidad de que el equipo de cuidados paliativos pueda brindarle una atención adecuada; o
- Quedarse en su casa y no recibir ningún tipo de atención.

El costo de los traslados representa otro dilema. Con frecuencia los pacientes y sus familiares ya han incurrido en elevados costos, o incluso adeudan importantes cantidades de dinero, debido al costo que supuso realizar las pruebas de diagnóstico y las curaciones. Incluso si se ofrecen servicios de cuidados paliativos sin cargo, a menudo el costo de los viajes no hace más que agravar su situación de pobreza.

Diversas personas entrevistadas por Human Rights Watch se refirieron a las dificultades que implica viajar largas distancias para conseguir acceso a cuidados paliativos. Morales, el hombre con cáncer de abdomen cuyo caso se mencionó antes, señaló que tenía grandes dificultades para trasladarse a la Ciudad de Guatemala en transporte público con el fin de recibir medicamentos para el dolor:

Antes de estar internado en el instituto de cancerología, venía a consultas cada 10 o 15 días. Me tomaba dos autobuses. Me levantaba a la 1 a.m., caminaba medio kilómetro y tomaba el autobús de las 2:30 a.m. Llegaba al perímetro de la Ciudad de Guatemala cerca de las 8:00 a.m., y allí tomaba otro autobús hasta el centro de la ciudad.

Como me costaba caminar, demoraba 45 minutos en llegar desde la segunda parada de autobús hasta el hospital. Y luego hacía el mismo proceso para volver. Era muy difícil viajar debido al dolor. La última vez que vine, el corte de una operación comenzó a sangrar mientras viajaba. Debido a esto, no pude regresar a casa, y pasé la noche en un centro de acogida para personas sin techo<sup>45</sup>.

Antonia Castillo, una mujer de 68 años con cáncer de abdomen, ofreció una descripción similar de sus circunstancias:

Ahora mismo, vengo todos los meses al instituto de cancerología. Como no tolero el dolor en el autobús, mi hijo conduce hasta el lugar donde vivo y luego me lleva nuevamente. Esto es difícil por el tiempo y el dinero que insume. En general, el día que mi hijo no trabaja es el domingo. Ese día, viene hasta mi casa y se queda a pasar la noche. Al día siguiente, nos vamos temprano al hospital. Salimos cerca de las 5:30 a.m. para llegar aquí esta mañana<sup>46</sup>.

Debido a las largas distancias que tienen que viajar para acceder a servicios de cuidados paliativos, muchos pacientes faltan a las citas. Esto implica importantes desafíos para los proveedores de cuidados paliativos y podría redundar en que se brinde al paciente una atención de calidad inferior. Conforme lo señaló un médico especializado en cuidados paliativos:

Es común ver a pacientes que viven en lugares a cinco o seis horas de distancia... Debido al traslado, no vienen tan seguido como deberían. Eso hace que sea imposible gestionar adecuadamente los casos y ver qué efectos secundarios están teniendo los medicamentos<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Gabriel Morales (seudónimo), Ciudad de Guatemala, 29 de diciembre de 2014.

<sup>46</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Antonia Castillo, mujer de 68 años con cáncer de abdomen, Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

<sup>47</sup> Entrevista de Human Rights Watch con médico de cuidados paliativos (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 15 de diciembre de 2014.

## Transporte público en Guatemala

Para muchos guatemaltecos con bajos ingresos, la única opción para viajar hacia la Ciudad de Guatemala y desplazarse dentro de esta es en autobuses de bajo costo, que están subsidiados por el gobierno<sup>48</sup>. Es imposible no ver los coloridos autobuses reciclados, de origen estadounidense, que circulan por la Ciudad de Guatemala. Suelen ser difíciles de manejar, están peligrosamente atestados, su estado de mantenimiento es precario, son conducidos de manera temeraria, y son blanco frecuente de robos armados y violencia de pandillas<sup>49</sup>. Efectivamente, según datos de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, 418 personas murieron y 434 resultaron heridas al usar el transporte público en Guatemala durante 2014<sup>50</sup>.

Si bien millones de guatemaltecos toman estos autobuses a diario, estos desplazamientos suponen dificultades excepcionales para las personas con enfermedades que limitan sus condiciones de vida y que se ven obligadas a viajar largas distancias para recibir atención.

La madre de Raúl Mendoza, un joven de 16 años con cáncer de riñón, contó a Human Rights Watch que ella y su hijo tuvieron que dejar de tomar el transporte público debido a que, en los autobuses, por la cantidad de pasajeros se aplastaba la bolsa de nefrostomía, que junta la orina de los riñones. Comentó al respecto:

[A]ntes tomábamos el autobús hasta el hospital. Salíamos cerca de las 4 a.m. y tomábamos tres autobuses para llegar aquí cerca de las 7 a.m. Después de la cirugía, tenían que colocar un tubo de drenaje. Pero como los autobuses van tan llenos, la bolsa se aplastaba por la gente. Ahora tengo que tomar un taxi, que en general cuesta 150 quetzales guatemaltecos (GTQ) (USD 19) cada trayecto... Es muy difícil. Tenemos que ahorrar dinero para los viajes<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> Anna-Claire Bevan, "Driving Gangs Off Guatemala City's Buses", *Latin Correspondent*, 23 de octubre de 2014, <http://latin correspondent.com/guatemala/driving-gangs-guatemala-citys-buses/> (consultado el 19 de mayo de 2015).

<sup>49</sup> Se puede consultar información para las personas que viajan proporcionada por el Departamento de Estado de EE. UU. en este enlace: <http://travel.state.gov/content/passports/english/country/guatemala.html> (consultado el 19 de mayo de 2015); Saul Elbein, "The Most Dangerous Job in the World: How did 900 Bus Drivers End Up Dead in Guatemala City", *New Republic*, 4 de junio de 2013, <http://www.newrepublic.com/article/113293/900-bus-drivers-dead-guatemala-city-worlds-most-dangerous-job/> (consultado el 2 de marzo de 2017).

<sup>50</sup> Jorge Eduardo de León Duque, et al., "Informe Anual Circunstanciado Situación de los Derechos Humanos y Memoria Labores", 2014, [http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/Informes%20Anuales/inf\\_2014.pdf](http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/Informes%20Anuales/inf_2014.pdf) (consultado el 19 de mayo de 2014) pág. 5.

<sup>51</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Christina Mendoza (seudónimo), madre de paciente de 16 años con cáncer de riñón, Ciudad de Guatemala, 17 de diciembre de 2014.

## Efecto positivo de los cuidados paliativos en la vida de los pacientes

Como se señaló antes, los proveedores de cuidados paliativos en general pueden controlar adecuadamente los síntomas de las enfermedades que limitan las condiciones de vida, a menudo con intervenciones y medicamentos básicos. La morfina y otros analgésicos opioides son sumamente efectivos para aliviar el dolor por cáncer. Varias personas nos dijeron que su calidad de vida había mejorado de manera rotunda cuando empezaron a recibir el tratamiento adecuado.

Marianna Hernández, de 58 años, una paciente con cáncer de abdomen metastásico, describió cómo eran los síntomas antes y después de pasar por una unidad de cuidados paliativos:

El dolor era muy intenso. En una escala de 1 a 10, era de 11. Ya no podía dormir y perdí el apetito. El dolor duró tres meses hasta que vine aquí, a la unidad de cuidados paliativos, y me recetaron oxicodona. Ahora diría que el dolor que siento es de nivel 3 o 4. Puedo dormir bien, voy al baño, y puedo comer<sup>52</sup>.

Felipe Soto describió en los siguientes términos la transformación experimentada por su padre después de recibir tratamiento del dolor:

Antes de venir aquí, no podían controlar el dolor que sentía. El dolor era demasiado fuerte. Era de 10 [en una escala de 0 a 10]. Cuando empezaron los síntomas, no podía dormir. Podía empezar alguna tarea, pero no llegaba a terminarla. Siempre necesitaba recostarse. Desde [que vino al instituto de cancerología], han conseguido manejar bien el dolor. Lograron que pueda sentirse cómodo... Realmente estamos conformes con cómo lo están atendiendo<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Mariana Hernández (seudónimo), mujer de 58 años con cáncer de hígado y abdomen, Ciudad de Guatemala, 18 de diciembre de 2014.

<sup>53</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Felipe Soto (seudónimo), hijo de un hombre de 76 años con cáncer de próstata, Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

Cuando Human Rights Watch conoció a Blanca Coslo, una paciente de 24 años con cáncer de cuello uterino con metástasis en los pulmones, estaba esperando ser atendida por un médico de cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de Guatemala. Padecía dolores sumamente fuertes y tenía dificultades para respirar. “Estaba muy agitada y tenía mucho dolor en el pecho”, contó<sup>54</sup>. Después de que el médico especializado en cuidados paliativos le proporcionara medicamentos para el dolor, su estado mejoró visiblemente. En una entrevista con Human Rights Watch, comentó: “Después de que administraran [la morfina], me sentí mejor, más tranquila, gracias a Dios. Mejoró la tos, el estado de agitación y el dolor”<sup>55</sup>.

Laura Marina Muales Guzmán, una paciente con cáncer de tiroides, describió una experiencia similar:

Ha sido difícil, porque cuando empieza el dolor, se siente aquí en esta parte [de mi cuello], y si me froto un poco, entonces siento que el cuello se endurece. Pero una hora o media hora después de haber tomado [oxicodina], me siento aliviada, y el dolor merma y desaparece lentamente. Tomo la medicación cada seis horas<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Blanca Coslo (seudónimo), de 24 años, que presentaba cáncer de cuello uterino con metástasis en los pulmones, Ciudad de Guatemala, 20 de agosto de 2015.

<sup>55</sup> *Ibíd.*

<sup>56</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Laura Marina Muales Guzmán, Ciudad de Guatemala, 19 de agosto de 2015.



## II. Explorar los obstáculos al acceso a cuidados paliativos en Guatemala

Me enojo con el sistema. Yo sé exactamente qué hacer y cómo hacerlo, pero [por las reglamentaciones] tengo las manos atadas. Me siento aún más frustrado porque cuando los pacientes están en el hospital, puedo aliviarles el dolor. Pero en dos o tres días, cuando el paciente deja el hospital, no tendrá nada.

— Médico de medicina interna de hospital público a tres horas de la Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014<sup>57</sup>.

### Obstáculos para acceder a analgésicos opioides

La OMS y la JIFE han instado en repetidas oportunidades a los países a que garanticen la disponibilidad adecuada de analgésicos opioides para los pacientes que los necesitan. Para mejorar el acceso, la OMS recomienda que los países adopten una “política de medicamentos” para garantizar la “disponibilidad de medicamentos esenciales para tratar los síntomas,... y en especial de analgésicos opioides para aliviar el dolor y las dificultades respiratorias”<sup>58</sup>.

Se ha interpretado que las normas internacionales de derechos humanos adoptadas por Guatemala exigen que los países garanticen la disponibilidad y la accesibilidad de los analgésicos opioides incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU sostiene que proporcionar medicamentos esenciales según lo determinado por la OMS es una obligación básica que no puede verse limitada aduciendo la falta de recursos suficientes<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un médico de medicina interna (nombre bajo reserva), 20 de diciembre de 2014.

<sup>58</sup> OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, diciembre de 2013 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-sp.pdf), párr. 19.

<sup>59</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), <http://www.refworld.org/pdfid/4538838do.pdf> (consultado el 2 de marzo de 2017), párr. 43(d).

Dado que los analgésicos opioides son sustancias controladas, los países están obligados a regular el modo en que estos se producen, distribuyen, recetan y suministran. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (Convención de 1961), el acuerdo internacional en el cual se encuadran las iniciativas nacionales de control de drogas, establece cuatro requisitos básicos para las reglamentaciones nacionales de medicamentos controlados:

- Las personas que suministren el medicamento deberán tener la correspondiente autorización, ya sea en virtud de su licencia profesional o de un procedimiento especial de licencia;
- Los medicamentos únicamente podrán ser transferidos entre instituciones o personas autorizadas;
- Los medicamentos solo pueden ser suministrados a pacientes si estos cuentan con una receta médica; y
- Los registros del movimiento de estos medicamentos se conservan, como mínimo, durante dos años<sup>60</sup>.

La Convención de 1961 permite específicamente que los países implementen requisitos adicionales, incluido un recetario especial para medicamentos controlados. Sin embargo, los países tienen una doble obligación con respecto a estos medicamentos: deben garantizar su disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, evitar su uso indebido y desvío<sup>61</sup>.

Los países deben velar por que ningún requisito más allá de los especificados en la Convención de 1961 impida innecesariamente el acceso para fines médicos<sup>62</sup>. Como observa la OMS:

---

<sup>60</sup> ECOSOC, “Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes”, [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf), arts. 30(1)(b)(i), 30(1)(b)(ii), 30(2)(b)(i) y 34 (b). Guatemala ratificó la Convención en 1975.

<sup>61</sup> JIFE, “Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos”, 2011, [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/10-58068\\_S\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/10-58068_S_Ebook.pdf) (consultado el 19 de mayo de 2015).

<sup>62</sup> OMS, “Alivio del dolor en el cáncer, Segunda edición, Con una guía sobre la disponibilidad de opioides”, 1996, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (consultado el 19 de mayo de 2015), pág. 9.

[E]s importante analizar los efectos de todas esas disposiciones [más estrictas]... Si una norma constituye un obstáculo para la disponibilidad y accesibilidad, pero no contribuye a prevenir el abuso... [debe ser] eliminada o modificada. En caso de que una norma contribuya a la prevención y al mismo tiempo constituya una barrera para el uso médico, se deben explorar otras opciones alternativas que proporcionen el mismo nivel de protección sin que supongan un obstáculo al uso médico racional<sup>63</sup>.

### *Marco regulatorio de Guatemala*

Los datos sobre el uso de analgésicos opioides muestran una falencia importante en el tratamiento del dolor moderado a severo en Guatemala. La JIFE clasifica a Guatemala como un país con disponibilidad de opioides “muy inadecuada”<sup>64</sup>.

Los últimos datos disponibles indican que la cantidad anual de morfina que se consume en Guatemala alcanza para tratar a aproximadamente 3.000 pacientes con cáncer o SIDA terminal por año, lo que representa cerca del 35% de las personas con esas enfermedades que la necesitan<sup>65</sup>. Esta estimación no tiene en cuenta las necesidades de morfina de las personas con dolor provocado por afecciones como enfermedades cardíacas y pulmonares o diabetes. Dado que la morfina también se utiliza para tratar el dolor causado por traumatismos y cirugías, una parte considerable de la morfina que se consume en Guatemala no se destina en realidad a los cuidados paliativos.

---

<sup>63</sup> OMS, “Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas”, 2011, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf) (consultado el 2 de marzo de 2017) pág. 27.

<sup>64</sup> JIFE, “Disponibilidad de Opioides para el Manejo del Dolor (promedio 2010-2012)”, 2012, [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Availability/total\\_2010\\_2012\\_final.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Availability/total_2010_2012_final.pdf) (consultado el 14 de mayo de 2015). NOT FOUND

<sup>65</sup> Se calcula que, en 2012, se produjeron 9.871 muertes por cáncer en Guatemala, ver “Globocan 2012”, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Organización Mundial de la Salud, <http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html> (consultado el 3 de marzo de 2017). Según la OMS, hubo aproximadamente 1.200 muertes por VIH/SIDA, ver OMS, Departamento de Información, Evidencias e Investigación, “Estimated deaths (‘000) by cause, sex and WHO Member State, 2015”, marzo de 2017, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html). Las investigaciones indican que aproximadamente el 80% de los pacientes con cáncer terminal y el 50% de los pacientes con VIH/SIDA terminal sufrirán dolor moderado a severo, ver Kathleen M. Foley, et al., “Pain Control for People with Cancer and AIDS”, en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, ed. Dean T Jamison, et al., vol. 2 (Washington, DC: Banco Mundial, 2006). Foley y otros autores estiman que el paciente promedio de cáncer o SIDA terminal que sufre dolor moderado a severo necesitará entre 60 y 75 mg de morfina por día durante una media de aproximadamente 90 días. Sobre la base de esta información, se estima que, por año, 8.497 personas con cáncer o SIDA en Guatemala necesitan tratamiento para el dolor, ver Treat the Pain, “Guatemala—Treat the Pain: A Country Snapshot”, <http://www.treatthepain.org/Assets/CountryReports/Guatemala.pdf>. Cantidades calculadas utilizando equivalentes de morfina, sin incluir petidina, dado que la petidina no es adecuada para el tratamiento del dolor crónico.

El análisis realizado por Human Rights Watch de las reglamentaciones y prácticas de control de drogas de Guatemala muestra que estas exceden ampliamente los requisitos de la Convención de 1961 y crean obstáculos significativos a la posibilidad de recetar y suministrar opioides a pacientes ambulatorios. Los aspectos más problemáticos del sistema regulatorio son los requisitos que exigen que:

- los médicos tengan un **talonario de recetas especial** para recetar un analgésico opioide. Estos contienen solo 25 recetarios; solo pueden comprarse en un lugar del país, de a un talonario por vez; y los médicos deben pagarlos y mostrar un recibo de un banco específico que acredite el pago. Solo se puede emitir un talonario nuevo una vez que se haya devuelto el anterior. La molestia logística que generan estos requisitos supone un obstáculo para el uso de estos medicamentos.
- Los pacientes que necesitan un analgésico opioide durante más de ocho días —la mayoría de los pacientes con enfermedades que limitan las condiciones de vida— requieren un **segundo recetario**, que se denomina dictamen. El médico debe proporcionar datos adicionales en este dictamen, incluida la cantidad de medicamento que el paciente necesita en forma diaria, semanal y mensual. Este requisito no tiene utilidad real e interfiere con la capacidad del médico de ajustar la dosis cuando el dolor de un paciente empeora, como sucede a menudo. El dictamen también requiere un sello especial, denominado timbre médico, que los médicos deben comprar en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Ciudad de Guatemala, y esto supone otro obstáculo logístico.
- Los pacientes por lo general deben obtener la **autorización de una receta** en el Ministerio de Salud para que una farmacia pueda suministrar los medicamentos. Esto solo puede hacerse en un lugar del país, en la Ciudad de Guatemala, y en forma personal. En teoría, las farmacias fuera de la Ciudad de Guatemala están exentas de este procedimiento; sin embargo, ninguna se vale de esta exención actualmente.

## Reglamentaciones de Guatemala sobre analgésicos opioides

El régimen regulatorio de Guatemala es complejo, y contiene numerosas normas y excepciones. Estas normas se describen en los siguientes documentos regulatorios:

- Acuerdo Gubernativo N.º 712-99: establece la estructura básica del proceso regulatorio.
- Normativa 16-2002 del Ministerio de Salud: regula el proceso para obtener un talonario especial de recetas y las circunstancias en las que se exige un dictamen.
- Normativa 17-2002 del Ministerio de Salud: regula el proceso por el cual el gobierno autoriza las recetas de los pacientes.
- Normativa 22-2001 del Ministerio de Salud: regula el proceso para el suministro de opioides, entre otras cosas.

### Talonarios especiales de recetas

Ninguno de los médicos fuera de la Ciudad de Guatemala tiene recetarios especiales. Conseguirlos es muy engorroso. Tendrían que venir a la Ciudad de Guatemala y perder un día entero de trabajo.

— Dra. María Elena Alcántara, médica particular de cuidados paliativos, Ciudad de Guatemala, julio de 2015<sup>66</sup>.

Las reglamentaciones de Guatemala estipulan que los médicos deben indicar los opioides en recetarios especiales<sup>67</sup>. Si bien la Convención de 1961 permite específicamente que los países requieran su uso, la OMS ha observado que exigir recetarios especiales aumenta la carga administrativa para los trabajadores de atención de la salud y las autoridades de control de drogas<sup>68</sup>. Ha manifestado que este problema “se agrava si los impresos no están disponibles de forma inmediata, o si los profesionales sanitarios han de pagar por

---

<sup>66</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. María Elena Alcántara, médica particular de cuidados paliativos, Ciudad de Guatemala, 22 de julio de 2015.

<sup>67</sup> Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, N.º 712-99 de 1999, art. 63; MSPAS, Normativa 16-2002, art. 3. Existe una excepción para el recetario especial. Según representantes del departamento, los médicos pueden extender la primera receta de opioides a un paciente en un talonario de recetas común. Sin embargo, algunos médicos de cuidados paliativos con los que hablamos desconocían esta excepción; esto tal vez no resulte sorprendente, dado que la excepción no se menciona en las reglamentaciones.

<sup>68</sup> ECOSOC, “Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes”, [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf) art. 30(2)(b)(ii).

ellos”<sup>69</sup>. Recomienda que los países “garanti[cen] que este sistema no obstaculiza la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados”<sup>70</sup>.

En Guatemala, la obtención de un talonario especial de recetas es un trámite complejo y que demanda mucho tiempo. En primer lugar, los talonarios de recetas solo pueden obtenerse en una única oficina en todo el país: la oficina del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines, ubicada en la Ciudad de Guatemala (Departamento de Regulación). El médico, o su representante, debe presentarse en la oficina personalmente. No es posible solicitar ni recibir el talonario de recetas por correo ni por medios electrónicos.

A su vez, los médicos deben pagar los talonarios de recetas, y esto no puede hacerse en la oficina que los emite. En vez, el médico debe hacer un pago —de GTQ 30 (USD 3,89)— en el Banco de Desarrollo Rural a la cuenta del Departamento de Regulación, un requisito que suma tiempo y costos adicionales al proceso<sup>71</sup>. El médico, o su representante, debe presentar un recibo de depósito como constancia de pago. Por último, el médico debe proporcionar una hoja con cuatro firmas y cuatro impresiones de su sello profesional, que se utiliza aparentemente para verificar la identidad del solicitante<sup>72</sup>.

Además de la naturaleza engorrosa de este trámite, los talonarios especiales contienen solo 25 recetas. Por lo tanto, los médicos que atienden a grandes cantidades de pacientes que reciben cuidados paliativos tienen que hacer este trámite con frecuencia. En la Ciudad de Guatemala, algunas compañías farmacéuticas y farmacias ayudan a los médicos con el proceso logístico, como la presentación de documentos y la recolección de talonarios de recetas.

---

<sup>69</sup> OMS, “Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados”, 2011, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf) pág. 28.

<sup>70</sup> *Ibíd.*

<sup>71</sup> El proceso para obtener un talonario especial de recetas se explica en el sitio web del Departamento de Regulación, ver “Pasos para autorización de recetas de estupefacientes”, MSPAS, <http://www.medicamentos.com.gt/index.php/servicios/sustancias-controladas/autorizacion-de-recetas> (consultado el 3 de marzo de 2017).

<sup>72</sup> MSPAS, Normativa 16-2002, art. 6. También hay información disponible en el sitio web del Departamento de Regulación, ver “Pasos para autorización de recetas de estupefacientes”, MSPAS, <http://www.medicamentos.com.gt/index.php/servicios/sustancias-controladas/autorizacion-de-recetas>.

Lamentablemente, un médico solo puede tener un talonario especial de recetas por vez. Las autoridades únicamente pueden emitir un nuevo talonario una vez que todas las recetas del talonario anterior se hayan usado y este sea devuelto. Debido a esto, los médicos se quedan sin recetas mientras hacen el trámite para obtener un nuevo talonario.

El requisito del talonario de recetas es un enorme obstáculo para el acceso de los pacientes a los analgésicos opioides. Según el Departamento de Regulación, que se encarga de emitir talonarios de recetas, solo entre 50 y 60 médicos de los 14.287 que hay en Guatemala tienen los talonarios<sup>73</sup>. Ninguno de los médicos que viven fuera de la Ciudad de Guatemala tiene un talonario especial de recetas<sup>74</sup>. De manera similar, son pocas las farmacias que comercializan analgésicos opioides: Human Rights Watch pudo localizar apenas tres en la Ciudad de Guatemala. Dado que ningún médico tiene permiso para emitir recetas fuera de la Ciudad de Guatemala, es probable que el acceso a las farmacias que despachan opioides sea incluso más limitado en otros departamentos<sup>75</sup>.

### **Marruecos: Reducción de los obstáculos regulatorios para obtener un talonario especial de recetas**

La legislación de Marruecos también exige que las recetas de opioides se extiendan en talonarios especiales. Sin embargo, a diferencia de Guatemala, el gobierno ha tomado una serie de medidas clave para reducir al mínimo la carga que impone este requisito sobre los médicos<sup>76</sup>. Los médicos y administradores de hospitales pueden solicitar los talonarios especiales de recetas por correo en lugar de tener que presentarse personalmente. El Ministerio de Salud puede emitir dos talonarios de recetas por vez, cada uno con 50 formularios, y esto reduce significativamente el riesgo de que un médico se quede sin recetas durante el trámite de solicitud<sup>77</sup>. Por último, los médicos de hospitales públicos de Marruecos no tienen que pagar los recetarios especiales.

---

<sup>73</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Ileana Ruiz, Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines, jefa de Psicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones, Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2015; OMS, “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013”, 2013, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=) (consultado el 21 de mayo de 2015) pág. 122. Cantidad de médicos calculada ajustando a escala la cantidad de médicos por cada 10.000 habitantes del total de la población.

<sup>74</sup> *Ibíd.*

<sup>75</sup> Dra. Eva Rossina Duarte Juárez, et al., “Propuesta de una Política Nacional de Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer”, 2013, <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2013-03.pdf> (consultado el 7 de mayo de 2015) pág. 24.

<sup>76</sup> Arrête pris en application de l'article 34 du dahir du 2 décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, 21 de junio de 1955.

<sup>77</sup> *Ibíd.*; Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Hamza Slimani, residente de anestesiología, Rabat, 10 de enero de 2015.

### **Dictamen: recetario adicional**

Por reglamentación, algunas recetas de analgésicos opioides requieren un formulario adicional, denominado dictamen<sup>78</sup>. Este formulario es obligatorio cuando los analgésicos opioides se recetan para más de ocho días o cuando se considera que el paciente está “acostumbrado al uso de estupefacientes”<sup>79</sup>. Dado que los pacientes de cuidados paliativos suelen necesitar analgésicos opioides por más de ocho días, es común que se necesite el formulario adicional.

Este requisito es algo sumamente inusual, sobre todo porque Guatemala ya exige un recetario especial. El dictamen, que puede descargarse del sitio web de la oficina de fiscalización de drogas del Ministerio de Salud, requiere que el médico proporcione información sobre el paciente además de la exigida en el formulario de receta especial, incluido el nombre comercial y la presentación del medicamento y su dosis diaria, semanal y mensual.

Puesto que es común que los niveles de dolor cambien repentinamente en los pacientes de cuidados paliativos, el requisito de indicar la dosis en forma semanal y mensual no tiene demasiado sentido desde el punto de vista clínico ni práctico<sup>80</sup>. Una médica nos contó que esto obliga a los profesionales a consignar dosis ficticias en el dictamen, pues les da flexibilidad para luego hacer ajustes según resulte necesario<sup>81</sup>.

Un sistema que obliga a los médicos a extender recetas que no corresponden a las dosis reales necesarias para el paciente es problemático, dado que podría causar confusión entre los pacientes y sus familias con respecto a cuál es la dosis indicada. También podría facilitar que cantidades mayores de analgésicos opioides queden en las casas de los pacientes después de su fallecimiento.

El dictamen también requiere el denominado timbre médico, una especie de sello postal que se utiliza para confirmar que un documento oficial, como un certificado de defunción, ha sido emitido por un médico. Los médicos deben comprar el timbre médico en el Colegio

---

<sup>78</sup> Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, art. 63; MSPAS, Normativa 16-2002, arts. 3.3-3.4.

<sup>79</sup> Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, art. 64; MSPAS, Normativa 16-2002, art. 3.4.

<sup>80</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Eva Duarte, Ciudad de Guatemala, 14 de diciembre de 2014.

<sup>81</sup> *Ibíd.*



de Médicos y Cirujanos de la Ciudad de Guatemala o en una de las provincias donde hay oficinas del colegio, a un costo de GTQ 5 (USD 0,65) cada uno.

El requisito del dictamen genera trabajo extra para los médicos, y este puede ser un factor más que los disuada de recetar estos medicamentos. Distintos médicos y funcionarios de Guatemala contaron a Human Rights Watch que los dictámenes simplemente se archivan y que no tenían conocimiento de que su uso haya permitido de alguna forma mejorar la práctica clínica o reducir el riesgo de uso indebido de analgésicos opioides.

Diversos funcionarios gubernamentales dijeron a Human Rights Watch que el dictamen formaba parte de las reglamentaciones de Guatemala destinadas a prevenir el abuso de medicamentos opioides, pero no pudieron explicar exactamente de qué manera contribuía a alcanzar ese objetivo<sup>82</sup>. En sus investigaciones sobre cuidados paliativos, que han abarcado decenas de países, Human Rights Watch nunca ha detectado este tipo de requisito.

### **Autorización gubernamental de recetas**

Los pacientes están muriendo y padecen un profundo dolor, literalmente. No puedo enviarlos al [Departamento de Regulación] en autobús. Me siento responsable de continuar [suministrándolos].

— Farmacéutico que entrega analgésicos opioides sin validación del formulario de receta, Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014<sup>83</sup>

Las reglamentaciones de Guatemala también requieren que las recetas de medicamentos opioides reciban autorización del gobierno a través del Departamento de Regulación antes de suministrarlos<sup>84</sup>. En la práctica, esto significa que antes de comprar medicamentos en una farmacia privada en la Ciudad de Guatemala, los pacientes, o sus representantes, deben obtener personalmente la autorización de la receta en una sede del departamento<sup>85</sup>. Esto solo puede hacerse en una oficina en el país. En esta oficina, los pacientes deben presentar su receta, que luego es revisada y autorizada. La reglamentación no brinda orientación ni limitaciones en cuanto a en qué casos el personal

---

<sup>82</sup> Entrevista de Human Rights Watch con dos representantes del Departamento de Regulación (que pidieron que no se difundiera su identidad), Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

<sup>83</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un farmacéutico que despacha opioides (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 15 de diciembre de 2014.

<sup>84</sup> Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, art. 61; MSPAS, Normativa 17-2002, arts. 4-5.

<sup>85</sup> MSPAS, Normativa 17-2002, art. 5.

del departamento puede denegar la autorización de una receta<sup>86</sup>. Varios funcionarios nos contaron que no hay documentos internos que instruyan al personal sobre los criterios para autorizar o rechazar recetas<sup>87</sup>.

En los casos de recetas que no requieren un dictamen, las recetas de los pacientes simplemente se sellan y firman<sup>88</sup>. Si se necesita un dictamen, los pacientes reciben una tarjeta con un número de identificación de paciente<sup>89</sup>. Este debe indicarse en todas las recetas posteriores a fin de que sean autorizadas.

Este sistema crea un obstáculo para los pacientes y las familias, muchos de los cuales ya han viajado durante horas para ver a un médico. Deben trasladarse a la oficina del Departamento de Regulación después de recibir la receta, y esto con frecuencia implica largos trayectos en transporte público. Para los pacientes que no conocen la Ciudad de Guatemala, los gastos y el tiempo adicionales no son las únicas dificultades. Conforme lo señaló un médico especializado en cuidados paliativos:

Muchas de las personas que llegan aquí no conocen la zona. No pueden ir a la oficina y luego volver al hospital. A veces tienen miedo. No saben cómo tomar el autobús; no tienen automóvil. En ocasiones los pacientes ni siquiera hablan español [sino solo lenguas indígenas]<sup>90</sup>.

Cuando se deniega la autorización, los pacientes o familiares deben obtener una nueva receta de su médico y volver a intentar conseguir la autorización. En sus declaraciones a Human Rights Watch, algunos funcionarios insistieron en que no era habitual que denegaran autorizaciones y que mayormente lo hacían debido a errores formales, como olvidar colocar el sello profesional en un dictamen<sup>91</sup>.

---

<sup>86</sup> Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, art. 61; MSPAS, Normativa 17-2002.

<sup>87</sup> Entrevista de Human Rights Watch con dos representantes del Departamento de Regulación (que pidieron que no se difundiera su identidad), Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

<sup>88</sup> MSPAS, Normativa 17-2002, art. 5,31.

<sup>89</sup> *Ibíd.*

<sup>90</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un médico especializado en cuidados paliativos (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 17 de diciembre de 2014.

<sup>91</sup> Entrevista de Human Rights Watch con dos representantes del Departamento de Regulación (que pidieron que no se difundiera su identidad), Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014; entrevista de Human Rights Watch con Ileana Ruiz, 23 de julio de 2015.

No obstante, algunos médicos de cuidados paliativos contaron a Human Rights Watch que a menudo las recetas se rechazan, y que en algunos casos el motivo es la dosis alta o el medicamento indicado<sup>92</sup>. Los funcionarios insistieron en que no cuestionan *a posteriori* la decisión clínica del médico<sup>93</sup>. Human Rights Watch no pudo determinar con qué frecuencia se deniega una autorización, dado que el gobierno no lleva un registro de los rechazos. Tampoco pudimos revisar las recetas rechazadas para determinar si alguna se denegaba con fundamentos clínicos.

Las reglamentaciones de Guatemala contienen una excepción a la regla anterior: las farmacias privadas *fuera de* la Ciudad de Guatemala pueden surtir recetas sin autorización gubernamental y presentar informes mensuales al Departamento de Regulación para su aprobación, en lugar de la autorización de recetas individuales<sup>94</sup>. En teoría, esto significa que los pacientes que viven fuera de la capital pueden evitar el trámite de autorización. Pero funcionarios señalaron a Human Rights Watch que ninguna farmacia fuera de la Ciudad de Guatemala tiene en existencia analgésicos opioides y que esta excepción nunca se ha utilizado<sup>95</sup>.

El análisis de las reglamentaciones muestra que no se especifica claramente cómo funcionaría esta excepción en la práctica. Por ejemplo, no está claro exactamente qué ocurriría si una receta fuera rechazada luego de la entrega del medicamento. Un representante del Departamento de Regulación dijo que, en ese caso el departamento tomaría una medida disciplinaria contra la farmacia<sup>96</sup>. Al no contar con orientación clara, las farmacias podrían tener motivos justificados para no querer asumir esta responsabilidad: un farmacéutico podría enfrentar una pena de hasta 20 años de prisión por suministrar ilegalmente analgésicos opioides<sup>97</sup>.

---

<sup>92</sup> Entrevista de Human Rights Watch con médico de cuidados paliativos (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 15 de diciembre de 2014.

<sup>93</sup> Entrevista de Human Rights Watch con dos representantes del Departamento de Regulación (que pidieron que no se difundiera su identidad), Ciudad de Guatemala, 16 de diciembre de 2014.

<sup>94</sup> MSPAS, Normativa 17-2002, art. 6,2.

<sup>95</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Ileana Ruiz, 23 de julio de 2015.

<sup>96</sup> *Ibíd.*

<sup>97</sup> Ley Contra la Narcoactividad, *El Congreso de la República de Guatemala*, n.º 49-92, art. 38, [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp\\_gtm-mla-leg-narco.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-mla-leg-narco.pdf).

Una nueva instrucción emitida en julio de 2015 por la Ventanilla de Servicios de Alimentos y Medicamentos del Ministerio de Salud complica aún más el proceso. Mientras que antes un representante del paciente —por ejemplo, un familiar o representante farmacéutico— podía simplemente llevar el formulario de receta al Ministerio de Salud para que fuera autorizado, las recetas ahora solo pueden ser autorizadas si la persona tiene una carta que la designa como representante del paciente. La carta debe indicar el nombre completo del paciente, una copia de la cédula de identidad y su número. Si el representante trabaja para una compañía farmacéutica, la carta debe estar impresa en una hoja con membrete y sellada y firmada por un funcionario autorizado<sup>98</sup>.

El requisito de autorización de Guatemala es sumamente inusual y crea un obstáculo enorme para el acceso de los pacientes a los analgésicos opioides. En la gran mayoría de los países del mundo, incluidos países centroamericanos como Costa Rica, México y Panamá, en general es habitual que la receta para un medicamento opioide que extiende un médico se pueda surtir en la farmacia, sin que sea necesaria ninguna otra autorización<sup>99</sup>.

Dado que los registros sobre recetas y suministro deben conservarse al menos dos años, las autoridades ya tienen la oportunidad de inspeccionar las prácticas de los médicos en materia de recetas y su suministro. Por lo tanto, las autoridades ya están en condiciones de aplicar medidas correctivas a médicos o farmacéuticos que se determine que hayan violado las normas sobre recetas y suministro.

---

<sup>98</sup> Ventanilla de Servicios de Alimentos y Medicamentos, Ministerio de Salud de Guatemala, “Memorándum N.º 5 del 31 de julio de 2015”, julio de 2015. En los registros de Human Rights Watch.

<sup>99</sup> Human Rights Watch llevó a cabo investigaciones exhaustivas en decenas de países y también realizó entrevistas de información clave con médicos de cuidados paliativos en más de otros 30 países sobre los sistemas que regulan los medicamentos controlados. Ninguno de estos países pedía una autorización adicional de una receta para un medicamento opioide. Ver Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment, Access to Medicines and Palliative Care*, junio de 2011, <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.

## Reforma regulatoria en México

En junio de 2015, la Secretaría de Salud de México lanzó una plataforma electrónica que permite que los médicos descarguen formularios de receta especiales en línea. El sistema se diseñó para reducir la carga de requisitos regulatorios para recetar opioides<sup>100</sup>. La reglamentación de México exige que los médicos obtengan una licencia especial, recetarios especiales y etiquetas con códigos de barras para recetar opioides.

Antes del lanzamiento, el proceso para obtener etiquetas con códigos de barras, que requería que los médicos viajaran personalmente hasta las capitales de los estados para buscarlas, suponía un obstáculo importante para el acceso a opioides<sup>101</sup>.

El nuevo sistema electrónico permite que los médicos obtengan su licencia especial —así como recetarios especiales con etiquetas con códigos de barras— a través de un sitio web seguro y los impriman desde cualquier computadora. Los farmacéuticos llevarán libros de registro electrónicos, y se prevé que esto reduzca la carga burocrática. Por último, las recetas se cancelan una vez que el farmacéutico las escanea, lo cual evita que los pacientes vuelvan a utilizarlas.

El nuevo sistema ofrece varias ventajas:

- **Reduce la carga impuesta por las reglamentaciones a los médicos.** Los médicos ya no tienen que viajar hasta la capital de su estado para obtener una licencia para extender recetas y etiquetas con códigos de barras, y se eliminan así factores significativos que disuadían de recetar analgésicos opioides;
- **Mejora la posibilidad de las autoridades de supervisar el uso de analgésicos opioides e identificar posibles casos de uso indebido.** La autoridad de reglamentación tiene acceso instantáneo a información clave sobre recetas suministradas. La información se guarda en forma electrónica, lo que hace más fácil la detección de irregularidades. Antes de las reformas, las autoridades de reglamentación se veían obligadas a auditar registros físicos de recetas mantenidos por las farmacias para investigar irregularidades; y
- **Reduce los costos regulatorios.** La supervisión de un sistema regulatorio complejo, que requiere la distribución física de licencias, talonarios de recetas y códigos de barras, es costosa. Al reducir la carga impuesta por las reglamentaciones y reforzar el control, se prevé que el nuevo sistema reduzca sustancialmente los costos regulatorios<sup>102</sup>.

---

<sup>100</sup> Secretaría de Salud de México, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), “Acciones de la Secretaría de Salud en Materia de Cuidados Paliativos”, octubre de 2014, [http://www.tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Sem\\_Paliativos2014/Clausura%20Mikel%20Arriola.pdf](http://www.tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Sem_Paliativos2014/Clausura%20Mikel%20Arriola.pdf) (consultado el 1 de julio de 2015).

<sup>101</sup> Human Rights Watch, *Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México*, octubre de 2014, <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>, págs. 70-75.

<sup>102</sup> Ver Secretaría de Salud, COFEPRIS, “Acciones de la Secretaría de Salud en Materia de Cuidados Paliativos”.

### **Requisitos para la emisión de recetas para pacientes hospitalizados**

Las reglamentaciones antes mencionadas se aplican únicamente a pacientes ambulatorios. En el caso de pacientes que están hospitalizados, las farmacias de los hospitales pueden formular sus propias políticas internas para recetar y despachar analgésicos opioides<sup>103</sup>.

Varios médicos contaron a Human Rights Watch que estas políticas internas pueden presentar grandes diferencias de un hospital a otro, y algunas evitan el uso de estos medicamentos mientras que otras lo facilitan.

Entre los procedimientos internos que generan inconvenientes se pueden citar la exigencia de que los trabajadores de la salud devuelvan las ampollas vacías de morfina a la farmacia para poder obtener nuevas ampollas (lo cual puede demorar el inicio del tratamiento para los pacientes con dolor severo), o el requisito de que haya varias firmas en una receta interna de analgésicos opioides para que pueda expedirse el medicamento<sup>104</sup>.

Estos requisitos exceden lo que exigen los tratados internacionales sobre fiscalización de drogas y podrían desalentar el uso médico adecuado de los analgésicos opioides. Las farmacias de algunos hospitales también imponen limitaciones arbitrarias a la cantidad de ampollas que pueden suministrar por día para un paciente hospitalizado, independientemente de su condición o necesidad<sup>105</sup>.

Si bien las farmacias internas de los hospitales por lo general no suministran medicamentos a pacientes que no están hospitalizados, las reglamentaciones internas de cuatro hospitales públicos o subvencionados por el gobierno actualmente les permiten despachar analgésicos opioides a pacientes ambulatorios, una modalidad muy utilizada por los médicos de cuidados paliativos de estos hospitales. Esto les permite eludir las reglamentaciones antes mencionadas para recetar y suministrar analgésicos opioides,

---

<sup>103</sup> Entrevista de Human Rights Watch con Ileana Ruiz, 23 de julio de 2015.

<sup>104</sup> Comunicación por correo electrónico entre Human Rights Watch y la Dra. Eva Duarte, 9 de septiembre de 2016.

<sup>105</sup> *Ibíd.*

dado que los medicamentos pueden darse a pacientes sin un formulario de receta especial, dictamen o autorización del gobierno<sup>106</sup>.

Por ejemplo, en 2014, la farmacia del Hospital Roosevelt adaptó sus políticas internas para permitir el suministro de analgésicos opioides orales para pacientes ambulatorios. Las recetas deben extenderse en talonarios internos de recetas para sustancias controladas, que están disponibles para un determinado grupo de médicos a quienes el hospital habilita a recetar estos medicamentos<sup>107</sup>. Con estas recetas, los pacientes pueden obtener sus medicamentos en la farmacia interna del hospital sin necesidad de un dictamen o autorización del gobierno.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) utiliza un procedimiento similar. El Dr. Víctor Samayoa, jefe de la unidad de cuidados paliativos en el INCAN, explicó la diferencia que esto supone para los pacientes.

Cuando llegué al INCAN, me causó una fuerte impresión. En 10 minutos, el paciente recibe su medicamento. [Si siguiéramos las reglamentaciones] sería un caos... La mayoría de los pacientes que se atienden aquí viven lejos. Tuve un paciente que viajaba nueve horas para llegar hasta aquí. No es posible tratar adecuadamente a estos pacientes si tenemos que observar las reglamentaciones<sup>108</sup>.

Sin embargo, dado que es poco común que se suministren medicamentos a pacientes ambulatorios a través de las farmacias de los hospitales, la mayoría de los hospitales de Guatemala no permiten que sus farmacias internas suministren analgésicos opioides a estos pacientes. Estos hospitales, incluido el Hospital General San Juan de Dios, un importante establecimiento de nivel terciario de la Ciudad de Guatemala, se atienen a la

---

<sup>106</sup> La Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP); Hospital de Especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instituto de Cancerología (INCAN); y Hospital Roosevelt. Según lo indicado en entrevistas con personal de estos hospitales.

<sup>107</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Ana Morales, médica de medicina interna en el Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, 24 de julio de 2015; entrevista de Human Rights Watch con Anabella de Wyss, jefa de farmacia interna del Hospital Roosevelt, 24 de julio de 2015; entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Judith Pineda, hematóloga en el Hospital Roosevelt, 24 de julio de 2015.

<sup>108</sup> Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Víctor Samayoa, Ciudad de Guatemala, 20 de julio de 2015.

práctica establecida de que los pacientes ambulatorios deben comprar sus medicamentos en farmacias privadas<sup>109</sup>.

### Colombia: Más farmacias venden opioides orales

La falta de farmacias que cuenten con reservas de morfina oral es una dificultad importante en muchos países. Los requisitos administrativos, el bajo nivel de demanda, las consideraciones sobre posible uso indebido o desvío, y la posibilidad de escrutinio por parte de las autoridades de aplicación de la ley disuaden a muchos propietarios de farmacias de contar con morfina en sus existencias.

Varios actores han intentado activamente abordar este problema. En Colombia, por ejemplo, la sólida interacción entre el gobierno, las ONG y los actores del ámbito académico ha llevado a modificar la reglamentación para la adquisición de fármacos a nivel regional en 2008. En virtud de esa reglamentación, los 32 departamentos de Colombia deben tener al menos una farmacia privada o pública donde se garantice la disponibilidad de opioides en todo momento<sup>110</sup>. Este compromiso en materia de disponibilidad de opioides se consolidó en el artículo 8 de la ley de cuidados paliativos que se aprobó recientemente en Colombia<sup>111</sup>. Tras estas y otras iniciativas para aumentar el acceso a los cuidados paliativos en el país, el consumo de opioides se incrementó drásticamente. Entre 2006 y 2012, el gobierno informó un aumento del 270% en el consumo de opioides<sup>112</sup>.

\*\*\*

---

<sup>109</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Karla López, oncóloga en el Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, 23 de julio de 2015.

<sup>110</sup> Marta León, et al., “Integrating palliative care in public health: The Colombian experience following an International Pain Policy Fellowship”, *Palliative Medicine* (2011), [http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Leon\\_2011\\_Integrating%20palliative%20care\\_o.pdf](http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Leon_2011_Integrating%20palliative%20care_o.pdf) (consultado el 19 de mayo de 2015) pág. 3; Marta León, et al., “Improving the Availability of and Access to Opioids in Colombia: Description and Preliminary Results of an Action Plan for the Country”, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 28, n.º 5 (2009), [http://www.jpmsjournal.com/article/So885-3924\(09\)00705-2/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/So885-3924(09)00705-2/pdf) (consultado el 19 de mayo de 2015).

<sup>111</sup> Pain Policy & Palliative Care, “Celebrating Success: A Palliative Care Law for Colombia”, publicación en “painpolicy”, 23 de octubre de 2014, <https://painpolicy.wordpress.com/2014/10/23/celebrating-success-a-palliative-care-law-for-colombia/> (consultado el 19 de mayo de 2015).

<sup>112</sup> JIFE, “Estupefacientes: previsiones de las necesidades mundiales para 2009. Estadísticas de 2007” (Nueva York: Naciones Unidas, 2009), [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2008/Narcotics\\_drugs\\_publication2008.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2008/Narcotics_drugs_publication2008.pdf) (consultado el 6 de marzo de 2017), pág. 236; Treat the Pain, “Colombia—Treat the Pain: A Country Snapshot,” 2016, <http://treatthepain.org/Assets/CountryReports/Colombia.pdf> (consultado el 6 de marzo de 2017).



## ¿Debo seguir las reglamentaciones? Un dilema ético para médicos y farmacéuticos

Para nosotros, no hay otra alternativa [más que eludir las reglamentaciones]. Tratamos en forma directa con los pacientes. ¿Qué otra cosa podemos hacer que no sea ayudarlos?

— Médico de cuidados paliativos, Ciudad de Guatemala, diciembre de 2014<sup>113</sup>

Las reglamentaciones excesivamente restrictivas de Guatemala sobre opioides generan un profundo dilema ético para algunos médicos que recetan estos medicamentos y para los farmacéuticos: no pueden brindar atención adecuada a los pacientes, tal como lo exige su juramento profesional, sin torcer o violar la ley, y esto los expone a la posibilidad de sanciones disciplinarias o penales.

Hemos tomado conocimiento de varias formas en las cuales algunos médicos y farmacéuticos transgreden los límites de la ley de manera tal de asegurarse de que sus pacientes puedan obtener el tratamiento para el dolor que necesitan<sup>114</sup>:

- **Farmacéuticos que entregan opioides antes de recibir la autorización.** Advertimos que algunos profesionales farmacéuticos aceptan surtir recetas de medicamentos opioides sin el correspondiente sello de autorización<sup>115</sup>. En esos casos, envían un servicio de correo posteriormente a la oficina de autorizaciones. Esta práctica no es congruente con las reglamentaciones de Guatemala, y un farmacéutico podría enfrentar sanciones disciplinarias si se deniega la autorización de una receta que ya se ha surtido.
- **Reutilización de analgésicos opioides devueltos.** A menudo, cuando fallecen pacientes, quedan analgésicos opioides en poder de los familiares. Algunos médicos aceptan estos medicamentos y se los administran a otros pacientes; de esta manera, evitan el proceso oficial de emisión de recetas y que las familias tengan que cumplir con el requisito de autorizar la receta. Esta práctica no es lícita en función de lo estipulado por las reglamentaciones vigentes.
- **Compra de analgésicos opioides en el mercado negro.** Algunos pacientes y médicos comentaron que era más fácil comprar analgésicos opioides en el mercado negro que conseguir y surtir una receta. Un médico de una localidad alejada de la Ciudad de Guatemala nos contó que obtener medicamentos opioides en forma legal es prácticamente imposible para los pacientes de su localidad. Este médico recomienda a los pacientes que los consigan en el mercado negro.

---

<sup>113</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un médico especializado en cuidados paliativos (nombre bajo reserva), Ciudad de Guatemala, 15 de diciembre de 2014.

<sup>114</sup> También llegamos a la conclusión de que las farmacias y los médicos privados contratan habitualmente servicios de correo para obtener la autorización de recetas para sus pacientes. Por lo tanto, los obstáculos reglamentarios afectan, principalmente, a los sectores más pobres de la población de Guatemala, que no pueden costear estos servicios.

<sup>115</sup> Como se señaló anteriormente, existen algunas circunstancias en que esto sí está permitido. En algunos casos, estos farmacéuticos iban más allá de las excepciones contempladas por la reglamentación.

Las reglamentaciones que obligan a trabajadores de atención de la salud a elegir entre brindar una atención adecuada —observando su deber ético— y transgredir la ley son, a todas luces, problemáticas. Ningún trabajador de atención de la salud debería correr el riesgo de ser encarcelado por recetar medicamentos esenciales. A su vez, las formas antes mencionadas en las cuales los trabajadores de atención médica, farmacéuticos y pacientes eluden los requisitos oficiales frustran el objetivo mismo de las reglamentaciones: establecer un procedimiento claro para la prescripción de estos medicamentos, que impida su desvío y uso indebido, y permita al gobierno investigar tales incidentes.

### *Sanciones legales por incumplimiento de las reglamentaciones sobre prescripción*

Las reglamentaciones y las leyes penales de Guatemala contemplan sanciones legales potencialmente severas para los médicos y farmacéuticos que violen requisitos reglamentarios. De hecho, las reglamentaciones sobre drogas del país son tan complejas que dificultan su cumplimiento incluso a los médicos o farmacéuticos más escrupulosos. Las reglamentaciones suelen mencionar posibles sanciones penales que pueden derivarse de su incumplimiento.

Las violaciones de las reglamentaciones sobre drogas probablemente se encuadren en los artículos 38 y 44 de la ley sobre tráfico de drogas de Guatemala, que establece lo siguiente:

Artículo 38: El que sin autorización legal adquiera, enajene a cualquier título, importe, exporte, almacene, transporte, distribuya, suministre, venda, expendá o realice cualquier otra actividad de tráfico de semillas, hojas, plantas, florecencias o sustancias o productos clasificados como drogas, estupefacientes, psicotrópicos o precursores, será sancionado con prisión de doce a veinte años y multa de GTQ 50.000 (el equivalente aproximado a USD 6.642) y GTQ 1.000.000 (el equivalente aproximado USD 132.846), igual pena se aplicará a quien proporcione los medios, facilite o permita el aterrizaje de naves aéreas utilizadas para el tráfico ilícito.

Artículo 44: El facultativo que recete o suministre drogas que necesiten receta para ser adquiridas cuando no son indicadas por la terapéutica con infracción de las leyes o reglamentos sobre la materia, será sancionado con

prisión de tres a cinco años de prisión, multa de GTQ 200 (el equivalente aproximado a USD 27) a GTQ 10.000 (el equivalente aproximado a USD 1328) e inhabilitación para ejercer su profesión, pena accesoria ésta última que no podrá exceder el tiempo que dure la pena privativa de libertad<sup>116</sup>.

Las violaciones de este artículo son punibles con penas de prisión de tres a cinco años<sup>117</sup>. La pena por suministrar ilegalmente estupefacientes es de 12 a 20 años de prisión y una multa de GTQ 50.000 a GTQ 1.000.000 (USD 6.642 a USD 132.846)<sup>118</sup>.

Las reglamentaciones de Guatemala pueden exponer a los médicos y farmacéuticos a sanciones legales. Por ejemplo, las reglamentaciones establecen lo siguiente:

Los establecimientos que comercializan con estupefacientes... despacharán los mismos solamente cuando las recetas estén formuladas en el recetario oficial y autorizadas por el Departamento [de Regulación]. En caso contrario el despacho de tales medicamentos es considerado como suministro ilegal de estupefacientes y sancionado como tal<sup>119</sup>.

Este artículo sugiere que surtir recetas antes de contar con la autorización del gobierno —ya sea en la Ciudad de Guatemala o fuera de ella— podría generar cargos por tráfico de drogas.

Las reglamentaciones también sugieren que las decisiones clínicas sobre la dosis o los tipos de medicamentos recetados podrían dar lugar a sanciones penales incluso cuando no existan pruebas de que el médico extendió deliberadamente una receta para un analgésico opioide a alguien que no tenía la necesidad médica de recibirlo:

En caso que no haya suficiente sustento científico en cuanto al uso y dosis utilizada, el prescriptor debe responder ante El Departamento, sin perjuicio de las sanciones que puedan corresponder en virtud de delito o falta<sup>120</sup>.

---

<sup>116</sup> Ley Contra la Narcoactividad, art. 44.

<sup>117</sup> *Ibíd.*

<sup>118</sup> *Ibíd.*, art. 38.

<sup>119</sup> MSPAS, Normativa 17-2002, art. 6.1.

<sup>120</sup> MSPAS, Normativa 16-2002, art. 3.1.

Si bien no identificamos a ningún médico que haya enfrentado investigaciones o sanciones en virtud de esta disposición, la OMS señala el temor a posibles sanciones legales como un motivo clave del bajo consumo de medicamentos opioides en algunos países<sup>121</sup>. Para afrontar este problema, recomienda que los países adopten reglamentaciones claras y sanciones proporcionadas, de modo que los médicos no teman a las sanciones por infracciones de la ley no deliberadas o técnicas<sup>122</sup>.

### *Disponibilidad de analgésicos opioides en diferentes presentaciones*

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS contiene una sección sobre dolor y cuidados paliativos que incluye un total de 20 medicamentos esenciales clasificados en tres categorías: medicamentos antiinflamatorios no opioides y no esteroides, analgésicos opioides y medicamentos para otros síntomas comunes de pacientes de cuidados paliativos.

La lista incluye morfina en cinco presentaciones —gránulos, inyección, líquido oral, comprimidos (de liberación prolongada) y comprimidos (de liberación inmediata)—, a menudo con varias dosis en cada presentación. La OMS recomienda que estos medicamentos estén disponibles para todos aquellos que los necesitan, en las presentaciones y dosis que se indican en la lista<sup>123</sup>.

La presentación más básica de morfina recomendada por la OMS es la morfina oral de liberación inmediata en comprimidos de 10 mg. Pese a ello, la única presentación de morfina de liberación inmediata disponible en Guatemala son las cápsulas de 30 mg, una dosis que genera dificultades clínicas que se evitarían si hubiera comprimidos de 10 mg, incluidas las siguientes<sup>124</sup>:

- Dificultad para partir las cápsulas en dosis más pequeñas para pacientes que requieren 5 mg o 10 mg;
- Para tratar el dolor intercurrente —picos de dolor que no se controlan adecuadamente con la dosis normal recetada—, los médicos por lo general indican

---

<sup>121</sup> OMS, “Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment”, 2000, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf> (consultado el lunes, 06 de marzo de 2017) pág. 18.

<sup>122</sup> *Ibíd.*

<sup>123</sup> OMS, “Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS”, 2013, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML\\_18\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1) (consultado el 7 de marzo de 2017).

<sup>124</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Eva Duarte, Ciudad de Guatemala, 14 de diciembre de 2015.

a los pacientes que tomen una pequeña dosis extra, algo difícil de lograr con cápsulas de 30 mg<sup>125</sup>.

Además, se supone que los trabajadores de atención médica no deben preparar nuevas formulaciones a partir de comprimidos de morfina, como jarabe de morfina<sup>126</sup>. Sin embargo, para los pacientes que no pueden tragar, esa puede ser la única opción de administración del medicamento.

La OMS recomienda que los países que disponen de varias presentaciones y dosis de morfina para los médicos les den la flexibilidad de ajustar el tratamiento según sea necesario. La formulación oral líquida de morfina, por ejemplo, es esencial para los pacientes que tienen dificultades para tragar o náuseas incontrolables, que son dos problemas comunes en los pacientes de cuidados paliativos. Las soluciones orales también son esenciales para muchos niños pequeños.

Guatemala tiene dos listas de medicamentos —una para los hospitales del Ministerio de Salud y una para los hospitales del sistema de seguridad social—, y sus centros pueden elegir entre estas para conseguir medicamentos<sup>127</sup>. Estas listas presentan varias diferencias importantes entre sí:

- La morfina de liberación inmediata —la presentación más básica y de menor costo— no está incluida en ninguna de las dos listas;
- Las presentaciones de morfina en gránulos y oral líquida, ambas importantes para pacientes que tienen dificultades para tragar y para pacientes pediátricos, no están incluidas en las listas; y
- En la lista del sistema de seguridad social, la morfina de liberación prolongada y la morfina inyectable están disponibles exclusivamente para hematología, oncología, terapia intensiva y emergencias. No obstante, más del 60% de las personas que

---

<sup>125</sup> La OMS recomienda que una dosis de rescate debería equivaler “al 50-100% de la dosis regular administrada cada cuatro horas”. Ver OMS, “Alivio del dolor en el cáncer, Segunda edición, Con una guía sobre la disponibilidad de opioides”, 1996, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41854/1/9243544829.pdf> (consultado el 6 de marzo de 2017), pág. 14.

<sup>126</sup> Comunicación por correo electrónico entre Human Rights Watch y la Dra. Eva Duarte, 9 de septiembre de 2016.

<sup>127</sup> Ver la lista del IGSS en <http://www.igssgt.org/images/medicamentos/LM%20Julio%202014.pdf/> (consultado el 28 de mayo de 2015). Ver la lista del MSPAS en <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/contrato-abierto.html> (consultado el 28 de mayo de 2015).

necesitan tratamiento para el dolor en Guatemala tienen una enfermedad crónica que no es cáncer<sup>128</sup>.

En 2012, la Comisión Nacional de Cuidados Paliativos presentó ante la división de narcóticos del Ministerio de Salud una propuesta para modificar la normativa 16-2002, en virtud de la cual los recetarios recibirían autorización previa para que los pacientes puedan surtir sus recetas sin tener que validarlas. Sin embargo, el ministerio nunca respondió la propuesta.

## Obstáculos al desarrollo de cuidados paliativos

La OMS y su órgano de toma de decisiones, la Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly, WHA), recomiendan que los sistemas nacionales de salud incorporen los cuidados paliativos. Para lograrlo, la OMS recomienda que los gobiernos formulen e implementen una serie de políticas específicas que considera esenciales para ampliar los cuidados paliativos, además de una política para garantizar la disponibilidad de medicamentos para cuidados paliativos. Entre estas políticas se incluyen:

- Políticas relativas a los sistemas de salud que garanticen la integración de los servicios de cuidados paliativos en la estructura y financiación de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria en todos los niveles de atención;
- Políticas destinadas a reforzar y ampliar la dotación de recursos humanos, en especial por la enseñanza y formación de los profesionales de la asistencia sanitaria, para atender debidamente las necesidades de asistencia paliativa, acompañadas de la formación de voluntarios y de una labor pedagógica dirigida al gran público<sup>129</sup>.

La OMS ha observado que estas medidas, fundamentales para el desarrollo de los cuidados paliativos, “tienen un costo muy bajo, pero podrían tener efectos sustanciales”<sup>130</sup>. Estas recomendaciones se reflejan en una resolución de la WHA sobre cuidados paliativos adoptada por unanimidad por los Estados Miembros de la ONU el 23

---

<sup>128</sup> OMS y WHPCA, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, pág. 16.

<sup>129</sup> OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, diciembre de 2013, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-sp.pdf) párr. 19.

<sup>130</sup> OMS, “Cancer Pain Relief”, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> pág. 3.

de mayo de 2014, un documento donde se plasma el consenso global y las metas en materia de políticas<sup>131</sup>.

El cumplimiento de estas recomendaciones es importante para las iniciativas de los gobiernos orientadas a hacer efectivo el derecho a la salud garantizado por las normas internacionales de derechos humanos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —el órgano que supervisa y orienta los esfuerzos de los Estados para hacer efectivo y proteger el derecho a la salud según lo estipulado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)— sostiene que los países deben adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública y garantizar el acceso a los medicamentos esenciales definidos por la OMS<sup>132</sup>. Ha señalado que proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud es una “obligación de prioridad comparable”<sup>133</sup>. Human Rights Watch considera que no tomar medidas en estas áreas importa una violación del derecho a la salud.

### *Integrar los cuidados paliativos en el sistema de salud*

Según la OMS, las políticas de los sistemas sanitarios nacionales deben promover la integración de los cuidados paliativos en la estructura de los sistemas de salud en todos los niveles de atención. En estas políticas, debe hacerse hincapié en la atención primaria, comunitaria y en el hogar<sup>134</sup>.

Guatemala no cuenta con una estrategia nacional de cuidados paliativos aunque ha incorporado estos cuidados en varios documentos de políticas de salud claves (ver a continuación). Si bien la estrategia para enfermedades no transmisibles (ENT) correspondiente al período 2010-2015 no menciona los cuidados paliativos, la guía de

---

<sup>131</sup> “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, Asamblea Mundial de la Salud, WHA 67.19, 14 de mayo de 2014, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf> (consultado el 26 de junio de 2014).

<sup>132</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (N.º 16) en 49, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, en vigor desde el 3 de enero de 1976, art. 12; Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada el 20 de noviembre de 1989, Res. A.G. 44/25, anexo 44 U.N. GAOR Supp. (N.º 49) en 167, Doc. de la ONU A/44/49 (1989), en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, art. 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º 14 . El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43.

<sup>133</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 44(f).

<sup>134</sup> OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, diciembre de 2013, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-sp.pdf) párr. 20(i).

atención de ENT del gobierno establece lo siguiente: “el tratamiento paliativo es un parámetro muy importante en el tratamiento del cáncer y puede proporcionarse en los servicios de salud del primer y el segundo nivel”<sup>135</sup>. La estrategia nacional sobre VIH/SIDA asigna el uno por ciento del presupuesto de VIH a los cuidados paliativos<sup>136</sup>. Una guía de prevención y cuidados integrales del cáncer cervicouterino del año 2014 del Ministerio de Salud incluye un capítulo sobre cuidados paliativos<sup>137</sup>.

El 16 de diciembre de 2011, el Ministerio de Salud dispuso la creación de una Comisión Nacional de Cuidados Paliativos para brindar asesoramiento al programa nacional sobre prevención de enfermedades no transmisibles y cáncer, respecto de cómo mejorar la atención médica a pacientes con cáncer avanzado.

La comisión debía reunirse al menos una vez por mes, entre otras cosas, para promover la disponibilidad de analgésicos opioides; desarrollar políticas públicas destinadas a la implementación de servicios de cuidados paliativos; desarrollar herramientas de vigilancia epidemiológica y coordinar actividades de capacitación para los proveedores de atención médica y las familias. Sin embargo, el trabajo de la comisión tuvo numerosas dificultades. Después de algunos meses, funcionarios del Ministerio de Salud dejaron de convocar a las reuniones mensuales y la comisión dejó de funcionar<sup>138</sup>.

---

<sup>135</sup> Ver el plan de ENT 2010-2015, Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, MSPAS, “Plan Estratégico 2010-2015, Guatemala, 2010”, 2010, <https://www.mindbank.info/item/4845> (consultado el 7 de marzo de 2017). La guía de atención de ENT puede encontrarse en [http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/Enfermedades%20cronicas%20no%20transmisibles/guias\\_atencion\\_enfermedades\\_cronicas\\_2011.pdf](http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/Enfermedades%20cronicas%20no%20transmisibles/guias_atencion_enfermedades_cronicas_2011.pdf).

<sup>136</sup> MSPAS, “Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida, Guatemala 2011-2015”, junio de 2011, [http://www.pasca.org/sites/default/files/PEN\\_2011\\_2015\\_GUA\\_FINAL.pdf](http://www.pasca.org/sites/default/files/PEN_2011_2015_GUA_FINAL.pdf) (consultado el 7 de marzo de 2017).

<sup>137</sup> MSPAS, OMS y Organización Panamericana de la Salud, “Plan Nacional de Prevención, Control y Manejo de Cáncer Cervicouterino 2014-2024”, mayo de 2014, [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=640-plan-nacional-de-precencion-control-y-manejo-de-cancer-cervicouterino-2014-2024&category\\_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-global-y-regional&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=640-plan-nacional-de-precencion-control-y-manejo-de-cancer-cervicouterino-2014-2024&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-global-y-regional&Itemid=518) (consultado el 7 de marzo de 2017).

<sup>138</sup> Comunicación por correo electrónico entre Human Rights Watch y la Dra. Eva Duarte, 9 de septiembre de 2016.



## Panamá: Integrar los cuidados paliativos en el sistema de salud

La ley panameña reconoce a los pacientes el derecho a recibir cuidados paliativos, exige que todos los hospitales tengan unidades de cuidados paliativos y establece que son los centros de atención primaria los responsables de brindar cuidados paliativos a pacientes que los requieren durante períodos prolongados<sup>139</sup>. En 2011, el Ministerio de Salud de Panamá adoptó una estrategia nacional de cuidados paliativos para contribuir a implementar la ley<sup>140</sup>.

La idea detrás de la estrategia es que los pacientes siempre deben recibir atención lo más cerca posible de sus hogares. Establece un modelo que vincula los diferentes niveles del sistema de salud, de modo que los pacientes puedan pasar fácilmente de uno a otro dependiendo de su situación.

En este modelo, los hospitales regionales de Panamá desempeñan una función clave, y todos deben tener equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos. Estos equipos no solo ofrecen atención clínica, sino que además deben capacitar a trabajadores de la salud en el nivel de atención primaria, ofrecerles apoyo continuo en la atención de los pacientes y trabajar con ONG, iglesias y otras instituciones, para desarrollar el apoyo comunitario a los cuidados paliativos. Los equipos multidisciplinarios también son el nexo que vincula a los diferentes niveles de atención, al facilitar derivaciones a niveles superiores e inferiores del sistema.

Panamá ha logrado avances significativos en la implementación de esta estrategia. Cada una de las 10 provincias del país cuenta con un coordinador de cuidados paliativos, más de la mitad de las regiones tienen programas activos de cuidados paliativos, y la cantidad de pacientes que reciben este tipo de cuidados ha aumentado de manera sostenida de 1.000 en 2010 a más de 2.600 en 2015. Aun así, continúa habiendo dificultades, en especial en regiones remotas, dentro del sistema de seguridad social, y en la prestación de cuidados paliativos a niños<sup>141</sup>.

---

<sup>139</sup> Ver Qué Regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en Materia de Información y de Decisión Libre e Informada, *Asamblea Legislativa de la República de Panamá*, n.º 68 de 2003, <http://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/2013/11/Ley-68-2003-Regula-los-derechos-y-obligaciones-de-los-pacientes.pdf> (consultado el 19 de mayo de 2015) art. 23.

<sup>140</sup> Ministerio de Salud de Panamá, “Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, 2011, [http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20\(2\).pdf](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20(2).pdf) (consultado el 19 de mayo de 2015).

<sup>141</sup> Comunicación por correo electrónico entre Human Rights Watch y el Dr. Gaspar Da Costa, coordinador nacional de cuidados paliativos de Panamá, 10 de septiembre de 2014.

### *Formación en cuidados paliativos para trabajadores de atención de la salud*

La capacitación y la formación adecuadas para los trabajadores de atención de la salud son esenciales para brindar cuidados paliativos<sup>142</sup>. De hecho, en muchos países la falta de dicha capacitación es el mayor obstáculo para su prestación.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera la capacitación adecuada de los trabajadores de atención de la salud como un asunto de importancia clave en los esfuerzos gubernamentales por garantizar el derecho a la salud<sup>143</sup>. La OMS recomienda “garantizar que se imparta enseñanza sobre la asistencia paliativa (comprendidos sus aspectos éticos) a los alumnos de facultades de medicina y escuelas de enfermería y a los proveedores de atención de salud en todos los niveles...”<sup>144</sup>.

La resolución de la WHA de mayo de 2014 insta a los países a incluir los cuidados paliativos como un “componente integral dentro de los programas de educación continua y formación ofrecidos a los dispensadores de atención”, y especifica que:

- todos los médicos deben recibir formación básica y educación continua en materia de cuidados paliativos;
- deberá ofrecerse formación intermedia a todos los trabajadores sanitarios que habitualmente trabajan con pacientes afectados por enfermedades potencialmente mortales; y
- deberá haber formación especializada disponible para los profesionales que se encargan de intervenciones complejas de cuidados paliativos<sup>145</sup>.

Este enfoque multidimensional de la formación en materia de cuidados paliativos es esencial para integrar estos cuidados en todos los niveles del sistema de salud, como lo

---

<sup>142</sup> European Association for Palliative Care (EAPC), “Specialization in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014: A Supplement to the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe”, 2014, prefacio, [http://www.eapcnet.eu/Portals/o/Organization/Development%20in%20Europe%20TF/Specialisation/2014\\_SpecialisationPMPhysicianInEurope.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/o/Organization/Development%20in%20Europe%20TF/Specialisation/2014_SpecialisationPMPhysicianInEurope.pdf) (consultado el 15 de mayo de 2015); David Clark, “International Progress in Creating Palliative Medicine as a Specialized Discipline”, en *Oxford Textbook of Palliative Medicine, Fourth Ed.*, ed. Geoffrey Hanks, et al. (Londres: Oxford University Press, 2010), pág. 10.

<sup>143</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 44.

<sup>144</sup> OMS, “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, diciembre de 2013, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-sp.pdf) párr. 20.

<sup>145</sup> “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”, Asamblea Mundial de la Salud, 14 de mayo de 2014, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>.

recomienda la resolución de la WHA. Un sistema de salud en el que todos los trabajadores de atención médica tengan formación en cuidados paliativos adecuada para su función permite que los pacientes reciban atención lo más cerca posible de sus hogares, lo cual evita que deban hacer viajes extenuantes, costosos y que demandan mucho tiempo para ver a los especialistas. Asimismo, esto permite que los especialistas se concentren en los casos más complejos mientras que los médicos clínicos pueden atender los casos de rutina, lo cual mejora la eficiencia del sistema<sup>146</sup>.

En Guatemala hay cuatro universidades con facultades de medicina<sup>147</sup>. Solo una, la Universidad Mariano Gálvez, tiene un plan de estudios universitario obligatorio sobre cuidados paliativos<sup>148</sup>. En la Universidad de San Carlos, la facultad de medicina más grande de Guatemala, y la única pública, los cuidados paliativos no forman parte de su plan de estudios<sup>149</sup>. Debido a esto, la mayoría de los médicos que se gradúan de la facultad de medicina en Guatemala tienen conocimientos escasos o nulos sobre cuidados paliativos y carecen de exposición clínica a este servicio de salud, lo cual complica en gran medida los esfuerzos por integrarlo en el sistema de salud.

De manera similar, la mayoría de los estudiantes de medicina y los médicos no tienen contacto con cuidados paliativos durante sus residencias ni en la etapa de especialización de su formación. A excepción de los anesthesiólogos, los médicos en los campos de la medicina que suelen atender a pacientes con enfermedades que limitan sus condiciones de vida —como oncología, medicina interna y cardiología— no reciben formación académica ni clínica en cuidados paliativos. Los residentes de anestesiología del Hospital

---

<sup>146</sup> Timothy E. Quill, M.D., y Amy P. Abernethy, M.D., “Generalist Plus Specialist Palliative Care—Creating a More Sustainable Model”, *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n.º 13 (2013), págs. 1173-74, [http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-03-28\\_neim/neimp1215620.pdf](http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-03-28_neim/neimp1215620.pdf) (consultado el 15 de mayo de 2015).

<sup>147</sup> Universidad de San Carlos de Guatemala; Universidad Francisco Marroquín; Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; y Universidad Rafael Landívar.

<sup>148</sup> Para consultar el plan de estudios de la Universidad de San Carlos, ver <http://medicina.usac.edu.gt/cienciasclinicas.html#acc1>; el de la Universidad Francisco Marroquín, ver [http://medicina.ufm.edu/images/6/6d/Pensum\\_Ciencias\\_CI%C3%ADnicas\\_2015.pdf](http://medicina.ufm.edu/images/6/6d/Pensum_Ciencias_CI%C3%ADnicas_2015.pdf); y el de la Universidad Rafael Landívar, ver <http://www.url.edu.gt/WebPensumCarrera/Default.aspx?id=206&sm=c8&sm=c9>. La facultad de medicina de la Universidad Mariano Gálvez es la única que incluye los cuidados paliativos como asignatura obligatoria. En la Universidad Mariano Gálvez, los estudiantes deben completar 75 horas de formación en cuidados paliativos, que incluyen 25 horas de capacitación clínica en la unidad de cuidados paliativos del INCAN. Dra. Eva Rossina Duarte Juárez, et al., “Propuesta de una Política Nacional de Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer”, 2013, <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2013-03.pdf> (consultado el 7 de mayo de 2015) pág. 30.

<sup>149</sup> Para consultar el plan de estudios de la Universidad de San Carlos, ver <http://medicina.usac.edu.gt/cienciasclinicas.html#acc1>.

San Juan de Dios, el Hospital Roosevelt y el Hospital Militar Central deben participar en una rotación clínica, de uno a dos meses de duración, en la unidad de cuidados paliativos del Instituto de Cancerología de Guatemala. Los médicos que hacen su especialización en anestesiología en hospitales fuera de la Ciudad de Guatemala no hacen una rotación en cuidados paliativos.

Sin estas rotaciones, muchos médicos en Guatemala comienzan su carrera profesional habiendo tenido una exposición muy limitada a los cuidados paliativos. Como lo observó un médico que estaba participando en una rotación de cuidados paliativos:

[E]l programa es esencial. En mi hospital no usamos opioides para manejar el dolor. Solo los usamos durante las cirugías [para la anestesia]. No sabemos lo que les ocurre a los pacientes después. Cuando llegas aquí, aprendes a manejar el dolor<sup>150</sup>.

Los cuidados paliativos tampoco son una especialización médica en Guatemala, lo que implica que los médicos jóvenes que aspiran a ejercer en este campo deben intentar obtener capacitación fuera del país. Entre 2012 y 2014, la Universidad de San Carlos ofreció la oportunidad educativa más parecida a una especialización médica en cuidados paliativos que estuvo disponible en Guatemala: un diploma de posgrado. El programa consistía en 350 horas de formación teórica en cuidados paliativos, y se graduaron 70 estudiantes durante los dos años en los que se brindó<sup>151</sup>. Sin embargo, una nueva administradora de la universidad decidió no renovar el programa en 2015, porque no consideraba que fuera una prioridad<sup>152</sup>.

---

<sup>150</sup> Entrevista de Human Rights Watch con un residente de anestesiología (nombre bajo reserva), INCAN, Ciudad de Guatemala, 20 de agosto de 2015.

<sup>151</sup> Duarte, et al., “Propuesta de una Política Nacional de Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer”, 2013, <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2013-03.pdf> pág. 30.

<sup>152</sup> Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Eva Duarte, Ciudad de Guatemala, 20 de agosto de 2015.

### III. La obligación de Guatemala de mejorar el tratamiento del dolor

#### Derecho nacional

La Constitución de Guatemala garantiza el derecho a la salud en su artículo 93, donde se lo consagra como un derecho fundamental reconocido a todos los guatemaltecos, sin discriminación<sup>153</sup>. El artículo 94 estipula:

El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación [y] rehabilitación ... a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social<sup>154</sup>.

La constitución también reconoce expresamente la responsabilidad del Estado de proteger “la salud física, mental y moral” de las personas mayores<sup>155</sup>.

En su interpretación del derecho a la salud, la Corte de Constitucionalidad de Guatemala señaló:

[El derecho] implica el poder tener acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o la restitución del bienestar físico ... [y] que el Estado debe tomar medidas adecuadas para ... que se pongan al alcance de todos, los servicios necesarios ... para satisfacer las necesidades básicas. Implica, también, que se adopten las providencias adecuadas para que los habitantes puedan ejercer este derecho.

---

<sup>153</sup> Constitución Política de la República de Guatemala, *Corte de Constitucionalidad*, 1985, <http://www.ine.gob.gt/archivos/informacionpublica/ConstitucionPolitica dela Republica de Guatemala.pdf> (consultado el 9 de junio de 2015) art. 93. Para consultar la versión en inglés, ver [https://www.constituteproject.org/constitution/Guatemala\\_1993.pdf](https://www.constituteproject.org/constitution/Guatemala_1993.pdf).

<sup>154</sup> *Ibíd.*, art. 94.

<sup>155</sup> *Ibíd.*, art. 51.

La protección a la salud se pretende realizar mediante una intervención directa y decisiva del Estado<sup>156</sup>.

Como parte del Acuerdo de Paz de Guatemala, que en 1996 puso fin formalmente a 36 años de conflicto armado interno, el gobierno prometió iniciar una serie de reformas destinadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud<sup>157</sup>. El acuerdo establece lo siguiente:

Es atribución del Ministerio de Salud la formulación de políticas que permitan el acceso de toda la población guatemalteca a los servicios integrales de salud... [El sistema crearía] las condiciones para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad a la población de bajos recursos... La organización descentralizada de los distintos niveles de atención debe asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional.

## El derecho a la salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), al que Guatemala adhirió en 1988, dispone en el artículo 12 que todas las personas tienen derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>158</sup>. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el órgano encargado de supervisar el cumplimiento del PIDESC, sostiene que los Estados deben poner a disposición un número suficiente de “establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”, y que estos servicios deben ser accesibles<sup>159</sup>.

---

<sup>156</sup> Corte de Constitucionalidad, “Inconstitucionalidad Directa, Expedientes Acumulados Números 355-92 y 359-92”, mayo de 1993, [http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2014/09/Guatemala-355-92-y-359-92-Spanish\\_.pdf](http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2014/09/Guatemala-355-92-y-359-92-Spanish_.pdf) (consultado el 9 de junio de 2015) considerandos II y III. Para consultar una versión en inglés, ver <http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2014/09/Guatemala-355-92-y-359-92.pdf> (consultado el 9 de junio de 2015).

<sup>157</sup> Secretario General de la ONU, “La situación en Centroamérica: Procedimientos para establecer la paz firme y duradera, y progresos para la configuración de una región de paz, libertad, democracia y desarrollo”, Carta al Presidente de la Asamblea General, A/50/956, 6 de junio de 1996, <http://www.guatemalaun.org/bin/documents/Socioecon%C3%B3mico%20y%20situaci%C3%B3n%20agraria.pdf> (consultado el 9 de junio de 2015) anexo, art. 23.

<sup>158</sup> PIDESC, art. 12.

<sup>159</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 12.

El derecho internacional reconoce que la capacidad de los Estados para brindar servicios de salud de calidad difiere según los recursos de los que dispongan. Se considera al derecho a la salud como un derecho de “realización progresiva”. Al formar parte de acuerdos internacionales, cada Estado acepta “adoptar... medidas... hasta el máximo de los recursos de que disponga” para alcanzar la plena realización del derecho a la salud<sup>160</sup>.

En otras palabras, los países de altos ingresos, por lo general, deberán brindar servicios de salud de un nivel superior que los países que cuentan con recursos más limitados, pues tienen la capacidad para hacerlo. Pero se espera que todos los Estados Parte del PIDESC prioricen el avance en esta área y tomen medidas concretas para aumentar la prestación de servicios. Las medidas deliberadamente regresivas que menoscaban el disfrute del derecho a la salud en general constituyen una violación de este derecho, y corresponde al Estado en cuestión demostrar que son justificadas<sup>161</sup>.

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas sostiene que hay determinadas obligaciones básicas intrínsecas al derecho a la salud que son tan fundamentales que todos los Estados Parte del PIDESC deben cumplirlas de inmediato, en vez de realizarlas progresivamente a lo largo del tiempo. Si bien las restricciones en términos de recursos pueden justificar el cumplimiento parcial de solamente algunos aspectos del derecho a la salud, el Comité ha observado que “un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas... que son inderogables”<sup>162</sup>. El comité ha identificado, entre otras, las siguientes obligaciones básicas:

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- Velar por una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud; y

---

<sup>160</sup> PIDESC, art. 2(1).

<sup>161</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 32.

<sup>162</sup> *Ibíd.*, párr. 47.

- Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población<sup>163</sup>.

El comité estipula la obligación de brindar capacitación adecuada al personal sanitario como una “obligación de prioridad comparable”<sup>164</sup>.

## Los cuidados paliativos y el derecho a la salud

Dado que los cuidados paliativos son una parte esencial de la atención médica, el derecho a la salud exige que los países tomen medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan para garantizar su disponibilidad. De hecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha instado a la “prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”<sup>165</sup>. Human Rights Watch considera que la aplicación práctica de este principio exige que los Estados:

- Se abstengan de promulgar políticas o emprender acciones que interfieran en forma arbitraria con la prestación o el desarrollo de los cuidados paliativos, y
- Tomen medidas razonables para asegurar la integración de los cuidados paliativos en los servicios de salud existentes, tanto públicos como privados, a través de facultades regulatorias y de otro tipo, así como también mediante el aporte de fondos.

### *Ausencia de interferencia con los cuidados paliativos*

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha estipulado que el derecho a la salud requiere que los Estados “se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”<sup>166</sup>. Los Estados no pueden negar ni limitar la igualdad de acceso a todas las personas, aplicar políticas de salud discriminatorias, obstaculizar

---

<sup>163</sup> *Ibíd.*, párr. 43.

<sup>164</sup> *Ibíd.*, párr. 44.

<sup>165</sup> *Ibíd.*, párr. 25.

<sup>166</sup> *Ibíd.*, párr. 33.



en forma arbitraria los servicios de salud existentes ni limitar el acceso a la información sobre salud<sup>167</sup>.

Aplicada a los cuidados paliativos, esta interpretación significa que los Estados Parte del PIDESC no deben implementar reglamentaciones de control de medicamentos que obstaculicen de manera arbitraria la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales para cuidados paliativos, como la morfina y otros analgésicos opioides.

### *Asegurar la integración de los cuidados paliativos en los servicios de salud*

El PIDESC exige que los Estados Parte tomen las medidas necesarias para la “creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”<sup>168</sup>. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sostiene que las personas tienen derecho a un “sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”, incluidos pacientes con enfermedades crónicas o terminales<sup>169</sup>.

El comité ha instado a que se adopte un enfoque integrado para la provisión de diferentes tipos de servicios de salud que abarque “la prevención, la curación y la rehabilitación”<sup>170</sup>. También ha señalado que las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos costosos que suelen ser accesibles únicamente para una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de un sector mucho mayor de la población<sup>171</sup>.

El mismo principio se aplica a los servicios de cuidados paliativos. Dado el gran porcentaje de pacientes con cáncer y otras afecciones que requieren servicios de cuidados paliativos, en especial en países con ingresos bajos y medios, el desarrollo de este tipo de servicios para esos pacientes reviste una urgencia considerable.

---

<sup>167</sup> *Ibíd.*

<sup>168</sup> PIDESC, art. 12(2).

<sup>169</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 8.

<sup>170</sup> *Ibíd.*, párr. 25.

<sup>171</sup> *Ibíd.*, párr. 19.

## Medicamentos para el tratamiento del dolor y derecho a la salud

Los países deben suministrar morfina inyectable y oral, dado que estas presentaciones se encuentran en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS para adultos y niños<sup>172</sup>. Los Estados deben asegurarse de que estos medicamentos estén disponibles en cantidades suficientes y que las personas que los necesitan puedan acceder a ellos tanto desde el punto de vista físico como económico.

A fin de garantizar la disponibilidad y la accesibilidad, los Estados deberían, entre otras cosas:

- Implementar reglamentaciones para garantizar un sistema efectivo de adquisición y distribución y crear un marco legal y regulatorio que permita que los proveedores de atención de la salud, tanto en el sector público como en el privado, obtengan, receten y entreguen estos medicamentos. Cualquier reglamentación que obstaculice arbitrariamente la adquisición y el suministro de estos medicamentos podría resultar violatoria del derecho a la salud;
- Adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción para el lanzamiento de servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Esta estrategia y el plan de acción deberían identificar los obstáculos que impiden un mejor servicio y tomar medidas para eliminarlos;
- Realizar mediciones periódicas de los avances en la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos para mitigar el dolor; y
- Asegurar que, de conformidad con el requisito de accesibilidad física, estos medicamentos “est[én] al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados”<sup>173</sup>. Los Estados deben procurar que exista una cantidad suficiente de proveedores de atención de la salud o farmacias que almacenen y suministren morfina y que se capacite y autorice a una cantidad adecuada de trabajadores de atención de la salud para estos medicamentos.

---

<sup>172</sup> OMS, “Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS”, abril de 2013, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML\\_18\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1). La lista incluye los siguientes analgésicos opioides: comprimido de codeína: 30 mg (fosfato); inyección de morfina: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina) en ampolla de 1 ml; solución oral de morfina: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina)/5 ml; comprimido de morfina: 10 mg (sulfato de morfina); comprimido de morfina (liberación prolongada): 10mg, 30mg, 6 mg (sulfato de morfina).

<sup>173</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación General N.º 14, párr. 12.

Si bien el derecho a la salud no exige que los Estados proporcionen los medicamentos en forma gratuita, la accesibilidad económica significa que deben ser “asequibles a todos”. En palabras del comité:

Los pagos por servicios de atención de la salud... deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos<sup>174</sup>.

## **El tratamiento del dolor y el derecho a no sufrir un trato cruel, inhumano o degradante**

El derecho a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes constituye un derecho humano fundamental reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos<sup>175</sup>. El derecho también crea para los Estados la obligación positiva de proteger a las personas en su jurisdicción frente a estos tratos<sup>176</sup>.

Se ha interpretado que esta obligación incluye proteger a las personas frente al padecimiento innecesario de dolor por una condición de salud. Tal como lo expresó Manfred Nowak, el entonces Relator Especial de la ONU sobre la Cuestión de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en una carta redactada conjuntamente con el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud y dirigida a la Comisión de Estupefacientes en diciembre de 2008:

Los gobiernos también tienen la obligación de tomar medidas para proteger a las personas dentro de su jurisdicción de tratos inhumanos o

---

<sup>174</sup> *Ibíd.*, párr. 12.

<sup>175</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. de la A.G. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (N.º 16) en 52, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, en vigor desde el 23 de marzo de 1976, art. 7; Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada el 10 de diciembre de 1948, Res. A.G. 217A(III), Doc. de la ONU A/810 en 71 (1948); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura), adoptada el 10 de diciembre de 1984, Res. de la A.G. 39/46, anexo 39 U.N. GAOR Supp. (N.º 51) en 197, Doc. de la ONU A/39/51 (1984), en vigor desde el 26 de junio de 1987, art. 16.

<sup>176</sup> Ver, por ejemplo, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Z and Others v. United Kingdom*, n.º 29392/95, sentencia del 10 de mayo de 2001, disponible en [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int), párr. 73.

degradantes. La ausencia de medidas razonables por parte de los gobiernos para garantizar la accesibilidad al tratamiento del dolor, que resulta en el sufrimiento innecesario de millones de personas a causa del dolor severo y, a menudo, prolongado, genera interrogantes acerca de si han cumplido adecuadamente esta obligación<sup>177</sup>.

En un informe presentado ante el Consejo de Derechos Humanos, Nowak precisó posteriormente que, según su opinión como experto, “la denegación de hecho del acceso al alivio del dolor, si provoca dolor y sufrimiento graves, constituye trato o pena cruel, inhumano o degradante”<sup>178</sup>.

Incluso según esta interpretación, no todos los casos en los que una persona sufra dolor severo y no reciba tratamiento adecuado constituirán un trato o pena cruel, inhumano o degradante. En un informe de 2013 presentado ante el Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura Juan Méndez indicó que esto solo ocurre cuando se den las siguientes condiciones:

- El sufrimiento es severo y alcanza los requisitos mínimos aplicables en cuanto a la prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- El Estado conoce, o debería conocer, el nivel y la intensidad del sufrimiento;
- Existen tratamientos para eliminar o reducir el sufrimiento pero no se ofrecieron tratamientos adecuados; y
- El Estado no puede justificar razonablemente la falta de disponibilidad y accesibilidad del tratamiento del dolor<sup>179</sup>.

---

<sup>177</sup> Ver Carta de Manfred Nowak, Relator Especial sobre la Tortura, y Anand Grover, Relator Especial sobre el Derecho al Más Alto Nivel de Salud Posible, a la Presidenta de la Comisión de Estupefacientes Selma Ashipala-Musavyi, 10 de diciembre de 2008, [http://www.hrw.org/sites/default/files/related\\_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf](http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf) (consultado el 7 de marzo de 2017).

<sup>178</sup> Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, A/HRC/10/44, 14 de enero de 2009, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/103/15/PDF/G0910315.pdf?OpenElement> (consultado el 15 de mayo de 2015) párr. 72.

<sup>179</sup> Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 54, [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf) (consultado el 8 de marzo de 2017).

## IV. Recomendaciones completas

El gobierno de Guatemala debe adoptar medidas urgentes para eliminar los obstáculos a la disponibilidad y accesibilidad de analgésicos opioides —y de los servicios de cuidados paliativos de manera más general— para los pacientes que padecen dolor moderado a severo debido a enfermedades que limitan sus condiciones de vida. El gobierno tiene la obligación de garantizar que sus ciudadanos tengan acceso a servicios y medicamentos para el tratamiento del dolor asequibles.

### Disponibilidad de analgésicos opioides

#### *Acciones que no requieren una reforma reglamentaria*

El gobierno puede adoptar una serie de medidas clave sin necesidad de reformar las reglamentaciones del país en materia de analgésicos opioides. Estas medidas deberían adoptarse sin demora.

- **Aumentar al menos al doble la cantidad de formularios de receta en el talonario especial, de 25 a 50.** El límite de 25 recetas por talonario no está fijado en las reglamentaciones. Asimismo, el límite no reduce significativamente el riesgo de uso indebido de opioides y aumenta la frecuencia con que los médicos deben pasar por el proceso de obtener un nuevo talonario de recetas, que demanda mucho tiempo.
- **Permitir que los médicos obtengan al menos dos talonarios especiales de recetas por vez.** El límite de un talonario de recetas aumenta la frecuencia con que los médicos deben obtener nuevos talonarios y la probabilidad de que se queden sin estos durante el proceso de solicitud.
- **Eliminar el requisito del timbre médico en el dictamen.** Este requisito crea una exigencia logística innecesaria para que los médicos receten analgésicos opioides.
- **Derogar el requisito impuesto el 31 de julio de 2015 de que los representantes tengan una carta firmada para autorizar los recetarios.** Este requisito establecido recientemente complica la posibilidad de que familiares y compañías farmacéuticas autoricen recetarios para analgésicos opioides.
- **Crear pautas internas para la autorización de recetas, que puedan ser consultadas por el público.** Estas deberían describir las circunstancias en las que

se denegará la autorización y aclarar que el personal del Departamento de Regulación no debería rechazar recetas debido a la dosis.

- **Adoptar y difundir pautas públicas para las farmacias privadas que suministran opioides en departamentos fuera de la capital.** Como se señaló antes, las farmacias privadas fuera de la Ciudad de Guatemala pueden presentar informes mensuales al departamento para su aprobación, en lugar de que los pacientes autoricen cada receta en forma individual. Hasta marzo de 2017, ninguna farmacia utilizaba esta excepción. El Departamento de Regulación debe adoptar pautas que expliciten cómo funcionará este proceso de autorización mensual y distribuir las a las farmacias para asegurarse de que conozcan esta opción y cómo utilizarla.
- **Desarrollar e implementar un programa para aumentar la cantidad de médicos autorizados a emitir recetas.** El gobierno debe crear programas de extensión para garantizar que en cada hospital haya varios médicos que tengan un talonario especial de recetas y formación en intervenciones para el manejo del dolor.
- **Asegurar la disponibilidad de morfina oral en al menos una farmacia de cada departamento.** El gobierno debería garantizar que al menos una farmacia en cada departamento tenga existencias de morfina oral y utilice el proceso de autorización mensual. Cuando no haya farmacias privadas con existencias de morfina oral, el gobierno debería garantizar que una farmacia hospitalaria provea morfina oral a pacientes ambulatorios.
- **Garantizar que haya morfina oral en la farmacia del hospital San Juan de Dios.** Este es uno de los hospitales más importantes del país y atiende a numerosos pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
- **Incluir en las listas de medicamentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) todas las presentaciones y dosis de opioides que figuran en las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.** Ninguna lista debería limitar estos medicamentos a campos específicos de la medicina, como la oncología. La morfina de liberación inmediata debería estar disponible en dosis más pequeñas.

### *Acciones que requieren una reforma reglamentaria*

- **Reformar las reglamentaciones sobre control de opioides.** Las reglamentaciones sobre control de opioides son innecesariamente restrictivas, disuaden a los médicos y farmacéuticos de recetar y suministrar opioides, y provocan a miles de guatemaltecos padecimientos que podrían ser evitados. No es posible abordar estos problemas de manera adecuada dentro del marco del régimen regulatorio actual. El Ministerio de Salud debería mantener una reunión inclusiva, en la cual participen los actores relevantes, para contribuir a un proceso de reforma reglamentaria. Este proceso no debe considerar únicamente la eliminación de los obstáculos regulatorios existentes, sino que también debe formular reglamentaciones que promuevan el acceso a los opioides.
- **Permitir que los médicos soliciten un nuevo talonario de recetas por correo postal o por medios electrónicos.** El actual trámite establecido por la normativa 16-2002, que exige presentarse personalmente para obtener un talonario de recetas, disuade a los médicos de recetar y suministrar opioides, en particular a los médicos rurales. El Departamento de Regulación debería establecer un procedimiento para que estas actividades puedan hacerse por correo o por medios electrónicos.
- **Eliminar el requisito del dictamen del Acuerdo Gubernativo y las normativas 16-2002 y 17-2002.** La incorporación del dictamen no reduce significativamente el riesgo de uso indebido de opioides. Además, complica el proceso de prescripción y aumenta el riesgo de que las recetas se denieguen debido a errores formales.
- **Derogar el trámite de autorización inusual y engorroso, o al menos modificarlo.** Crea obstáculos sustanciales para los pacientes que necesitan analgésicos opioides y ha provocado que algunos médicos y hospitales intenten atajos para evitarlo, lo cual frustra su propósito original. Si no es viable la derogación del trámite en el corto plazo, deberían tomarse medidas para reducir la carga impuesta por las reglamentaciones. Estas serían algunas alternativas:
  - *Reformar la normativa 17-2002 para permitir la autorización telefónica o electrónica.* El Acuerdo Gubernativo solo indica que las recetas de opioides “previo a su despacho tendrán que ser autorizadas por el departamento”. Podría crearse un proceso en el que las farmacias reciban autorización por teléfono o por medios electrónicos;

- *Reformar la normativa 17-2002 para permitir las recetas con aprobación previa.* Podría establecerse un proceso mediante el cual algunos médicos reciban recetas que estén aprobadas previamente por el departamento, y
- *Reformar el Acuerdo Gubernativo y la normativa 17-2002 para permitir que las farmacias dentro de la Ciudad de Guatemala presenten informes mensuales al Departamento de Regulación para su aprobación, en vez de que los pacientes tengan que autorizar cada receta en forma individual.* Esto ya se permite para las farmacias fuera de la Ciudad de Guatemala.
- **Reducir el temor a la imposición de sanciones legales.** Las nuevas reglamentaciones deberían redactarse en forma clara y estar acompañadas de pautas detalladas, para garantizar que los médicos y farmacéuticos que actúan con la diligencia necesaria no temen incurrir en violaciones accidentales de las reglamentaciones.

## Integrar los cuidados paliativos en el sistema de atención de la salud

- **Adoptar una estrategia para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.** El gobierno debería convocar a una reunión inclusiva, en la cual participen los distintos actores relevantes, para contribuir a desarrollar una política pública y una estrategia nacionales de tratamiento del dolor y cuidados paliativos. La política debería abordar los obstáculos que se interponen al desarrollo del tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, incluidos obstáculos en materia de políticas, reglamentaciones, educación y de otro tipo. Debería fijar parámetros de referencia y plazos claramente definidos para superar estos obstáculos e introducir el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos en ámbitos institucionales y comunitarios. Debería establecer un sistema para la revisión periódica de los avances y el ajuste de los parámetros de referencia.
- **Trabajar con hospitales clave para brindar tratamiento del dolor y cuidados paliativos.** El gobierno y el sistema de salud deberían identificar los establecimientos de salud clave del país para suministrar tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Deben capacitar a los trabajadores de atención médica y garantizar que los medicamentos necesarios estén disponibles y sean accesibles.



## Integrar los cuidados paliativos en el financiamiento de la atención de la salud

- **El Ministerio de Salud debería reconsiderar la implementación de las derivaciones al Hospital INCAN.** En la actualidad, el gobierno acepta brindar atención gratuita en el Hospital INCAN a pacientes derivados desde hospitales públicos. Sin embargo, las prácticas de derivación no son uniformes y pueden demorar un mes, es decir, demasiado tiempo para los pacientes con enfermedades que limitan sus condiciones de vida.
- **Revisar la cobertura de medicamentos esenciales del MSPAS.** El MSPAS debería reformarse para garantizar que los costos de los medicamentos para pacientes ambulatorios no supongan un obstáculo indebido al acceso a medicamentos esenciales para cuidados paliativos.

## Educación

- **Desarrollar un plan de estudios universitario obligatorio sobre cuidados paliativos.** El Ministerio de Salud, en colaboración con la Universidad de San Carlos, la única facultad pública de medicina de Guatemala, y las facultades de medicina privadas, debería formular un plan de estudios universitario obligatorio sobre cuidados paliativos, a fin de asegurar que todos los estudiantes de medicina reciban, al menos, capacitación básica en esta disciplina.
- **Desarrollar formación clínica obligatoria en cuidados paliativos.** El Ministerio de Salud debería desarrollar conjuntamente con los hospitales pertinentes un plan que establezca rotaciones obligatorias en unidades de cuidados paliativos para los médicos de ciertos programas de posgrado, incluidos los de oncología, medicina interna y anestesiología, con el objeto de garantizar la exposición clínica a los cuidados paliativos.
- **Reconocer los cuidados paliativos como una especialización médica.** El Ministerio de Educación, en colaboración con la Universidad de San Carlos y universidades privadas, debería comenzar a desarrollar un plan de estudios para que los cuidados paliativos sean una especialización, lo cual es indispensable para su desarrollo en el largo plazo.

## Agradecimientos

La investigación para este informe estuvo a cargo de Matthew Simon, becario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Nueva York en la División de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch, y Diederik Lohman, director interino de la División de Salud y Derechos Humanos. La redacción del informe estuvo a cargo de Matthew Simon. El informe fue revisado por Diederik Lohman; Chris Albin-Lackey, asesor legal; Daniel Wilkinson, director adjunto de la división de las Américas, y Danielle Haas, editora sénior de la Oficina de Programas.

Jennifer Pierre, asociada sénior, y Matthew Parsons, asociado, de la División de Salud y Derechos Humanos; Stephanie Martínez y Teresa Kennedy, pasantes en la División de Salud y Derechos Humanos; y Alejandra Aguilar de Hernández, coordinadora de misión y traductora, aportaron su valiosa colaboración. El documento fue traducido al español por Gabriela Haymes. Colaboraron con la producción Oliva Hunter, Rafael Jiménez, Jessie Graham, Pierre Bairin, Jenny Catherall, Fitzroy Hepkins y José Martínez.

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a los numerosos pacientes de cuidados paliativos en Guatemala que, a pesar de estar gravemente enfermos, aceptaron ser entrevistados para este informe. Sin su ayuda y la de sus familiares, este documento no habría sido posible. Hemos asumido el compromiso de utilizar este informe para procurar que otras personas que desarrollen enfermedades que limitan sus condiciones de vida —y dolor y otros síntomas asociados con estas enfermedades— no tengan que padecer el sufrimiento que enfrentaron muchos de estos pacientes.

También expresamos nuestro profundo agradecimiento a los numerosos promotores de cuidados paliativos, médicos, personal de enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales y voluntarios en Guatemala y de otros lugares que nos ayudaron a llevar a cabo nuestra investigación, comprender nuestros hallazgos y redactar este informe. Su compromiso con la atención de las personas en el momento más vulnerable de sus vidas es a la vez una lección de humildad y un acto inspirador. Agradecemos especialmente la ayuda de la Dra. Eva Duarte, el Dr. Víctor Samayoa, la Dra. María Elena Alcántara, la Dra. Silvia Rivas, la Dra. Marisol Bustamante y el Dr. William Santizo, cuya incidencia y trabajo clínico han mejorado las vidas de miles de guatemaltecos.

# “Castigar al paciente”

## Garantizar el acceso al tratamiento del dolor en Guatemala

Se estima que cada año en Guatemala cerca de 28.500 personas sufren enfermedades crónicas avanzadas como cáncer, afecciones cardíacas, pulmonares o renales, y VIH/SIDA. Miles de ellas padecerán dolor u otros síntomas que debilitan su salud a causa de estas enfermedades.

Estas personas sufren innecesariamente debido a obstáculos arbitrarios que se interponen al acceso a tratamiento del dolor y cuidados paliativos adecuados, y a un servicio de salud cuya prioridad sea asegurar que las personas con enfermedades limitantes puedan gozar de la mejor calidad de vida posible.

“*Castigar al paciente*” identifica los obstáculos que enfrentan las personas en Guatemala con enfermedades que limitan las condiciones de vida cuando intentan acceder a cuidados paliativos. Analiza el estado de la atención de la salud en Guatemala, incluidas las políticas y prácticas en materia de expedición de recetas, la disponibilidad de medicamentos para el dolor y la capacitación y formación médica, además de las obligaciones legales internacionales y nacionales asumidas por el país. El gobierno guatemalteco no ha tomado medidas significativas para incrementar la disponibilidad de cuidados paliativos, sobre todo para quienes viven fuera de la capital.

Human Rights Watch insta a Guatemala a reformar sus reglamentaciones sobre control de drogas; ampliar el acceso a medicamentos esenciales para el dolor, como la morfina; integrar los cuidados paliativos en el sistema de salud; y preparar a los profesionales médicos para que tengan conocimientos sobre tratamiento del dolor y cuidados paliativos.



*Los servicios de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología en Guatemala. Ciudad de Guatemala, agosto de 2015.*

© 2015 Human Rights Watch