

## CUIDADOS PALIATIVOS Y BIOÉTICA

**Manuel Nóvoa Santos**

*Capellán del Hospital Cristal-Piñor, Orense  
Master en Bioética por la Univ. de Santiago*

### I.-INTRODUCCION

La actitud ante el proceso de morir es uno de los parámetros, que miden el grado de civilización de una sociedad. Como ha señalado Stjemsword: "Deberíamos proporcionar los mismos exquisitos cuidados a los que llegan a este mundo que a los que los dejan."

El alivio del sufrimiento es un derecho universalmente reconocido a todo paciente con una enfermedad terminal. Sin embargo, las múltiples necesidades de los pacientes terminales y sus familiares son frecuentemente ignoradas.

Muchos enfermos terminales mueren en condiciones lamentables en los países desarrollados, porque la atención integral al enfermo terminal no entra en la oferta del sistema asistencial sanitario, aunque un 20-30% de los enfermos ingresados en hospitales de agudos se encuentran en situación terminal.

Los pacientes en situación terminal, que no reciben una atención adecuada, experimentan un sufrimiento producido por una sensación de rechazo del sistema sanitario y de la sociedad, sufrimiento que vive igualmente la familia del enfermo.

La falta de formación específica, las actitudes sociales y personales de rechazo a la muerte y el desinterés político, son barreras para un cuidado adecuado de los enfermos terminales. Cuando no se considera al enfermo como un "todo", un ser integral, sino que se considera como un "sufriente", que no

tiene solución curativa, desde ciertos sectores se ve como única solución la eutanasia. La respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal se encuentra en los Cuidados paliativos. Aunque ha sido etiquetada de "blanda", "mística" o "mesiánica", la medicina paliativa se basa en sólidos principios aplicados por profesionales con gran competencia clínica y profunda sensibilidad.

Para admitir la medicina paliativa y su filosofía debemos considerar, al menos, dos premisas:

#### **1.-Todos somos mortales, vivimos más que hace años pero seguimos falleciendo.**

Esta afirmación que parece tan axiomático, en la realidad de la vida y en la práctica diaria no lo es tanto. Constituye un tópico afirmar que el gigantesco y acelerado avance de la medicina, y de la multitud de eficaces técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy dimanar de ella, ha generado en la sociedad una especie de delirio de inmortalidad, otorgando al médico una sabiduría, omnipotencia y omnisapiencia, que lógicamente, no posee.

Este mismo delirio de inmortalidad ha generado una actitud de negación de la muerte. Durante muchos siglos los humanos morían de una manera bastante similar, hasta hace cuarenta o cincuenta años en que esto empezó a cambiar. Hombres y mujeres morían en su casa, rodeados de su familia, incluidos los niños, amigos y vecinos. Los niños tenían contacto con la muerte: sus abuelos, sus padres. Cuando se hacía mayor y le tocaba morir a él, no le pillaba tan de sorpresa y desprovisto de recursos como sucede hoy.

El enfermo era el primero en saber que iba a morir. Hoy por el contrario, al enfermo se le oculta la gravedad de su enfermedad.

Al tabú del sexo de los últimos tiempos le ha sucedido el tabú de la muerte. Ahora los niños no vienen de París, pero el abuelo "se fue de viaje". Nada que tenga que ver con la muerte es aceptado en el mundo de los vivos. Se oculta todo lo que recuerda la muerte (enfermedad, vejez ...).

Se observa lo que se ha dado en llamar desocialización de la muerte. Se ha pasado de una muerte que podíamos denominar familiar a una muerte escamoteada, escondida, oculta. F. Ariés dice: "Todo ocurre como si nadie supiera que alguien va a morir, ni los familiares más cercanos, ni el médico, ni siquiera el sacerdote cuando, con un subterfugio, se le hace venir".

La crisis de valores morales y espirituales tradicionales, como se ha señalado desde el terreno de la psicología y de la sociología, ha dejado al hombre y a la mujer occidentales desprovistos de recursos para afrontar su propia mortalidad. La filosofía paliativa tiene como premisa el reconocimiento y aceptación de la realidad de la muerte, desdramatizándola y enfrentándose a ella.

## **2.- La medicina no tiene remedio para todas las enfermedades.**

Desde siempre se ha dicho que el médico tiene que curar, pero cuando no puede curar tiene que cuidar y aliviar. Dos médicos franceses del s. XIX, Berard y Gluber, resumieron felizmente esta segunda premisa en una sentencia corta pero elocuente, la misión de la medicina es: Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre.

Demostrada la situación de enfermedad irreversible y de terminalidad de un paciente son posibles tres conductas con él:

\* Abandono terapéutico: ante la imposibilidad de hacer un tratamiento curativo eficaz el

paciente es enviado a su domicilio y abandonado a su suerte, lo que constituye un auténtico drama y una actitud éticamente censurable.

\* Obstinación terapéutica: a pesar de la inutilidad de los tratamientos activos se mantienen terapias desproporcionadas, que sólo consiguen aumentar el sufrimiento y prolongar la agonía.

\* La conducta dictada por el sentido común: **Los Cuidados Paliativos**

## **II.- BREVE HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Algunos autores se remontan al s.V de nuestra era en busca de unos antecedentes de Cuidados paliativos. En el año 474 existe constancia histórica de una casa fundada por una noble romana discípula de San Jerónimo, llamada Fabiola, y cuya función era atender a los peregrinos procedentes de África. Posteriormente, en la Edad Media, promovidos fundamentalmente por la Orden Templaria, se crearon nuevos centros en los que se cuidaba a los enfermos y a los peregrinos procedentes de las Cruzadas.

A finales del siglo pasado, en Inglaterra surgió un movimiento llamado Hospice, que fue la base del posterior desarrollo de los Cuidados paliativos a nivel mundial: 1.889 Hospice St.Vicent en Dublín, 1.900 Hospice St.Joseph y St.Lukes en Londres. Se puede considerar a Alfred Worcester como uno de los pioneros modernos de los Cuidados paliativos. En 1.935 escribió el libro "El cuidado del anciano, el moribundo ante la muerte". Señala la necesidad de adoptar una postura más humanitaria hacia la muerte y los moribundos.

En 1.967 se funda el Hospice St. Christopher en Londres, dirigido por Cicely Soun-

ders, quien consiguió lograr un ambiente en el que los pacientes y sus familias podían adaptarse mejor emocional y espiritualmente a la situación terminal. Su trabajo demostró cómo se podía lograr una significativa mejoría en la calidad de vida, cuando se presentaba una atención adecuada, tanto a los síntomas molestos como a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del enfermo. El éxito de este centro y la labor pluri-profesional en él realizada, permitió que la filosofía paliativa se expandiera posteriormente a otros hospicios y hospitales.

En 1.969 aparece la atención a domicilio. La cobertura de la población es muy irregular, 20% en EE.UU. En España: 90% en Las Palmas, 25% en Cataluña, casi inexistentes en Galicia. En Canadá y Australia existen los C.P. como especialidad médica. El Consejo de Europa ya se hizo eco en la década de los ochenta de las necesidades de los enfermos terminales, señalando que nuestros hospitales por falta de presupuesto, tienen tendencia a descuidar y desentenderse de los enfermos terminales.

La OMS considera prioritario el establecimiento o/y la ampliación de programas de Cuidados paliativos dentro de los estados miembros. Estima los Cuidados paliativos como el 4º escalón en su estrategia global en la lucha contra el cáncer:

- Prevención.
- Detección precoz.
- Tratamiento con fines curativos.
- Cuidados paliativos.

La propia OMS considera que globalmente los Cuidados paliativos son todavía un área muy descuidada, y como consecuencia millones de enfermos sufren sin necesidad.

### III.- CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

La OMS define los Cuidados paliativos: "El cuidado activo, total del paciente cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo". Esta definición la amplía y concreta más Jorge Luís Manzini: "El cuidado total activo y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación".

Los Cuidados paliativos deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del enfermo. Los esfuerzos terapéuticos deben orientarse no a curar, sino a cuidar, no a tratar la enfermedad, sino a cuidar al enfermo, no a atajar las causas, sino a aliviar los síntomas.

**La ética del CUIDADO es la que prevalece en la filosofía de la terapia paliativa.**

#### "Care" versus "Cure"

El "Caring", el CUIDADO, implica el respeto global de la persona. No se preocupa solamente de la enfermedad, sino del enfermo; no solamente del dolor, sino de la persona que sufre; no sólo de la información, sino de la persona a quien hay que informar; no sólo de la muerte, sino de la persona que va morir.

El "Curing", los "TRATAMIENTOS", se centran más en la enfermedad, que en la persona que la padece. Tiende a adoptar unos comportamientos de reduccionismo biologicista y de filosofía positivista.

Cuando el "Curing" prevalece sobre el "Caring" i.e. cuando los cuidados de reparación dejan de lado los cuidados habituales:

- Beber, comer, evacuar, lavarse, moverse, caminar...
- Los que contribuyen al desarrollo de la vida manteniendo la imagen del cuerpo, la red de relaciones...

En estas circunstancias tiene lugar el aniquilamiento de todas las fuerzas vivas de la persona, de cualquier naturaleza que sean, física, espiritual, social... El "Care" hace referencia a un cuidado total, holístico de la persona enferma. Comprende los tratamientos-cuidados médicos, psicológicos, y el apoyo espiritual para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de la persona enferma cuando un tratamiento con intención curativa es inapropiado.

Debe destacarse que las actuaciones curativas y Paliativas no son antitéticas, sino que se complementan en diferentes momentos de la evaluación de la persona enferma. Los Cuidados paliativos completan las estrategias terapéuticas previas. En todos los casos los Cuidados paliativos deben ser activos, continuos, programados e INTEGRALES. La medicina paliativa tiene muy en consideración la búsqueda del sentido y significado de la vida, que acompaña a todos los seres humanos.

#### IV.-OBJETIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

En el mismo concepto de Cuidados paliativos se determina el objetivo de los mismos: El cuidado del hombre en su totalidad o cuidado integral de la persona humana y preservación de su dignidad.

Considero importante hacer un análisis amplio de este apartado, puesto que el estudio del principal objetivo de los Cuidados paliativos desde la Bioética supondrá un mayor acercamiento a la consecución del mismo.

##### 1.-Concepto de persona humana.

No se encuentra una definición de persona humana, que sea universalmente acepta-

da. Boecio define a la persona humana: "Individua substantia rationalis naturae". Esta definición subraya la individualidad, la racionalidad y la materialidad como esenciales. Entre las distintas concepciones contemporáneas de la persona podemos considerar:

##### a- La Existencialista:

Niega la persona como ser estable o sustancial. La esencia desaparece en aras de la existencia. Heidegger y Sartre son los defensores de esta filosofía antropológica, aunque con notables diferencias, tienen en común una visión pesimista. La única verdad objetiva es la muerte. El hombre es un "ser para la muerte" o "una pasión inútil".

##### b- El Monismo físico:

Exponentes de esta concepción son Fleigk y Annstromg quienes afirman que la mente o el alma humana es simplemente el cerebro-estructura física sin más.

##### c- El Dualismo interaccionista:

Popper, Eccles, entre otros, afirman que la mente no es exclusivamente el cerebro, que éste no basta para explicar los fenómenos mentales. Estos autores sientan las bases de una visión trascendental del hombre, que traspasa los aspectos puramente fenoménicos y materiales.

##### d.- El antropobiologismo:

Subraya la absoluta singularidad del hombre y su radical diferencia con el animal, entre otros aportan esta visión Geblen y Portmann.

##### e.- Concepción personalista:

Esta concepción antropológica define al hombre como persona en el sentido que le da Boecio: "Sustancia racional de naturaleza individual." La racionalidad se refiere a una característica del hombre en cuanto tal, independientemente de la capacidad actual de su

ejercicio. El hombre es persona sólo por el hecho de "ser" un "ser humano", prescindiendo de su capacidad actual de realizar determinados comportamientos o de ejercitar unas funciones específicas como la perceptividad, la racionalidad o la volición. El hombre es más que sus actos, que sus comportamientos.

El personalismo ontológico identifica ser humano y persona. Todos los seres humanos son personas. Es ya persona el cigoto, el embrión, el feto, el recién nacido, el niño, en cuanto que poseen en potencia los elementos, que conducirán a la actuación completa de la persona. Es todavía persona el anciano, el disminuido físico o psíquico, el enfermo en coma, el paciente terminal, en cuanto son seres humanos, aunque no puedan ejercitar algunas funciones.

**El objetivo de la medicina paliativa** podemos resumirlo con palabras de Miguel de Unamuno: "El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano". A este hombre, la medicina paliativa tiene como objetivo concreto, proporcionarle CALIDAD DE VIDA.

## 2.-Calidad de vida.

### 2.1.- El término calidad de vida y usos del mismo.

El término calidad de vida comenzó a hacerse usual en el lenguaje culto en los países occidentales a partir de los años cincuenta. Hoy es una expresión casi tópica, que se utiliza en tres tipos de contextos y con tres significados distintos.

a.- **Uso descriptivo:** En este sentido, calidad, que viene del latín "qualitas", significa

aquello que convierte a una persona en "cuál", por tanto lo que la individualiza y diferencia de los demás seres. En este sentido, la cualidad del ser humano es la razón, de modo que la calidad de vida viene a identificarse con racionalidad. En este nivel descriptivo, la calidad de vida es sinónimo de vida humana a diferencia de la vida infrahumana.

Como término descriptivo CV es moralmente neutro y así lo ha utilizado la American Medical Association para designar la condición humana del enfermo, a veces degradada por la enfermedad o por la intervención agresiva de la medicina actual.

#### b.- Sentido evaluativo:

Si hay niveles mayores o menores de calidad, deben establecerse criterios para su evaluación. Como indicador fundamental del bienestar de las personas se eligió el PNB, el índice de riqueza de las naciones. Pueblos con elevado PNB, por definición, habían de gozar de gran CV, mientras que las sociedades con un bajo PNB, se consideraba que poseían una baja CV.

Esto no es así tan evidente. De hecho, en las últimas décadas hemos constatado, que el incremento acelerado del PNB puede provocar una degradación tal del medio natural, que hace disminuir muy sensiblemente la CV. El PNB no es buen índice de la CV de los humanos. Desde 1.972 se han ido poniendo correcciones a ese índice. Se ha denominado al PNB=Polución Nacional Bruta. En este mismo año dos economistas de la Universidad de Yale, William Nordhaus y James Tobin, propusieron un nuevo índice, el MBE=Medida del Bienestar Económico, que Samuelson ha rebautizado como Net Economic Welfare (Bienestar Económico Neto).

Hay factores que rebajan el BEN respecto del PNB tradicional, que aparece como un índice sobreestimado, ya que mide los "bienes" p.ej. el aumento de la producción energética, pero no los "males", que genera la mayor producción de esos bienes (la contaminación, enfermedades ...). Llegará un momento en que el aumento del PNB irá seguido de una disminución del BEN. Para muchos autores ese momento ya ha llegado y viene a coincidir con la crisis de la década de los años setenta.

c.- **Uso normativo.**

En este sentido el término calidad de vida implica un juicio ético. El concepto de CV tendrá un significado bioético cuando es usado en un juicio moralmente normativo, que establece si uno debe sostener y proteger la vida en base a la percepción de las cualidades humanas. No sólo es un criterio más entre los varios conocidos (amar al prójimo, orden natural ...), sino que entre las sociedades occidentales está llegando a convertirse en el criterio de la moral civil.

**2.2.-Definición de Calidad de vida.**

Calidad de vida no es un concepto simple, sino que está integrado por una serie de componentes, que constituyen lo que se llama dimensiones de CV.

Componentes de la Calidad de vida:

- |               |             |
|---------------|-------------|
| *Espiritual.  | *Social.    |
| *Religioso.   | *Económico. |
| *Psicológico. | *Laboral.   |
| *Cultural.    | *Físico.    |
| *Afectivo.    |             |

Probablemente esta lista se podría hacer interminable. Pero más útil es simplificar esta lista y ver lo siguiente:

- Los cinco primeros componentes son de difícil valoración, puesto que corresponden

al campo de la metafísica o están gobernados por la conducta.

- Los tres siguientes presentan una clara relación con el mundo de la sociología, de la comunicación y de las relaciones, son más valorables.

- El último componente, el puramente físico, es el de más fácil acceso, valoración e interpretación.

- Todos estos componentes forman como un mosaico indivisible que es CV. No podemos pretender que cada uno de ellos nos dé el valor exacto del todo. La identificación exclusiva de CV con alguno de estos componentes sólo se produce circunstancialmente y de una manera cambiante. En un momento determinado lo más importante es el dolor, mientras que en la misma persona y en poco tiempo, puede ser un desafecto, o la amargura de la constatación de una vida sin sentido. CV es algo fundamentalmente dinámico.

CV no se puede reducir a ninguno de estos componentes, ni siquiera a un componente que nos podamos inventar como resumen de todos ellos, por lo que la metodología de la evaluación es extraordinariamente compleja.

Aun sabiendo esto, valorar CV significa básicamente, valorar:

- El estado de actividad física del paciente, incluyendo tiempo de actividad, reposo y el grado de cumplimentación de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.

- El estado psicológico del paciente, con especial referencia a la ansiedad/depresión.

- La capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ámbitos: conyugal, familiar, social.

- El propio juicio de si mismo.

Visto esto podemos aproximarnos a una definición de CV: "Calidad de vida es el ámbito, que permite el desarrollo de todas las aspiraciones racionales de una persona".

Nos encontramos con tres elementos definitorios:

- "Las aspiraciones de una persona", hace referencia a algo subjetivo, difícil de valorar.

- "Racional": Este adjetivo matiza mucho esas aspiraciones y las hace converger hacia la objetividad de lo posible.

- "El ámbito que permite el desarrollo": Hace una clara alusión a las circunstancias, que están en nuestra mano modificar para que aquellas aspiraciones sean posibles.

Esta definición puede ser más útil y acertada que aquellas otras en las que lo que se resalta es el "bienestar" de la persona. En este sentido J. Barbero dice: "Entiendo la calidad de vida como la vida guiada por los valores, no sólo por la satisfacción de las necesidades, siendo ésta la mayor parte de las veces condición necesaria, pero no suficiente para poder gozar de una calidad de vida adecuada".

### **2.3.-Valoración de la calidad de vida.**

La metodología para valorar la CV tiene que ser diferente a la empleada en la medición de los fenómenos físicos. Para medir el número de vómitos que desencadena un determinado protocolo quimioterápico basta con la observación, pero para valorar el grado de aceptación o rechazo del mismo la metodología se hace más compleja.

#### **2.3.1.-Metodología utilizada en la valoración de la CV.**

La metodología utilizada es, básicamente, de dos tipos, en función de que lo que queramos medir sea:

a.- La propia experiencia subjetiva del paciente.

b.- La percepción que, desde fuera, nos hacemos de esa calidad de vida.

La valoración subjetiva (metodología de autovaloración) y la objetiva (metodología de observación y valoración externa) no ofrecen siempre unos resultados coincidentes. Esta falta de coincidencia plantea problemas, que se han tratado de solucionar con la valoración simultánea múltiple. Ciertamente cualquier intento de valoración de la CV es, inevitablemente, una simplificación, pero, dentro de las limitaciones, esta valoración es posible.

#### **2.3.2.-Instrumentos utilizados en la valoración de la CV.**

Son muchos los instrumentos que podemos utilizar. No los describo detalladamente, sólo señalarlos. Durante los últimos veinte años diversos investigadores han ido desai-tollando formas concretas de medir la CV:

- pioneros en la medición de los estados funcionales: Karnofsky en 1.948 introdujo una escala que medía el estado de funcionalidad física.

- S.Katz en 1.963 elaboró un índice que medía la independencia de las actividades de la vida diaria "Activities of Daily Living Scale (ADL).

- Desde 1.981 han proliferado un gran número de índices y escalas para medir la CV. Spitzer y colaboradores en 1.981, propusieron su Concise Quality of Life Index.

- Schipper y otros en 1.984, el Functional Living Index Cancer (FLIC).

- Aaronson y más, en 1.988, la Quality of Life Questionnaire (QL-Q).

- Se ha llegado a proponer una escala para medir el sentido, las creencias, y la fe de los pacientes: The Meaning in Life Scale.

- Una de las medidas más utilizadas: Los QALY's (Quality Adjusted Life Years=Años de vida ajustados según su calidad.

- Escala Lasa...

Todos estos índices y escalas han sido pensados para situaciones clínicas diversas. Sirven a propósitos específicos: realizar el seguimiento de una enfermedad, controlar la respuesta a un tratamiento, elegir entre distintas alternativas terapéuticas. En enfermos terminales resulta necesario simplificar las categorías a emplear.

- Una de tales simplificaciones es la clasificación tripartita introducida por Jansen y Siegler, en 1.992:

A.- Calidad de vida disminuída: Situaciones de déficit físico y mental, que todavía permiten una vida propiamente humana. Esta situación no plantea problemas de retirada de tratamientos.

B.- Calidad de vida mínima: Situaciones irreversibles de sufrimiento intolerable, de frustración de las expectativas vitales, de importante restricción de nivel de conciencia o de capacidad de comunicación. Es en esta situación donde se plantean los verdaderos dilemas éticos. La consideración de la calidad de vida tiene gran importancia.

C.- Calidad de vida bajo mínimos: Situaciones irreversibles de una mínima capacidad de conciencia y de relación con otros seres humanos. El paradigma de estas situaciones son los estados vegetativos persistentes.

#### **2.4.-Bioética de la CV.**

##### *2.4.1.-Consideraciones generales.*

En torno a los años veinte, después de la primera guerra mundial, se produjeron un

cierto número de acontecimientos muy importantes en la historia de los países occidentales. Estos acontecimientos fueron de varios tipos:

- Económicos: Aparece una nueva organización económica, conocida con el nombre de neocapitalismo.

- Sociales: La anterior sociedad industrial cedió el paso a un nuevo tipo de organización de las colectividades humanas, aparece así la llamada sociedad de consumo.

- Políticos: Aparece una nueva organización del Estado, que recibió el nombre de Estado del bienestar (Welfare state), que asegura la cobertura gratuita de una serie de demandas sociales básicas: pensiones, sanidad, vivienda, enseñanza ... Lo cual permite que los ciudadanos puedan prescindir del ahorro que antes debían acumular para cubrir estas necesidades, y ahora se gasta en consumo.

La salud pasa de ser un requisito de producción (las personas sanas como elementos productivos: se está bien para producir) a ser un bien de consumo (se trabaja para estar bien). No es un azar que fuera en 1.946, cuando en la carta fundamental de la OMS se estableciera esta definición de salud: "Un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad."

Esta identificación de la salud con el perfecto bienestar tiene graves consecuencias. De una parte supone la medicalización de la vida entera, ya que el objetivo último de la vida civil se cifra en la consecución del bienestar, y se identifica con la salud. Por otra parte supone la conversión de la salud- y consecuentemente del bienestar- en criterio máximo de moralidad de la sociedad civil, ya que el perfecto bienestar de la definición no

describe una situación de hecho, el **ser** de nuestra sociedad, sino la tendencia ideal, deseable, el **deber-ser**. El bienestar se convierte así en norma de moralidad. Bueno es lo que aumenta el bienestar y el consumo de bienestar, y malo lo contrario.

Esta actitud moral supone una revolución en el campo ético. La ética tradicional había considerado siempre sospechoso el despilfarro y virtuosa la sobriedad, virtuoso el ahorro y vicioso el consumo. Por primera vez en la historia se afirma lo contrario.

Como vaticinó Keynes, el sistema económico neocapitalista ha hecho pasar a los países occidentales de una cultura de la necesidad a otra de la abundancia, con el consiguiente cambio de actitudes morales. En la sociedad de la abundancia habrá una nueva ética y una nueva "ascética" presididas ambas por el criterio del bienestar. Dado el papel fundamental que en la economía del bienestar juega el consumo, la nueva ética habrá de ser una ética del consumo.

El consumir no es un derroche, sino el principio básico de la nueva moralidad.

La crisis económica de 1.973 dio al traste con la utopía del desarrollo económico indefinido y de la posibilidad de un consumo creciente de bienestar. Haya sido o no la tumba del Keynesianismo, lo cierto es que ha volatilizado muchas creencias que antes pasaban por inamovibles. Empieza a hablarse insistentemente de crecimiento cero, y ante la imposibilidad de seguir ofreciendo un aumento continuado del consumo **se cambia la antigua consigna de cantidad de consumo por la nueva de calidad de vida**. Esto planteará nuevos y graves problemas éticos:

¿Es moralmente permisible desacelerar el crecimiento de la población mediante sistemas de control de la natalidad?

¿Puede justificarse el aborto selectivo por razones basadas en la baja calidad de vida, que espera al futuro ser?

¿Puede ponerse fin a la vida de los enfermos terminales cuando la calidad de vida es realmente pobre?

Estos son algunos de los interrogantes planteados, y que interesan al objeto de nuestro estudio por lo que atañe a los enfermos terminales.

#### 2.4.2.-Criterios éticos de valoración de la CV.

¿Con qué criterios éticos podemos enjuiciar la CV?. La CV es entendida de forma diversa, según las distintas corrientes de pensamiento:

##### A.- Teoría ontologista:

Este criterio de moralidad se refiere a la misma vida. La vida es un bien en si misma. En la práctica totalidad de las religiones históricas la vida es contemplada como un don de Dios y por tanto como algo sagrado, santo, contra lo que no se puede atentar so pena de enfrentarse con Dios.

Esta sacralización de la vida fue elevada a categoría filosófica y moral.

Si la vida tiene un valor inalienable, dado su origen divino, esto quiere decir, de acuerdo con los principios de la filosofía aristotélica, que se trata de una norma moral de carácter sustantivo y ontológico.

En la terminología aristotélica la sustancia posee carácter ontológico primario, en tanto que los accidentes: calidad, cantidad,... no tienen otra entidad que la circunstancial, la que les confiere la sustancia a la que están unidos. La vida humana es formalmente inviolable.

##### B.- Teoría consecuencialista.

La teoría consecuencialista tiene su base en la concepción utilitarista. El Utilitarismo

surgió junto con las teorías fundamentales de la economía liberal clásica. Los padres del utilitarismo moral son los renombrados economistas: Jeremias Bentham (1.784-1.832) y John Stuart Mill (1.806-1.873).

Los utilitaristas plantean las cuestiones morales del mismo modo que los problemas económicos, y por tanto acaban juzgando sobre la bondad o maldad de los actos, tras analizar detenidamente el "haber" y el "debe" de cada opción. Conciben la moral como un saldo (positivo o negativo) de las cosas que uno hace o que le suceden. Este saldo, algunas veces llamado "provecho" o "ventaja", se entiende como una unidad de medida, que permite un cálculo evaluativo (placer, felicidad, satisfacción...), de modo que el agente puede conducir su vida moral con una racionalidad comparable a la de un eficiente hombre de negocios. Para el utilitarista no hay ninguna acción intrínsecamente buena o mala, en el fondo, todo vale si es útil.

El núcleo de la moralidad para esta corriente está en la maximización de la felicidad y la minimización de la miseria y del sufrimiento. Una acción es buena si tiende a este fin y mala si se aleja de él. La moralidad depende de las circunstancias, de la situación. Algunos autores toman sólo el propio interés como fin; otros, como J. Bentham, toman como principio de moralidad, el mayor bien para el mayor número de personas. La acción correcta es la que consigue el mayor bien para el mayor número.

Los utilitaristas señalan que el fin de la felicidad del hombre -entendida en sentido hedonista- justifica los medios adecuados para conseguirla. El fin justifica los medios. Se llega a establecer una identificación radical entre sufrimiento e inmoralidad.

La máxima felicidad para el mayor número posible, no es otra cosa que un modo paradigmático de referirse a la CV, entendida ésta como "bienestar", que es una simple aplicación práctica del programa de vida utilitarista. El utilitarismo es la razón de fondo de muchas propuestas para cambiar las políticas de salud pública.

Las justificaciones para la eutanasia directa, en general invocan la CV, entendida como "bienestar". Bienestar de todos, el paciente, la familia, la sociedad. En el caso de que los beneficios (para el individuo, y los otros) de la continuación de la vida sean superados por los sufrimientos y cargas, la muerte es permisible y aun obligatoria.

Joseph Fletcher, uno de los principales propugnadores de la eutanasia, propone que la vida humana carece de valor cuando no tiene CV, interpretada esta como "bienestar", placer para el mayor número de personas. La muerte directa o indirecta de una persona es buena si está justificada por este supremo valor, o cuando las consecuencias de ello superan cualquier "disvalor" de esa acción de acuerdo al cálculo: coste versus beneficio.

Siguiendo estrictamente esta teoría ética de CV los Cuidados paliativos serían innecesarios. Crear unidades de Cuidados paliativos estaría fuera de toda norma moral, dado que los beneficios producidos en términos utilitaristas de CV = "bienestar hedonista", serían siempre inferiores a los costos. Llevando esta teoría a las últimas consecuencias, la dignidad y la propia singularidad y autonomía de la persona desaparece en la colectividad.

La teoría utilitarista no logra fundamentar unos deberes morales propiamente dichos y por eso la bioética de los principios la combina con la teoría deontologista, de

manera que la moralidad de cada acción se analice según unos principios aceptados mayoritariamente.

### C.-Teoría de los principios.

Beauchamp T. y Childress J. proponen cuatro principios como los más universalmente aceptados:

\*Principio de no-maleficencia.

\*Principio de justicia.

\*Principio de autonomía.

\*Principio de beneficencia.

Estos principios, en los que se fundamenta esta teoría, los agrupa Diego Gracia en dos niveles:

Nivel I:

Principios de no-maleficencia y de justicia. Éste sería el nivel de una ética de mínimos, que marca lo correcto moralmente, lo que todos están obligados a hacer, y se les puede exigir por coacción. Estos principios son materia de la ley y del derecho.

Nivel II:

En este nivel se sitúan los principios de autonomía y beneficencia. Es el nivel de la ética de bueno, de lo subjetivo y privado, ética de máximos, de lo que cada uno puede hacer o no hacer libremente.

Analicemos cada nivel:

Nivel I (principio de no-maleficencia y de justicia).

#### a.- Principio de no-maleficencia:

Nunca está permitido hacer un mal a otro, aunque éste nos lo autorice. Decreta el respeto a la vida, la salud, la integridad física y la evolución natural de las personas, incluso en el caso en que éstas den permiso para hacer lo contrario.

Mientras que no siempre es obligatorio hacer el bien, p.ej. en contra de la voluntad razonable del que lo recibe o a costa de un

grave perjuicio del que lo practica, en cambio siempre se está obligado a no hacer el mal.

#### b.- Principio de justicia:

Todos los seres humanos tenemos igual dignidad y merecemos igual consideración y respeto. Impediría toda discriminación por cualquier circunstancia (económica, social, de raza, de sexo ...). Exigiría la distribución equitativa de recursos, respetando los derechos de terceros y no sólo los del enfermo en cuestión.

Nivel II (principio de beneficencia y de autonomía)

#### a.- Principio de beneficencia:

Manda hacer el bien. La sociedad y el médico asumen un acuerdo tácito por el cual siempre se espera del médico que busque el bien del enfermo.

#### b.- Principio de autonomía:

Este principio tiene dos implicaciones básicas. Por una parte lleva a considerar a cualquier miembro de la especie humana como un fin y nunca como un medio, y por otra parte exige el respeto a la libertad de cualquier persona humana esté o no enferma.

Aunque la autonomía sea reducida es un deber respetarla. La autonomía será tanto mayor cuanto más alto grado de información se posea. Cuanto más crónica es la enfermedad o más cuestionado el tratamiento, más se reclama la autonomía. Cuanto más aguada es la enfermedad y más eficaz el tratamiento se reclama menos el principio de autonomía y más el de beneficencia.

Desde el punto de vista de la aplicación práctica cada situación concreta habrá de ser examinada a la luz de estos principios. La CV no ha de ser examinada en abstracto, sino en cada enfermo y en cada caso en concreto. El

mismo Diego Gracia dice: "Estos principios guardan una relación conflictiva entre sí, razón por la cual las soluciones a los problemas no suelen ser unívocas para todos los sujetos morales implicados, sino diversos y plurales".

#### **D.-Teoría personalista:**

La concepción personalista de la bioética mantiene la primacía y la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. Entre las diversas posiciones dentro de la bioética personalista, la más fundamentada es el personalismo ontológico, que remite la persona al "ser".

Como ya queda dicho en otro lugar de este trabajo la teoría personalista entiende por persona la que define Boecio: "Individua substantia rationalis naturae". La racionalidad se refiere a una característica esencial del hombre en cuanto tal, independientemente de su ejercicio.

Lo que parece un axioma: "Todos los seres humanos son personas", ha sido puesto en duda por diversas corrientes filosóficas en los últimos tiempos (utilitarismo, funcionalismo ...). Según estas corrientes de pensamiento el concepto de persona no puede atribuirse a determinados seres humanos:

- A los no "sentientes": Los cigotos, los embriones hasta la formación del sistema nervioso, los descerebrados con lesiones en la zona cortical que impiden el ejercicio de la perceptividad.

- A los no "racionales ni volitivos": Los recién nacidos y los niños, en cuanto incapaces de autonomía y racionalidad; los ancianos discapacitados mentales, los disminuidos psíquicos, los enfermos terminales.

Estas concepciones retrasan el "inicio" de la persona hasta que aparecen determinadas funciones y adelantan su "final" con el cese de las mismas; esto comporta la marginación de los seres humanos en estado límite (los prenatales, neonatales, terminales, los malformados ...).

En resumen, el personalismo ontológico atribuye el estatuto de persona a cualquier ser humano, por el reconocimiento de "ser", que constituye el sustento unitario y permanente que trasciende las múltiples manifestaciones exteriores y los diversos comportamientos. El concepto ontológico de persona es la base en la que se sustentan los cuatro principios fundamentales que propone la bioética personalista como guías de acción:

#### **a.- El valor fundamental de la vida humana:**

La vida corpórea del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la misma. El cuerpo es esencial a la persona, en cuanto se constituye en el fundamento único por el cual la persona se realiza y entra en el espacio y en el tiempo. El respeto de la vida humana, su defensa y promoción, tanto de la ajena como de la propia, representa el primer imperativo ético, el principio primero y fundamental. El derecho a la vida es anterior al derecho a la salud

#### **b.- Principio de libertad y responsabilidad:**

Todo acto de libertad debe estar asociado a la responsabilidad, que lleva a responder del propio actuar ante sí y ante los demás, respetando la libertad y la vida de los demás. El derecho a la vida es anterior al derecho a la libertad. Para ser libre es necesario estar vivo.

Este principio señala el deber moral del paciente de colaborar a los cuidados ordina-

rios y a salvaguardar su vida y la de los demás. No está obligado a recibir tratamientos desproporcionados que le reporten escasos beneficios o le ocasionen notables molestias. El médico no puede obligar al paciente a recibir tratamiento cuando no está en juego su vida.

**c.- Principio de totalidad o principio terapéutico:**

Este principio prescribe la obligatoriedad de que el acto médico considere al enfermo en su totalidad. La persona es una "unitotalidad". Su cuerpo no es simplemente un cuerpo, es el cuerpo de una persona, que es un todo bio-psico-socio-espiritual.

Este principio justifica la intervención que merme la integridad corporal, si se cumplen unas condiciones: que se trate de una intervención sobre la parte enferma o que es causa directa del mal, que no se disponga de otros medios para superar la enfermedad, que haya una buena posibilidad de éxito y que se obtenga el acuerdo del paciente.

**d.- Principio de solidaridad y subsidiariedad:**

Lleva a considerar la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social. Hay la obligación de garantizar la salud de cada persona, aun a costa de restar bienes a los que se encuentran en buena situación económica. La autoridad pública debe cuidar de los más necesitados, actuando subsidiariamente de los grupos sociales, respetando su ámbito de autonomía y no intentando suplantar o sustituir las iniciativas libres de los distintos grupos.

Solidaridad y subsidiariedad derivan del respeto entre las personas. Su importancia resulta más clara cuando, con la aplicación de un concepto de coste-beneficio, se

desvían los fondos de los enfermos no recuperables hacia otros objetivos más "rentables".

La CV desde una óptica personalista implica considerar a la persona humana en su totalidad, en su dimensión corporal y espiritual y sin prescindir de ninguno de los derechos y deberes que le pertenecen. La CV nunca justificará ni el encarnizamiento terapéutico, ni el abandonar los cuidados ordinarios, que merece todo ser humano por ser persona, nivel en el que se encuentran los Cuidados paliativos.

Entre algunas de estas teorías éticas pueden encontrarse semejanzas en lo que se refiere a la bioética. Los límites entre ellas, a veces, no están tan claros.

## **V.-EL ENFERMO TERMINAL.**

Después de estas anotaciones sobre la CV, que los Cuidados paliativos tienen como objetivo lograr para los enfermos "terminales", interesa hacer una breve consideración acerca de lo que se entiende por enfermo terminal.

Durante los últimos diez años, y paralelamente al auge del movimiento en favor de los Cuidados paliativos de los enfermos terminales, el interés por éstos se ha ido incrementando. Sin embargo, no se dispone de unos criterios universalmente aceptados para identificar a un paciente como "terminal", con el consiguiente perjuicio que se puede derivar de un diagnóstico equivocado.

Hoy incluso se está cuestionando la propia palabra "terminal". Sergio Cecchetto propone otra terminología: "Paciente con alto riesgo de muerte" o bien "con pronóstico de muerte inminente". Esta nueva denomina-

ción obedece no a un cambio de nomenclatura estrictamente tal sino a un enfoque terapéutico de tipo paliativo. "Se trata en verdad de un sencillo y poco inocente cambio de nombre, que implica nuevos criterios terapéuticos, clínicos, jurídicos y éticos para lograr una consideración interdisciplinaria de la persona en trance de morir".

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) ha precisado el siguiente protocolo diagnóstico, para considerar a un paciente como terminal:

- 1.- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2.- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, y cambiantes. (El dolor es uno de ellos).
- 4.- Gran impacto emocional en paciente, familiares y equipo terapéutico. Relacionado implícita o explícitamente con la presencia de la muerte.
- 5.- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

En todos los protocolos siempre se añade que es fundamental no etiquetar de "terminal" a un paciente potencialmente curable. Se deben revisar continuamente los diagnósticos.

## VI.-BASES DE LA PRACTICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los tratamientos paliativos precisan competencia clínica, habilidades expertas y humanidad a la cabecera del enfermo, como cualquier actuación médica. No obstante la medicina paliativa precisa de una organización y actuación distinta de la medicina curativa.

La práctica de los Cuidados paliativos se apoya en:

- Tratamiento de síntomas.
- Información y comunicación.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Equipo de trabajo multidisciplinar.

### 1.- Tratamiento de los síntomas.

Los síntomas que presenta el enfermo en fase terminal son múltiples, intensos, multifactoriales y cambiantes. Pueden ser síntomas:

\* Físicos: Dolor, disnea, vómitos, estreñimiento, hemorragias, sequedad de mucosas...

\* Psíquicos: Ansiedad, depresión, tristeza...

\* Espirituales: Sufrimiento, interrogantes sobre su propia vida, su propia identidad. Dentro de los síntomas espirituales están los religiosos: ¿Existe un Dios sádico? ¿Existe un Dios bueno? ¿Que hay después de la muerte?

El cometido de los Cuidados paliativos es valorar adecuadamente todos los síntomas y tratar al enfermo como él es, no como quisiéramos que fuera.

### 2.- Información y comunicación.

La información es un derecho del paciente.

La primera pregunta que se plantea es: ¿Se debe dar información completa al enfermo? Se debe dar la información que el enfermo quiera, como él quiera, hasta donde él quiera, pero siempre respetando su derecho a conocer o no querer conocer la verdad.

Una buena información supone una buena comunicación. Una buena comunicación requiere una actitud de escucha y para realizar una buena escucha se requiere: respeto, empatía y aceptación.

### 3.- Apoyo emocional al enfermo y a la familia.

La familia, entendiéndola por ésta el entorno más próximo al enfermo, al recibir la terrible noticia de una enfermedad incurable de su familiar ve como se rompe la armonía de la vida preexistente, por lo que debe adaptarse a la nueva situación. La familia tiene que aceptar la enfermedad para que su labor cuidadora sea útil.

Factores que contribuyen al sufrimiento de la familia:

- Sufrimiento empático con el enfermo.
- Carga de cuidados.
- Alteraciones psicológicas.

Es obligación del equipo cuidador tratar de dar solución a la claudicación familiar.

### 4.- Equipo multidisciplinario.

Todos los profesionales tienen la responsabilidad de contribuir al alivio de los pacientes terminales a los que atienden. Resulta evidente que una persona sola es incapaz de abordar las acciones terapéuticas intensivas que requieren los pacientes terminales. La solución es el equipo interdisciplinario. Este equipo estará formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, capellanes-asistentes espirituales.

La formación de un equipo requiere la combinación de madurez personal y equilibrio con una sólida formación e incorporación de una forma totalmente voluntaria al mismo. Un equipo es más que una reunión de personas. Su construcción y consolidación son complejas y laboriosas. El equipo maduro es orgánico, definido e interdependiente, con éxitos y fracasos comparados. Junto a la alta calidad asistencial, los equipos intentan garantizar la protección de

sus integrantes frente al estrés.

El equipo debe estar abierto a la colaboración a distintos niveles.

## VII.- CUIDADOS PALIATIVOS: EUTANASIA Y OBSTINACION TERAPEUTICA.

La medicina paliativa proclama el valor de la vida humana en cada momento e intenta aliviar al máximo el dolor y el sufrimiento ocasionado por la enfermedad terminal. La medicina debe reflexionar seriamente sobre sus propios fines y métodos a la hora de enfrentarse a la enfermedad incurable.

La clarificación de los fines y de los métodos es esencial para afrontar los problemas planteados en el tratamiento de los enfermos terminales, en concreto en lo referente a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico.

### 1.- Medicina Paliativa y eutanasia.

Es fundamental dejar bien claro que el fin de la medicina, como se ha dicho a lo largo de este trabajo, es no sólo curar sino cuidar y aliviar cuando no se puede curar. Todo acto médico o técnico empleada contraria a este fin sería anti-medicina.

La eutanasia (en el sentido que hoy se le da comúnmente a este término: de producir la muerte directamente) es anti-medicina. El objetivo buscado, en este sentido, es la muerte. No se encuadra aquí el hipotético caso en el que la aplicación de un tratamiento necesario para aliviar algún síntoma acorte la expectativa de vida del enfermo, como efecto secundario no querido.

El sentido, que hoy se le da al término eutanasia dista mucho de la significación etimológica del término (eu-zanatos = buena muerte) que utilizó por primera vez Francis

Bacon en el año 1.623, en su obra *Historia Vitae et Mortis*.

Definiciones de eutanasia: La Asociación Médica Mundial daba la siguiente definición de eutanasia en el año 1.987: "El acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por propio requerimiento o a petición de sus familiares". Juan Pablo I en la Encíclica *Evangelium Vitae* (1.995) dice: "Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor".(E.V.n.65°). "La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos utilizados".(Ibidem).

Acepciones de eutanasia:

Me refiero a las acepciones principales, sin adentrarme en matizaciones:

\* Eutanasia activa o positiva: Que por medio de una intervención adecuada -generalmente farmacológica- produce la muerte.

\* Eutanasia pasiva o negativa: Que omite deliberadamente cualquier clase de ayuda al enfermo, dejándolo morir.

Desde el punto de vista ético no tiene sentido esta distinción, pues la eutanasia pasiva es verdadera eutanasia, porque provoca deliberadamente la muerte. En la definición que da Juan Pablo II queda claro que tanto la llamada eutanasia activa como la pasiva son verdadera eutanasia.

\* Eutanasia directa: En primer plano tiene intención de quitar la vida a un ser humano, para lo que utiliza los medios a propósito. Algunos autores la denominan, la identifican o la relacionan con la eutanasia activa, positiva.

\* Eutanasia indirecta: La intención es de controlar síntomas, aunque con eso quede

acortada la vida o acelerada la muerte, nunca querida ni deseada directamente. Algunos la relacionan o la identifican con la eutanasia pasiva, negativa, si bien en este caso la negativa o pasiva no le dan el matiz de omisión deliberada de ayuda al enfermo para que muera.

La eutanasia no forma parte de la medicina, ni es alternativa a las unidades de Cuidados paliativos. Los Cuidados paliativos sí pueden ser alternativa a la eutanasia y son verdadera forma de hacer medicina. Para paliar los distintos síntomas que produce una enfermedad irreversible e incurable hay que recurrir a la medicina paliativa. Como ha dicho el Dr. Willke presidente del Comité Nacional para el Derecho a la Vida en USA: "Si su médico no le puede aliviar el dolor, no pida usted la eutanasia; cambie de médico porque el suyo es un incompetente".

La eutanasia es contraria a la deontología y a la ética médicas. Conculca los fines de la medicina y los principios de la bioética.

## 2.-Cuidados paliativos y obstinación terapéutica

La imposibilidad de curación de todas las enfermedades es inherente a la misma naturaleza del hombre, en el que la muerte es un proceso presente en la existencia del ser humano. "La muerte del ser humano es del cien por cien" (Gómez Sancho). Las situaciones en que no es posible la curación del enfermo no suponen el fracaso de la Medicina, sino que son situaciones en las que es obligado poner en práctica el segundo fin de la medicina: El cuidado y el alivio cuando no es posible la curación.

La Asociación médica mundial en su XXXV Asamblea en 1.983, definía el encarni-

zamiento u obstinación terapéutica: "Todo tratamiento extraordinario del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente". Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae* define el ensañamiento terapéutico: "Ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, o bien, por ser demasiado gravosos para el enfermo o su familia".

La acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría plenamente dentro de las prácticas reconocidas como éticas.

### VIII.- CONCLUSIÓN.

La Medicina paliativa y sus implicaciones éticas en el tratamiento de los enfermos terminales tendrán en el futuro de nuestra sociedad un gran camino que recorrer. Mientras persista el dolor y el sufrimiento de millones de seres humanos con enfermedades irreversibles podemos hacernos esta pregunta: ¿Es posible un auténtico progreso sin cuidados paliativos?

¿Es posible una auténtica Medicina paliativa sin tener en cuenta unas referencias éticas?

La respuesta a estos interrogantes viene dada en lo expuesto en este trabajo. Si la respuesta fuese afirmativa, ni el progreso sería progreso, ni la Medicina paliativa sería en verdad paliativa.

### Bibliografía

Astudillo W. et al.: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA 1995.

Boyeró González B.: Ética de la relación enfermo terminal-entorno familiar. *Rev Cuadernos de Bioética*. Vol. VIII, n° 26, 2° 1996.

Cecchetto S.: La enfermedad mortal. *Rev Cuadernos de Bioética*. Vol. VII, n° 26, 2° 1996.

Centeno C. et al.: Cuestionar la revelación del diagnóstico a los enfermos oncológicos en situación terminal: estudio prospectivo con evaluación de las respuestas de los enfermos. *Rev Cuadernos de Bioética*. Vol. VII, n° 26, 2° 1996.

Feryal Béchara: Tratamientos de enfermería: cuidado integral al enfermo, *Rv. Dolentium Hominum*, n° 28, 1995.

Gómez Batiste X. et al.: Cuidados paliativos en oncología. Ed. JIMSA, 1996.

Gómez Sancho M.: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS, 1994.

González Barón M et al.: Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Panamericana, 1996.

Gracia Guillén D.: Ética de la calidad de vida. *Rv. Jano* 6-17 Febrero 1985, n° 645-H.

Gracia Guillén D.: Fundamentos de bioética. EUDEMA. Madrid, 1989.

Herranz G.: El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa. *Rev Cuadernos de Bioética*, n° 16, 4° 1993.

Iceta M. et al.: Las exigencias éticas de la medicina paliativa. *Rev Cuadernos de Bioética*. Vol. V, n° 19, 3° 1994.

Javier Gafo (ed.): Fundamentación de la bioética. Dilemas éticos de la medicina actual-2. UPCM. Madrid, 1988.

Javier Gafo (ed.): La eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual-4. UPCM. Madrid, 1990.

León Correa F.J.: Dignidad humana, libertad y bioética. *Rev Cuadernos de Bioética*, n° 12, 4° 1992.

López Guerrero A.J.: La asistencia a enfermos terminales: la medicina paliativa. *Rev Cuadernos de Bioética*, Vol. V, n° 20, 4° 1994.

Manzini J. L.: La ética de los cuidados paliativos. Rv. Quirón. Vol. 25, nº 4, 1.994.

Marijuán Angulo M.: Aspectos éticos de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor en la enfermedad terminal. Conferencia, Bilbao, 26-11-1.995.

Núñez Olarte J. M.: El hombre y la mujer de 1.991 y las Unidades de Cuidados paliativos. Jornadas internacionales de Humanismo y Medicina. Madrid, 1.991.

Pascual A.: Medicina paliativa: Una nueva filosofía. Rev Soc. Espa. del dolor. Suple. II, 5-10, 1.995.

Pastor García L.M.: El derecho a la vida y la eutanasia. Rev Cuadernos de Bioética, nº 16, 4º, 1.993.

Sanz-Ortiz J.: Conocimiento de la verdad en el paciente terminal. Rev Medicina Clínica, Vol. 90, 1988.

Sanz-Ortiz J.: La comunicación en medicina paliativa. Rev Med Clínica, Vol. 98, nº 11, 1.992.

Uriz Pemán Mª J.: Reflexiones éticas ante el tema de la eutanasia. Rev Cuadernos de Bioética, nº 16, 4º 1.993.

Vega J. et al.: Aspectos bioéticos de la calidad de vida. Rev Cuadernos de Bioética, Vol.V, nº 19, 3º 1.994.

Vidal Casero Mª del C.: Eutanasia activa y pasiva. Sus implicaciones éticas. Rev Cuadernos de Bioética, Vol. VII, nº 27, 3º 1.996.