



<https://doi.org/10.24245/mim.v40iOctubre.9210>

Los cuidados paliativos como derecho humano

Palliative care as a human right.

Agustín Antonio Herrera Fragoso

Resumen

México empieza en los cuidados paliativos en 1984, iniciando su proceso legislativo hasta 2009, mismos que dentro de la rama de la medicina se encargan de prevenir y aliviar el sufrimiento humano; ahora, con la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a partir del 10 de enero de 2023, se vuelven una obligación internacional en el cumplimiento como un Derecho Humano, lo cual cambia su responsabilidad a nivel nacional, en particular, con las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: Cuidados paliativos; Derecho Humano; México.

Abstract

Mexico began in palliative care in 1984, beginning its legislative process until 2009, which within the branch of medicine are responsible for preventing and alleviating human suffering; now with the ratification of the Inter-American Convention on the Protection of the Human Rights of Older Persons, as of January 10, 2023, they become an international obligation in compliance as a Human Right, which changes their responsibility at the national level, in particular, with older persons.

KEYWORDS: Palliative care; Human right; Mexico.

Licenciado, maestro y doctor en Derecho. Investigador del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla AC. Research Scholar of the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Roma, Italia, Investigador asociado de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México.

Recibido: 26 de septiembre 2023

Aceptado: 7 de noviembre 2023

Correspondencia

Agustín Antonio Herrera Fragoso
agusfrag@80hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Herrera-Fragoso AA. Los cuidados paliativos como derecho humano. Med Int Méx 2024; 40 (9): 606-613.



INTRODUCCIÓN

*Para que en el vacilante intervalo,
para que en lo oscuro haya algo donde aferrarse.*

FRIEDRICH HÖLDERLIN

Los cuidados paliativos en México iniciaron con el Dr. Juan I. Romero junto con un grupo de oncólogos que organizaron la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México (1984). En esa institución, en 1989, se inició el programa de atención domiciliaria y consulta externa de cuidados paliativos con la doctora Silvia Allende. En 1991, en la Clínica del Dolor del Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud de Jalisco se incluyeron los cuidados paliativos con el Dr. Guillermo Aréchiga como responsable. En el Hospital Dr. Juan I. Menchaca (Guadalajara), el Dr. Gustavo Montejó creó la primera Unidad de Cuidados Paliativos (1992).¹ El proceso jurídico inició en 2009, plasmándose en la Ley General de Salud, así como sus subsiguientes adecuaciones en normas inferiores, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana Nom-011-Ssa3-2014, criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la guía del manejo integral de cuidados paliativos en el paciente pediátrico, el acuerdo que modifica el anexo único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de atención integral de cuidados paliativos, así como los dos procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, y la Guía de Práctica Clínica, Cuidados Paliativos en Pacientes Adultos y la Guía de Evidencias y Recomendaciones, entre otras normas y las correspondientes en las entidades federativas, así como otros proyectos legislativos que refuerzan y actualizan los cuidados paliativos. De lo anterior

se infiere una obligación de su aplicación por parte de las instituciones de salud de todo el país.

Ahora, con la firma y ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (primera en su género), por parte del Estado Mexicano, los cuidados paliativos suben de estándar de cumplimiento, en razón que se encuentran en un instrumento jurídico en materia de derechos humanos.

Los cuidados paliativos y su importancia

En Latinoamérica más de tres millones y medio de personas vivieron en sufrimiento, de las que más de un millón fallecieron. La necesidad cubierta en la región actual es de, aproximadamente, el 7.6%.¹

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen una enfermedad grave o terminal. La definición de cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud es:² “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales mediante la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la atención impecable, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. Sin embargo, la definición de la OMS data de 2002 y actualmente se identifican diversas limitaciones en el contexto actual.

Una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas: cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), sida (5.7%) y diabetes (4.6 %). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa;

por ejemplo, la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Las personas pobres, en todas partes del mundo, viven y mueren con pocos o ningún cuidado paliativo o alivio del dolor. Al mirar este abismo de acceso, uno ve la profundidad del sufrimiento extremo en el rostro cruel de la pobreza y la inequidad.

El abismo es amplio y profundo y refleja la privación social y de salud relativa y absoluta. De las 298.5 toneladas métricas de opioides equivalentes a morfina distribuidas en el mundo por año (distribución promedio en 2010-2013), solo 0.1 tonelada métrica se distribuye a países de bajos ingresos,³ situación muy apremiante en diversos lugares de la región americana y africana.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que requieren cuidados paliativos. Los analgésicos opiáceos son decisivos en el tratamiento del dolor asociado con multitud de enfermedades avanzadas. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los que padecen enfermedades cardiovasculares o pulmonares obstructivas experimentarán dolor de moderado a intenso al final de su vida.

Los opiáceos pueden, también, aliviar otros síntomas físicos dolorosos, incluida la dificultad para respirar. Controlar esos síntomas en una etapa temprana es una obligación ética para aliviar el sufrimiento y respetar la dignidad de las personas.

Los cuidados paliativos como derecho humano

Cada uno de nosotros será justo en la medida que haga lo que le corresponde.

SÓCRATES

Al respecto, destaca que la atención en cuidados paliativos es una obligación legal, asentada en la Ley General de Salud (Capítulo II De los derechos de los enfermos en situación terminal), ahora rebasados por la realidad; sin embargo, el 10 de enero del 2023 se publicó la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.^{5,6} Al efecto, ahora es un derecho humano derivado de un tratado internacional en la materia, por lo que es una responsabilidad del Estado mexicano en el ámbito interno e internacional.

En esa inteligencia, el marco referente de los cuidados paliativos es la Convención en cita, misma que es propio referir partes de la misma y entender el gran compromiso que ha ratificado México, misma de la que se expone a continuación lo más relevante para el tema de cuidados paliativos:

Preámbulo^a:

(...)

Decididos a incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, así como a destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr una adecuada implementación y evaluación de las medidas especiales puestas en práctica; (...)

^a i. Acorde con la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, en su Artículo 31.2, establece:

Regla general de interpretación (...)

2. Para los efectos de la interpretación de un tratado, el contexto comprenderá, además del texto, incluidos su preámbulo y anexos: (...)

Previsto, entre otros en: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC), *Artículo 7* Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la *Convención Interamericana para Prevenir y Castigar la Tortura y la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura.*



Convencidos de la importancia de facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor (...)

Capítulo I

Objeto, ámbito de aplicación y definiciones

Artículo 1 (...) El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Lo dispuesto en la presente Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales que reconozcan el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados Parte, a favor de la persona mayor.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos de la presente Convención se entiende por:

“Abandono”: la falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.

(...)

“Cuidados paliativos”: la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas

sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

(...)

“Persona mayor”: aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

“Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

“Servicios socio-sanitarios integrados”: beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía.

Capítulo II

Principios generales

Artículo 3. Son principios generales aplicables a la Convención:

(...)

f) El bienestar y cuidado.

g) La seguridad física, económica y social.

(...)

k) El buen trato y la atención preferencial.

l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.

(...)

Capítulo III

Deberes generales de los estados parte

Artículo 4 (...)

a) Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.

(...)

c) Adoptarán y fortalecerán todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.

Artículo 10

(...)

La persona mayor tiene derecho a no ser sometida a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Los Estados Parte tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia la persona mayor.

Como se desprende de la Convención se debe velar por el buen trato y la atención preferencial,

así como un enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor, a lo cual, para el caso de los cuidados paliativos, eleva el estándar de atención buscando el bienestar y cuidado acorde a sus necesidades, así mismo, adoptar y fortalecer todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.

No deben otorgarse tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, o todos aquellos que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor, en particular, evitar el sufrimiento previo al final de la vida en el entendido de ser un acto de la mayor calidad humana.

En la atención de los cuidados paliativos debe contarse con los insumos necesarios, toda vez que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁶

Un cambio en la atención de los cuidados paliativos

El no contar con los analgésicos opioides para la atención del dolor es un acto negligente, por su posible atención en el cuidado proporcional, e incluso llegar a ser un trato cruel e inhumano y degradante, en particular lo que señala la Convención Interamericana de Derechos Humanos:

“Artículo 5. Derecho a la integridad personal.

1. *Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.*
2. *Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes...*⁷



De lo hasta aquí referido, puede señalarse que entendemos por medicina paliativa al “... conjunto de procedimientos y medicamentos que se utilizan en un enfermo con el fin de suprimir el dolor y otros síntomas molestos, evitar (dentro de lo posible) el sufrimiento y, de esta manera, mejorar la calidad de vida, con el fin de que el enfermo tenga la voluntad de preservar una vida que se pueda considerar digna.”⁸ Por ello las actividades paliativas incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 33 fracción IV de la Ley General de Salud.⁹ Aunque, es de destacar que la definición señalada por la convención referida complementa muy bien la obligación de atención.

Es obligación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud el proporcionar los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 166 bis 13 de la Ley General de Salud.

En este orden de ideas, todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud y recibir una atención integral que comprenda todas las acciones destinadas a la promoción de la salud, medicina preventiva, curativa, de rehabilitación y cuidados paliativos, y en una atención preferencial a los adultos mayores, como se señaló previamente. Esto en razón de lo señalado según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 2010 y 2030, la cantidad de personas mayores en esta región se duplicará, de 58.57 millones a 119.67 millones, y en 2050 alcanzará la cifra de 195.87 millones. Ese incremento significa que, en 2050, el porcentaje de personas mayores

en la región llegará a alrededor del 25%.¹⁰ A mayor abundamiento, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló “no garantizar a una persona mayor su derecho a la salud, sin discriminación, mediante servicios necesarios básicos y urgentes con relación a su situación especial de vulnerabilidad”,¹¹ corresponde una violación a su derecho a la salud.

Complicaciones al acceso a los cuidados paliativos de calidad y calidez

*Lo que no deseas para ti,
no lo hagas a los demás hombres.*

CONFUCIO

Según el informe de la oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), “Los opiáceos afganos suministran alrededor del 80% de todos los que se consumen en el mundo”.¹² Es de destacar que “históricamente, alrededor de la mitad de la producción mundial de opio se produce legalmente para el mercado médico.”¹³

Solo 18 países en el mundo producen opio legalmente,¹³ México se distingue por una producción ilegal que lo coloca como el tercer productor mundial después de Afganistán y Myanmar.¹⁴ En este entendido es que según información de la Comisión Lancet para el Acceso a los Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor: “en México existe una carencia de 62.4% de morfina medicinal para pacientes que requieren cuidados paliativos, por lo que se considera que el uso de opioides y morfina es insuficiente en nuestro país”. Esto cuando según cálculos de la propia Comisión “cubrir las necesidades de morfina para pacientes en México tendría un costo menor al 1% del gasto público en salud.”¹⁴

México ha sido incapaz de implementar leyes y regulaciones para el control de opioides analgésicos sin crear barreras para su acceso. Ante

tal escenario urge que todas las autoridades federales adopten las medidas necesarias que garanticen el abastecimiento de opioides y con ello el cumplimiento de las obligaciones del Estado mexicano hacia los pacientes que requieren tratamiento contra el dolor.

Hay que precisar que, a diferencia de muchas otras intervenciones de salud esenciales ya identificadas como prioritarias, la necesidad de cuidados paliativos y alivio del dolor ha sido, en gran medida, ignorada, incluso para las poblaciones más vulnerables, incluidos los niños con enfermedades terminales y aquellos que viven crisis humanitarias, e incluso en los países de la región sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible.¹⁵ Sin embargo, los cuidados paliativos y el alivio del dolor son elementos esenciales de la cobertura sanitaria universal.

Varias barreras explican esta negligencia: el enfoque de las medidas existentes de resultados de salud (principales impulsores de políticas e inversiones) en extender la vida y la productividad con poca importancia dada a las intervenciones de salud que alivian el dolor o aumentan la dignidad al final de la vida (16 p.395). Un problema muy grande en México y Estados Unidos es la opiofobia, que se refiere a prejuicios y desinformación acerca del uso médico apropiado de los opioides.^{17,18} El enfoque, en Medicina, en la curación y la prolongación de la vida y una negligencia concomitante en el cuidado y la calidad de vida cerca de la muerte.^{19,20} En la actualidad, el combate al fentanyl ilegal está generando un problema para la atención de cuidados paliativos, como fue el caso de la detención del médico Gustavo Aguirre.²¹

La salud global carece de inversiones, intervenciones e indicadores que son esenciales para garantizar el acceso universal a una atención segura y digna al final de la vida o para paliar el dolor y el sufrimiento.

El sufrimiento está relacionado con la salud cuando está asociado a una enfermedad o lesión de cualquier tipo. El sufrimiento es grave cuando no puede aliviarse sin intervención médica y cuando pone en riesgo el funcionamiento físico, social o emocional. Por ello debe diferenciarse perfectamente la atención de opioides, en particular del fentanyl en la atención médica, dando las condiciones legales y políticas acordes con la norma internacional y atender el tráfico de fentanyl ilícito.

CONCLUSIONES

Carpe Diem, memento mori.

Cuando la ciencia y la tecnología avanzan de manera exponencial en la atención médica es de debida atención que se proporcionen las “condiciones dignas en el proceso de la muerte”, donde los cuidados paliativos son el cuidado humano, ético y solidario que actualiza la naturaleza humana al final de la vida y brindar los medios adecuados y humanos que enaltecen el verdadero acto médico, mismo que debe contar con todos los insumos necesarios y proporcionales. Así, se actualiza el derecho humano a mitigar el sufrimiento.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores refuerza jurídicamente la atención de los cuidados paliativos, dando a esta atención el carácter de Derecho Humano, lo cual sube el estándar de atención y responsabilidad del Estado Mexicano con todas las personas que lo necesiten en el territorio nacional, en particular con las personas mayores, bajo el amparo de los principios de:

1. Autonomía y autorrealización;
2. Participación;
3. Equidad;



4. Corresponsabilidad, y
5. Atención preferente.

REFERENCIAS

1. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: IAHP Press.
2. OMS. Definición de cuidados paliativos de la OMS. Obtenido de: <http://www.who.int/cancer/palliative/definicion/en/>. fecha de consulta: 01/09/2023
3. INCB. (2022). *Narcotic Drugs - Technical Report*. Obtenido de International Narcotic Control Board: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2022/Narcotic_Drugs_Technical_Publication_2022.pdf. fecha de consulta: 04/09/2023
4. DOF. (5 de enero de 2023). *DECRETO por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington D.C., Estados Unidos de América, el 15 de junio de 2015*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5676647&fecha=10/01/2023#gsc.tab=0
5. OEA. (s.f.). Convención interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Organización de los Estados Americanos*. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
6. Numeral 9, I. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12. Organización de las Naciones Unidas. (11 de agosto de 2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments). Ginebra, Suiza: <https://acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. fecha de consulta: 06/09/2023
7. OEA. (12 de noviembre de 1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. Organización de Estados Americanos. San José, Costa Rica: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convencion%20Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
8. Camps, V. (2005). La voluntad de vivir. Barcelona: Ed Ariel. Citado por: Gutiérrez Samperio, C. (2017). Medicina Paliativa. Revista Cirujano General, Cir. gen vol.39 no.4, 251-256.
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (29 de mayo de 2023). Ley General de Salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
10. CEPAL. (23 de diciembre de 2019). Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos>
11. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas., Serie C No. 349. (Corte Interamericana de Derechos Humanos 8 de marzo de 2018). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2Fwww.corteidh.or.cr%2Fdocs%2Fcasos%2Farticulos%2Fseriesec_349_esp.docx&wdOrigin=BROWSELINK
12. ONUDC. (Noviembre de 2022). Opium Cultivation In Afghanistan. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Opium_cultivation_Afghanistan_2022.pdf. fecha de consulta: 04/09/2023
13. Rolles, S. (s.f.). Producción legal de opio: El contexto global. Obtenido de Transform: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4399/MESA%201%20STEVE%20ROLLES.PDF?sequence=35&isAllowed=y>. fecha de consulta: 04/09/2023
14. Reyes, J. (diciembre de 2022). México, tercer país productor de amapola en el mundo: UNODC. Contralínea, <https://contralinea.com.mx/interno/semana/mexico-tercer-pais-productor-de-amapola-en-el-mundo-unodc/#:~:text=Ruiz%20L%C3%B3pez%20se%20calcula%20que%20de,calcul%C3%B3%20en%20440%20toneladas%20m%C3%A9tricas>. Obtenido de <https://contralinea.com.mx/interno/semana/mexico-tercer-pais-productor-de-amapola-en-el-mundo-unodc/#:~:text=Ruiz%20L%C>
15. ONU. (2017). Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Obtenido de Department of Economic and Social Affairs: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
16. Collahan D. Fines y medios: los objetivos de la atención sanitaria. Citado por: Danis, M. (2002). Dimensiones éticas de la política sanitaria. Nueva York: Oxford University Press.
17. Revista 4MD ¿Por qué seguimos hablando de opiofobia? Revista 4MD, 2011. <http://www.mdmag.com/journals/painmanagement/2011/may-2011/why-are-we-still-talking-about-opiophobia>
18. Radbruch L, Scholten W, Payne SE. Garantizar el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias controladas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
19. Gawande A. Ser mortal. La medicina y lo que al final importa. Nueva York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2014.
20. Krakauer (s.f.). El Ser liberado de la enfermedad de (la) época: subjetividad, tratamiento de soporte vital y medicina paliativa. Citado por: Biehl J, Kleinman A. Subjetividad: investigaciones etnográficas. Berkeley: University of California Press, 2007.
21. Aguirre G. ¿En qué va el caso del doctor acusado por comprar fentanilo?. El Financiero 2023; agosto 8. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2023/08/08/gustavo-aguirre-en-que-va-el-caso-del-doctor-acusado-por-comprar-fentanilo/>