

## PROBLEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA

*Ethical difficulties at the end of life*

Jacinto Bátiz (1), Pilar Loncán (2)

(1) Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Santurtzi. Bizkaia. España UE.

(2) Directora asistencial de la Unidad de Curas Paliativas de la Fundación Residencia Santa Susana. Barcelona. España UE.

### PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA

Los principios de la Ética Básica son criterios generales que sirven de base a las normas de actuación de un grupo social o profesional. A lo largo de la historia la esencia de los mismos se ha mantenido mientras se adaptaban a las nuevas realidades. En la actualidad los principios a los que nos referimos han sido reformulados por diversas corrientes filosóficas y desde realidades como lo son el mundo anglosajón y el mediterráneo.

El término de bioética aparece en 1970 y rápidamente recibe un fuerte impulso a través de los informes Belmont (1978) y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (1979) (10). Así quedan establecidos los cuatro principios de Bioética Clínica:

1. No maleficencia: no se puede hacer mal a otro.
2. Beneficencia: se ha de procurar el mayor bien del otro.
3. Autonomía: se ha de respetar la libertad de las personas.
4. Justicia: se ha de tratar a todos por igual.

Estos cuatro principios son una forma de afirmar los derechos fundamentales de la vida: beneficencia y no maleficencia, la libertad (autonomía) y la igualdad (justicia).

Los principios de beneficencia y no maleficencia son complementarios y pueden entrar en conflicto con el de autonomía a través de la competencia y autoridad del profesional de la sanidad, debido a la asimetría en la relación médico-enfermo que se deriva de la posesión del conocimiento por parte del médico y la necesidad que el paciente tiene de la pericia del profesional. El propio concepto de beneficencia es un constructo que la práctica clínica, el juicio profesional y el criterio de los pacientes colaboran a elaborar de forma dinámica y coetánea.

El principio de autonomía puede interpretarse como la transcripción sanitaria del imperativo categórico kantiano: el hombre es un fin en sí mismo. La autonomía es entendida como el respeto que toda persona merece tanto por ser autónoma como para ser protegida cuando la capaci-

dad de decisión esté disminuida o no exista. Esto implica el derecho a la información y a tomar decisiones sobre su persona. Respetar la autonomía significa tanto dar valor a las consideraciones de las personas autónomas como favorecer las situaciones en las estas personas expresan sus opiniones y tener en cuenta las mismas cuando ya no puedan ejercer su capacidad de autodeterminación. En este sentido el consentimiento informado o las voluntades anticipadas son un instrumento que no ha de sustituir a la relación médico-enfermo y hay que evitar el peligro de la burocratización.

Respecto al principio de justicia, en nuestro medio, hace referencia a la imparcialidad en la distribución de recursos, entendida como equidad. Hay que evitar las cargas indebidas y favorecer el acceso a los recursos necesarios.

La ética clásica se ha caracterizado por seguir un Código Único de deberes y normas que son extensivos a todas las esferas y personas. La evolución en la medicina que lleva a la medicina de situación (entendiéndose por tal la que se deriva del concepto de salud de la OMS, en el que aparecen además de los conceptos objetivos o biológicos los conceptos subjetivos o biográficos) implica que la ética evolucione a la ética de situación. A partir del momento en que aparece el concepto de ética de situación, los conflictos éticos pueden resolverse mejor debido a la similitud con la práctica clínica y a la incorporación de la percepción de la enfermedad por parte del enfermo. El carácter evolutivo de la ética se puede considerar a partir de la revolución cognitiva que en la actualidad estamos viviendo, que representa un cambio radical de los sistemas de hábitos y creencias, basados en la sensibilidad. Una sensibilidad por los valores de los otros, por la experiencia del sufrimiento, por la vulnerabilidad. Se trata de una ética que como dice Bilbeny (11) no se basa en los valores, pero implica valores como la dignidad, el respeto, la responsabilidad y que conduce al entendimiento humano y al pensamiento crítico.

Cómo ligar las bases filosóficas a la práctica asistencial de forma que lleve a la solidaridad, la individuación y la proporcionalidad, es el reto que los profesionales de hoy tenemos.

---

Correspondencia:  
Dr. Jacinto Bátiz  
Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos.  
Hospital de San Juan de Dios.  
Santurtzi. Bizkaia. España UE.

### **DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL (5)**

El enfermo en fase terminal tiene los siguientes derechos:

- A ser tratado como un ser humano hasta el momento de su muerte.
- A mantener una sensación de optimismo por cambiantes que sean sus circunstancias.
- A ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe su situación.
- A expresar sus sentimientos y emociones sobre su forma de enfocar la muerte.
- A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados.
- A esperar una atención médica y de enfermería continuada, aún cuando los objetivos de "curación" deben transformarse en objetivos de "bienestar".
- A no morir solo.
- A no experimentar dolor.
- A que sus preguntas sean respondidas con sinceridad.
- A no ser engañado.
- A disponer de ayuda de y para su familia a la hora de aceptar su muerte.
- A morir en paz y con dignidad.
- A mantener su individualidad y a no ser juzgado por decisiones suyas que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas y/o espirituales, cualesquiera que sea la opinión de los demás.
- A esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras su muerte.
- A ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender sus necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarlo a afrontar la muerte.

### **DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA**

Las personas mayores, a medida que avanza la edad, presentan más inmovilidad y un grado variable de dependencia física que pueden estar acompañadas de forma continua o esporádica de afectación de la esfera cognitiva y/o emocional. Independientemente de la ubicación de la persona, en el domicilio, en una institución (centros de larga estancia, residencias) o en un hospital de agudos, nos encontramos en situaciones en las que hay que tomar decisiones que hacen referencia al nivel de intervención y que debido a la situación de la persona con frecuencia tienen que ver con la etapa del final de la vida. La toma de decisiones puede estar dificultada por la presencia de deterioro cognitivo y/o falta de familia. Estas situaciones son cada vez más frecuentes y complejas, lo que requiere de los profesionales, pacientes y en su caso los familiares, actitudes, habilidades e instrumentos que faciliten dicho proceso.

En el proceso de la toma de decisiones al final de la vida tenemos que analizar los siguientes temas: la autonomía del paciente, la competencia y la estrategia terapéutica y/o tipología de tratamiento.

**AUTONOMÍA.-** La relación clínica, entendida como médico/enfermo ha cambiado de fondo y de marco. Por una parte, el paciente reclama su autonomía, por otra, se introduce el trabajo en equipo. Respetar la autonomía del paciente implica conocer cómo vive la enfermedad, es decir, cómo vive su vida. Se introducen datos subjetivos que sólo podemos comprender desde la empatía. En la toma de decisiones, el paciente geriátrico ha de ser respetado en su autonomía como persona y le hemos de ayudar a tomar las decisiones además de aplicar la técnica con pericia. En otros casos la capacidad para la toma de decisiones está alterada y los profesionales han de decidir por el paciente.

El respeto a la autonomía real de la persona enferma es un ejercicio dinámico y constata que implica por parte del paciente: conocimiento, comprensión y ausencia de coacción interna o externa. Estas condiciones propuestas por Beauchamp (14) son fundamentales para el desarrollo del principio de autonomía.

Siguiendo esta propuesta dialéctica, por parte de los profesionales que les atienden ha de contemplarse las siguientes condiciones: dar la información adecuada, tener conocimiento de las capacidades cognitivas del paciente y entender su proyecto existencial.

Respeto a la familia o cuidadores hay que matizar que si no tenemos familia con la que compartir los cuidados, las dificultades pueden ser importantes; si bien, la relación del equipo con el paciente cuando no hay intermediarios puede ser más directa. Cuando la familia está presente tenemos la responsabilidad de gestionar su colaboración en el mejor interés del paciente y no olvidar que puede constituir un elemento de poder limitante de la autonomía de las personas enfermas.

Y todo ello ha de ser llevado a cabo por un equipo en el que cada miembro mantiene unas actitudes y valores distintos. Por lo que resulta necesario disponer de una metodología básica del proceso de la toma de decisiones. Existen diferentes métodos (E. Pellegrino Thomasma, F. Abel, D. Gracia (2), Engelhardt, Galveston) y del análisis de los mismos concluimos que una propuesta metodológica de recopilación habría de incluir información sobre: las repercusiones en la calidad de vida del paciente, su actitud y sus valores, la información que él tiene, sus capacidades para tomar decisiones y conocer las personas de referencia para la toma de decisiones.

En cualquier caso, la toma de decisiones implica: un ejercicio de reflexión sobre la situación clínica del paciente, entender sus actitudes y valores respecto a su vida, conocer la situación social y sus repercusiones sobre el paciente y establecer un diálogo desde la autonomía compartida, utilizando tesis propuesta por Francesc Torralba (15)

**COMPETENCIA.-** La evaluación de la competencia es un elemento que requiere la máxima atención puesto que en nuestros mayores no son infrecuentes situaciones puntuales o estables en las que aparezca alteración de las capacidades que permiten discernir. Cabe aclarar que entendemos capacidad como característica intrínseca del individuo, mientras que competencia hace referencia a su expresión en el medio, algo así como el fenotipo.

Otro elemento a tener en cuenta es incorporar en la documentación clínica evaluaciones sistemáticas de la competencia puesto que los datos que aportan los instrumentos utilizados habitualmente en la clínica para evaluar las capacidades cognitivas (MEC, Pfeiffer, etcétera) no son adecuados cuando se trata de conocer las habilidades psicológicas que acompañan a las capacidades cognitivas. En este sentido Ouslander (12) propone una guía en la que se tienen en cuenta las alteraciones en la comunicación por déficit sensorial (sordera, ceguera) o cognitivo; si existen factores reversibles que limiten la capacidad de decidir como depresión, dolor, delirio o efectos secundarios por fármacos; y la existencia de factores fluctuantes que modifican la capacidad de decidir como son la calidad de vida percibida, la percepción de las relaciones afectivas o las consideraciones económicas.

Existen diversas propuesta de valoración de la competencia como la Escala Móvil de Drane (7) o la de categorización de D. Gracia (2). Este último propone una evaluación de la competencia en tres categorías, cada una de ellas habilita para la toma de decisiones según se trate de consentimiento o rechazo del mismo sobre la base de la eficacia probada del tratamiento.

Los pacientes competentes han de estar involucrados en las decisiones sobre el tratamiento y ser corresponsables con los profesionales. Si algún paciente declina esta responsabilidad lo que hace es pasar la misma al equipo que le atiende. Si el paciente no es competente, la responsabilidad recae sobre el equipo de profesionales que le atiende contando con la información que los familiares o cuidadores puedan aportar sobre los deseos y valores del paciente. Cuando existe un tutor hay que contar con su opinión y actuar como en el caso que el paciente pudiera decidir.

**ESTRATEGIA TERAPEUTICA y/o TIPOLOGIA DE TRATAMIENTO.-** Conceptualmente cabe recordar que la autonomía de los pacientes, como la de las personas no se limita al ejercicio de una acción, sino que se trata, sobre todo, de un proceso dinámico que incluye pequeñas decisiones (por su baja repercusión sobre la situación clínica, pero no así sobre el confort del paciente) y también decisiones con gran repercusión sobre el curso evolutivo de la enfermedad. En ocasiones, el como se organizan los cuidados o el como se distribuyen las actividades a lo largo del día son los elementos que determinan la forma en la que viven la enfermedad.

Las decisiones pueden versar sobre el tipo de actitud clínica, paliativa o curativa; ubicación del paciente para los cuidados; intensidad de las intervenciones. La propuesta de Ouslander (12) incluye siete niveles:

1. Soporte vital avanzado (RCP).
2. Ventilación mecánica (VM).
3. Atención en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
4. Atención en hospital de agudos, pero sin que se le apliquen RCP, VM o atención en UCI.
5. Atención en unidad de larga estancia únicamente, incluyendo tratamiento específico cuando esté indicado.
6. Cuidados de confort sólo con nutrición enteral y/o hidratación si es necesario.

7. Cuidados de confort sólo, sin nutrición o hidratación.

Cuando se trata de decidir sobre la estrategia terapéutica más adecuada y determinar el nivel de intensidad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, sólo el paciente puede valorar el balance beneficio/riesgo de las decisiones según el significado que tenga desde su perspectiva y en las condiciones de competencia adecuadas.

Respecto a la tipología de intervención (13) (incluimos tratamiento o maniobras diagnósticas) en una situación clínica determinada cabría diferenciar en:

1. INTERVENCIÓN OBLIGATORIA.- Cuando es eficaz en dicha situación (analgésicos, laxantes, diuréticos en insuficiencia cardiaca, broncodilatadores en insuficiencia respiratoria, Insulina en Diabetes Mellitus, tratamiento sintomático, fisioterapia para mejora funcional que implique confort).
  2. INTERVENCIÓN OPCIONAL.- Cuando el tratamiento es de eficacia dudosa (diálisis en insuficiencia renal avanzada, antibióticos en procesos infecciosos, hidratación endovenosa, intervención quirúrgica en neoplasia de cervix recidivante, sonda nasogástrica en tumores de cabeza y cuello avanzados).
  3. INTERVENCIÓN NO INDICADA.- Cuando el tratamiento o maniobra exploratoria es ineficaz en dicha situación (antinflamatorios no esteroideos en enfermos con alto riesgo de hemorragia, gastrostomía en enfermedad terminal muy avanzada, soporte vital avanzado, ventilación mecánica).
- En cualquier caso la selección de opciones iniciales para la toma de decisiones es responsabilidad del equipo profesional.

### **VOLUNTADES ANTICIPADAS (8)**

Las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital consisten en la descripción explícita de los deseos que expresa una persona para su atención en situaciones en la que no pueda expresar su voluntad, tales como el coma persistente irreversible y trastornos cognitivos que anulen o disminuyan la capacidad de decisión.

En su mayor parte, proponen actitudes y acciones de buena práctica médica (no alargar la vida innecesariamente, no utilizar medidas desproporcionadas, etc...) así como la posibilidad de delegar en uno o varios interlocutores.

Las Voluntades Anticipadas son una expresión de autonomía y de la libertad de elección de los medios terapéuticos, y deben ser respetadas por los médicos y otros profesionales, así como las organizaciones. También es importante recalcar que las voluntades anticipadas no pueden incluir la demanda de eutanasia ya que sería ilegal, y también contradictoria con los principios de la buena práctica médica.

Para conocer con antelación las preferencias del paciente en aquellas fases de la enfermedad en las que no tiene capacidad para decidir hay dos modalidades fundamentales:

1. Delegar en un representante que decida por el paciente cuando éste ya no pueda hacerlo (voluntades subrogadas o decisiones de sustitución).

2. Firmar un documento de voluntades anticipadas, también llamado “testamento vital”.

### RENUNCIA AL TRATAMIENTO

Las dificultades con las que nos encontramos al hablar sobre la renuncia al tratamiento, además de las explicadas en la toma de decisiones, al tratarse de una decisión, son establecer límites entre los llamados tratamientos curativos, tratamientos que determinan alargar la vida y tratamientos de mejora sintomática.

La renuncia al tratamiento de una persona competente, en la que se cumplen los requisitos de toma de decisión libre, ha de ser respetada. Únicamente en el caso de que el paciente fuera incompetente no se habría de tener en cuenta.

Cuando un paciente competente renuncia al tratamiento los profesionales que le atienden han de ofrecerle alternativas o establecer las estrategias que permitan vencer las resistencias si se sospecha que son por coacción interna o externa. En ocasiones es el miedo irracional, fantasías o tópicos los que determinan el rechazo, en este caso habrá que intentar modificar los factores mencionados. Existen pacientes de edad avanzada que interpretan que la morfina acorta la vida y rechazan propuestas de tratamiento a costa de tener dolor; renuncias a la sedación por querer vivir despierto hasta el último aliento; renuncias a tratamiento quirúrgico o de quimioterapia por no estar dispuestos a soportar los efectos secundarios o por tener la creencia de que ha llegado la hora de morir, como si estuviera escrito; renuncias a la diálisis antes de iniciar por expectativas de representar un gran disconfort, o que piden parar la diálisis por el disconfort que los efectos secundarios y colaterales les causan; renuncias a una amputación de una parte del cuerpo por no querer verse disminuido o pasar por quirófano. En cualquier caso ha de analizarse qué hay de razonable en dicha renuncia para poder respetarla, qué hay de fantasía para poder modificarla y qué hay de dificultad limitante que requiera buscar alternativas en beneficio del paciente.

La renuncia al tratamiento, por muy extrema que sea, cuando el paciente es competente queda recogida en la Carta de los Derechos del Paciente (Ley General de Sanidad) y en el Código de Deontología Médica. (6)

A los que le acompañamos nos puede resultar más próximo o menos, podemos tener nuestras preferencias sobre unas u otras actitudes, pero ante todo hemos de ser capaces de respetar. Un respeto que sólo lograremos a través del diálogo con el paciente. Un diálogo desde la humildad y con una actitud acogedora. Un diálogo que requiere disciplina y madurez. Es un diálogo entre personas, no entre concepciones. Es escucha y reflexión. Si el diálogo es una necesidad, es una necesidad vital en el proceso final de la vida.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un instrumento al servicio de la toma de decisiones. Implica un proceso y un substrato. El primero se basa en la relación clínica, en el diálogo del médico con el enfermo. El segundo es un documento que culmina el proceso de información en el que quedan plasmadas las decisiones compartidas.

El objetivo del consentimiento informado es respetar los derechos de las personas enfermas y asegurar una información adecuada.

Los elementos que han de observarse en la elaboración del consentimiento informado son los expresados en la toma de decisiones: competencia, información adecuada y voluntariedad.

Los elementos a evitar son la burocratización del proceso, pasando a ser un trámite y la perversión de sus objetivos utilizándose como escudo jurídico por los profesionales.

Las excepciones de la conveniencia de elaborar el consentimiento informado son las expresadas en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad. Las situaciones que no serían tributarias de elaborar un consentimiento informado son aquellas en las que alguno de los elementos implicados no se pueden asegurar. En el caso de falta de competencia; cuando el proceso de información no pueda realizarse completamente como en las situaciones en las que el propio paciente expresa voluntad de no ser informado o cuando el equipo terapéutico acuerda sobre la base del privilegio terapéutico no informar; así como en aquellas situaciones en las que el enfermo no se muestre dispuesto a ejercer su voluntariedad.

Las características del consentimiento informado al final de la vida según el documento del Comité de Ética de la SECPAL (1) son: la vulnerabilidad del paciente en fases avanzadas de la enfermedad que afecta a la capacidad de discernir; sintomatología que directamente o indirectamente como efecto secundario de los tratamientos puede afectar al proceso de información y a la competencia del paciente; tiempo limitado para el desarrollo del proceso de información y de conocimiento de los deseos de los pacientes; incertidumbre elevada sobre el pronóstico; aparición de complicaciones que implican tomar decisiones con rapidez; gran penetrancia del papel de la familia en la toma de decisiones; trabajo en equipo interdisciplinar que se ha de coordinar alrededor de las decisiones; vínculo intenso con el equipo que puede interferir.

Las situaciones que podrían requerir consentimiento informado, según la Ley General de Sanidad, en todos los procedimientos o maniobras invasivas que implica: técnicas quirúrgicas; técnicas analgésicas invasivas; radioterapia y quimioterapia paliativa; transfusión sanguínea; paracentesis; procedimientos diagnósticos con contraste.

### ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO (8, 9)

La obstinación o encarnizamiento terapéutico consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanza-

das y terminales, de manera desproporcionada, o en el uso de medios extraordinarios o de tratamientos no indicados en aquella situación clínica (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Las causas del encarnizamiento terapéutico pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda del enfermo y de su familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.

Entre sus consecuencias podemos destacar la frustración del equipo y de los enfermos, y la influencia debida al uso inadecuado de recursos.

### EUTANASIA (8, 9)

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Aunque etimológicamente signifique “buena muerte”, actualmente es un término circunscrito a esta definición.

**EUTANASIA PASIVA.**- Se ha definido como la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal. Para evitar confusiones, este término no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica.

**EUTANASIA INDIRECTA.**- Se refiere al mecanismo de doble efecto mediante el cual podría a veces adelantarse la muerte como resultado del efecto secundario de un tratamiento analgésico o sedante. Se aconseja retirar el término, ya que está mejor definido por el doble efecto.

### SEDACIÓN TERMINAL

Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otra medidas, del sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. La sedación terminal la debemos entender como un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el periodo de la agonía. (3)

Desde el punto de vista ético y terapéutico, la sedación paliativa o terminal es una maniobra terapéutica dirigida a aliviar el sufrimiento del paciente y no el dolor, la pena o la aflicción de la familia o del equipo sanitario.

La sedación paliativa es una maniobra técnica y debe procederse según una guía como el protocolo del ICO (4), de aplicación con habilidades técnicas y actitudes éticas.

Siempre debe obtenerse el consentimiento para proceder a una sedación y, cuando sea posible, éste debe ser explícito. Debe reconocerse que el consentimiento para la sedación paliativa/terminal puede obtenerse de forma delegada o queda implícita en los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo y que se hayan reflejado en la historia clínica.

Para garantizar desde el punto de vista ético una nueva toma de decisiones respecto a la sedación se deberán dar los siguientes pasos que quedarán reflejados por escrito en la historia clínica:

1. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen la refractariedad del síntoma. En el caso de que algunos procedimientos no puedan o deban ser utilizados ha de indicarse la razón de ello.
2. Obtención del consentimiento. No se recomienda el uso de un documento específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. El hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario.
3. Descripción en la historia clínica del proceso de ajuste de la sedación, con valoración de parámetros de respuesta, tales como el nivel de conciencia y ansiedad (Escala de Ramsay) (4)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Ética de la SECPAL. Consentimiento informado en Cuidados Paliativos. Rev. Medicina Paliativa. Vol.9, núm.1, p 32-36. 2002.
2. GRACIA D. Principios y metodología de la ética. En Bioética para Clínicos. De. Couceiro A. Triacastela. 1999. 201-222.
3. Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos (documento aprobado por el Comité Directivo de la SECPAL en Barcelona el 26 de enero de 2002). Rev. Medicina Paliativa. Vol.9, núm.1; p 41-46. 2002.
4. PORTA J, GOMEZ-BATISTE X, TUCA A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado. ARAN. Madrid. 2004 p 263.
5. Southwestern Michigan Inservice. Education Council. Ann Landers. Syndicated Newspaper Column. 1978.
6. Código de Ética y Deontología Médica. OMC. 1999. Cap.VII. Art. 27.2
7. DRANE JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En Bioética para clínicos. Couceiro A. Triacastela. Madrid. 1999: 163-176.
8. GOMEZ-SANCHO M, CIPRES-CASANOVAS L, FERNANDEZ-GUTIERREZ JP, GOMEZ-BATISTE X, PASCUAL-LOPEZ A, PEREZ-MARTI M. Atención médica al final de la vida. Rev. Soc. Esp. Dolor. Núm.9: 262-265. 2002.
9. Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Rev. Medicina Paliativa. Vol. 9, núm1: 37-40. 2002.
10. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical Ethics. New York. 1989.
11. BILBENY. La renovación en la ética, Barcelona. Anagrama. 1997.
12. OUSLANDER J, OSTER WEIL D, MORLEY J. Medical care in the nursing home. Ethical and legal issues. Second edition. Mc Granw-Hill. 1997.
13. COUCEIRO A. Ética en Cuidados Paliativos. Triacastela. Madrid. 2004: 263.
14. BEAUCHAMP TL, MC CULLOUGH LB. Medical Ethics. New Jersey. 1984 p: 116.
15. TORRALBA F. Ética del Cuidar. Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Médica. 2002 p 265