

L'autonomia del pacient

L'assistència mèdica al final de la vida

Màrius Morlans Molina / Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducció

La reflexió i el debat social sobre l'adequació de l'assistència als malalts amb mal pronòstic es pot beneficiar del coneixement actual sobre aquesta atenció. Els judicis morals sobre la conveniència o no de determinades pràctiques, s'haurien de fonamentar en la informació precisa sobre allò que es vol jutjar. Sovint, una mateixa paraula té significats diferents segons el bagatge cultural de qui la utilitza. Aquest és el cas de la paraula eutanàsia, la bona mort, segons la seva etimologia grega. El debat social sobre l'eutanàsia és un bon exemple d'embull conceptual. Aquest és el cas en què el debat entorn el dilema ètic es podria beneficiar de la precisió epistemològica. Si ja és difícil posar-se d'acord sobre qüestions morals, encara o és més quan no ens posem d'acord sobre l'abast del que parlem.

La descripció de la mort hospitalària, el lloc més freqüent de morir a la nostra societat, és el punt de partida triat pel clínic en la seva contribució al debat.

¿Qui mor a l'hospital? ¿De què es mor a l'hospital? ¿Per què es ve a morir a l'hospital? La resposta a aquestes preguntes és una condició prèvia per interrogar-se, després, sobre la resposta dels professionals i, sobretot, per l'actitud dels metges en la presa de decisions al final de la vida. ¿Quina és la preparació dels professionals per encarar aquesta experiència? ¿Hi ha una bona comunicació amb el malalt i els seus familiars? ¿Identifiquen i tenen en compte les seves necessitats i voluntats? La reflexió entorn de l'anàlisi de les respostes aportarà els elements per plantejar-nos algunes qüestions, entre elles, els dilemes ètics.

La mortalitat hospitalària

El 54 per cent dels catalans moren hospitalitzats, el 38% en hospitals d'aguts, de curta estada, i el 16% en centres de convalsència, d'estada prolongada. Representen el 5% de les altes d'un hospital general. L'edat mitjana és de 68 anys, i aproximadament la meitat té més de 74 anys, amb predomini dels homes (60%). A Catalunya, com a Europa, el 75% de les morts són degudes a tres grups de malalties: cardiovasculars, tumors i respiratòries, per aquest ordre de freqüència. Ara bé, a l'hospital, aquest ordre s'inverteix i gairebé el 40% de la mortalitat és atribuïble al càncer, per sobre del 30% que correspon a les malalties del cor i les artèries. Així, doncs, el tipus de malaltia influeix en el lloc de la mort, probablement perquè les malalties del cor poden tenir un final sobtat i, per tant, imprevisible, impedit qualsevol opció assistencial.

En síntesi, el perfil de qui mor a l'hospital és el d'una persona gran que pateix un tumor en gairebé la meitat dels casos o una malaltia cardiovascular en un de cada tres casos. Però en aquesta aproximació a la mortalitat hospitalària, tant rellevant és el perfil de la persona i la causa de la mort com la dependència hospitalària on té lloc la defunció.

Una dada que crida poderosament l'atenció és que el 35% de les defuncions hospitalàries succeeixen en el servei d'urgències o en unitats d'hospitalització vinculades a aquest servei, amb estades inferiors a 72 hores. Aquestes morts són atribuïbles, en gran part, a malalties que ja havien estat diagnosticades amb un mal pronòstic i que ingressen a l'hospital quan empitjoren.

Un 20% dels malalts, un de cada cinc, moren a les unitats de cures intensives, caracteritzades per disposar de les tecnologies de suport vital, la ventilació mecànica entre elles, i on les mesures de reanimació cardiopulmonar es poden instaurar immediatament. Els malalts, sovint, respiren amb l'ajuda d'un tub que porta l'aire als pulmons des d'una màquina i porten sondes i catèters per seguir l'evolució de les constants vitals.

Així, menys de la meitat de les persones que moren a l'hospital (45%), ho fan en habitacions convencionals i la meitat d'aquests ho fan en els serveis d'oncologia o les unitats de cures pal·liatives.

En resum, més de la meitat de les morts hospitalàries succeeixen en llocs dissenyats per proporcionar una atenció urgent i mesures de suport vital, però en absolut pensats per acollir el procés de l'agonia, el seu acompanyament i el dol posterior.

¿Quins són, doncs, els motius pels quals l'hospital ha desplaçat el domicili familiar com escenari habitual de la mort? Probablement és el resultat d'un conjunt de causes diverses de tipus cultural, assistencial i d'estil de vida.

Cada societat genera la seva cultura entorn de la mort. Un tret propi de les societats del benestar i, més concretament, de les cultures urbanes on prima l'anonimat, és l'ocultació de la mort com experiència personal. La mort apareix com notícia associada a catàstrofes, estadístiques (el nombre de morts en accident de trànsit els caps de setmana) o com el resultat de la política (els atemptats terroristes). La manifestació col·lectiva del dol en el domicili amb el cos present ha cedit el lloc a un procés més impersonal que s'inicia en una sala d'hospital i acaba en el tanatori municipal.

Les expectatives desmesurades sobre l'efectivitat dels tractaments mèdics contribueixen a estimular la demanda d'atenció hospitalària en persones que encaren l'agonia. Els serveis d'atenció primària tenen com objectiu prestar una assistència personalitzada en el domicili. La manca de confiança en aquests serveis pot incidir en la demanda de l'atenció hospitalària. Hi ha, però, un factor que pot resultar determinant a l'hora d'anar a l'hospital en aquestes circumstàncies i que és conseqüència de l'estil de vida urbana. Aquest factor no és altre que la dificultat en trobar un membre de la família que assumeixi el tenir cura de la persona greument malalta. Malgrat que els professionals de la medicina familiar i comunitària prestin l'atenció domiciliària adequada, els membres del reduït nucli familiar que treballen o estudien no poden assumir el paper tradicional del qui té cura del malalt, sense més responsabilitats

socials o laborals. Aquesta és una circumstància que pot resultar decisiva a l'hora d'optar per l'internament de les persones greument malaltes i amb poques possibilitats de sobreviure.

Les decisions mèdiques al final de la vida

No disposem de gaire informació sobre el procés de la presa de decisions mèdiques al final de la vida. Això té a veure amb la tradicional manca d'interès com a objecte d'estudi per part dels metges de tot allò que no revesteix el caràcter de científic. Des d'aquesta perspectiva, la mort no és pensada com la conseqüència possible de l'evolució de les malalties incurables, sinó com el fracàs del coneixement mèdic. I sovint, com un fracàs professional personal.

Hi ha, però, alguns treballs recents que tenen per objectiu estudiar les pràctiques mèdiques al final de la vida. Entre aquests, hem triat, pel seu abast i rigor metodològic, el dut a terme pel grup d'estudis Eureld. La informació que ens proporciona pot aclarir i delimitar la magnitud i la naturalesa dels conflictes plantejats per les intervencions mèdiques al final de la vida.

En aquest treball s'estudien les decisions mèdiques en una mostra representativa de les morts registrades a sis països europeus entre juny de 2001 i febrer de 2002. Els països són: Bèlgica, Dinamarca, Holanda, Itàlia, Suècia i Suïssa. La informació es va obtenir amb un qüestionari tancat enviat al metge responsable de l'assistència en els sis mesos després de la mort i amb garanties de preservar l'anonimat. El nombre d'enquestes contestades, més de 20.000, així com la protecció sobre qualsevol mesura penal, garantida per l'anonimat, avalen la fiabilitat dels resultats.

Segons aquestes enquestes, el 50% de les persones mortes estudiades tenen 80 o més anys. A Bèlgica i Itàlia, la meitat de les morts tenen lloc en hospitals d'aguts, mentre que Suïssa i Holanda són els països amb menys mortalitat hospitalària, el 37% i el 33% respectivament. El treball confirma que les malalties cardiovasculars i els càncers són la causa majoritària de la mort. Entre el 29% i el 34% de les morts varen ocórrer de manera sobtada i no prevista i, per tant, no són objecte de l'estudi, encara que se les té en compte en el còmput dels percentatges. Es varen prendre decisions mèdiques entre el 51% dels casos, a Suïssa, i el 23%, a Itàlia.

Així, doncs, podríem resumir de manera provisional que, en una tercera part, la mort sobtada impedeix qualsevol tipus de decisió i que, quan les circumstàncies ho fan possible, es prenen decisions en la major part de vegades en tots els països estudiats, excepte a Itàlia.

Però, ¿quina mena de decisions són? La més freqüent és l'administració d'un o més fàrmacs per alleugerir el dolor o altres símptomes, encara que comporti l'avanç de la mort. Aquesta decisió es pren entre el 26% dels casos a Dinamarca i el 19% a Itàlia, amb una distribució molt semblant a la resta de països (21%).

Les decisions de no iniciar o suspendre un tractament necessari per a continuar vivint representen el 28% a Suïssa, el 4% a Itàlia i al voltant d'un 15% als altres països.

La intervenció del metge a petició del malalt causa el 2,8% de les morts a Holanda, el 0,6% a Suïssa, i és gairebé inexistent en la resta.

La presa de decisions és més freqüent en el grup de persones de menys de 80 anys i que pateixen un càncer. Ocorren per igual a l'hospital o en altres dependències, excepte quan la mort és causada per indicació mèdica, la qual té lloc més freqüentment fora de l'hospital (Suïssa, 88%; Holanda, 76%).

Quan s'administra un fàrmac per alleujar el dolor o es decideix no iniciar o retirar un tractament necessari per a sobreviure, les expectatives de vida en la majoria de casos, segons el metge, són inferiors a una setmana, mentre que quan la mort es causada per la prescripció mèdica, aquestes expectatives són superiors a una setmana i inferiors a un mes.

Però, ¿qui protagonitza aquestes decisions? En gran mesura, depèn de que l'estat físic i mental del malalt li permeti comprendre la seva situació i poder decidir entre les opcions factibles; en definitiva, depèn de la competència del malalt. En aquest treball, el percentatge de malalts competents oscil·la entre un 35% a Holanda i un 9% a Itàlia. En aquestes circumstàncies, la decisió s'havia discutit amb el malalt o es coneixia la seva voluntat entre el 94% a Holanda i el 43% a Suècia i Itàlia. El nombre de pacients incompetents varia entre el 66% a Bèlgica i Suècia, el 48% a Holanda i el 58% en els altres tres països. En aquests casos, la decisió es va discutir amb els familiars (entre el 85% de casos a Holanda i el 39% a Itàlia i Suècia). Es disposava de testament vital escrit en menys del 5% dels malalts, excepte a Holanda, on arribava al 13%.

En síntesi, patir un càncer i tenir menys de 80 anys són factors que afavoreixen la presa de decisions, procés que té lloc en la major part de morts no sobtades a tots el països estudiats, excepte a Itàlia. No obstant, la incompetència del malalt fa que, en la majoria de casos, la decisió es discuteixi amb la família.

La freqüència de la decisió d'administrar fàrmacs per tractar el dolor encara que precipiti la mort té una distribució semblant entre els països estudiats. Molta més variabilitat es troba pel que fa a la indicació de no iniciar o retirar un tractament necessari per a la supervivència del malalt. La mort com a conseqüència de la intervenció mèdica volguda pel malalt és una pràctica poc freqüent a Holanda i Suïssa, i gairebé inexistent als altres països estudiats.

Saber tenir cura del final de la vida

Si el lector ha superat la vessa d'interpretar les nombroses dades i ens ha acompanyat fins aquí, s'ha pogut fer una idea aproximada dels nombrosos factors que incideixen en la presa de decisions al final de la vida. Analitzem-los amb més detall, centrant-nos en els agents implicats.

En primer lloc, el malalt. I aquest ho és com a persona que pateix una malaltia. Així, doncs, cal considerar els seus valors, l'estil de vida, les seves expectatives, les seves preferències. Però, també, la malaltia i com incideix en aquest món personal fins poder arribar a modificar-lo. Per això, el tipus de malaltia, la seva severitat i evolució, així com el tractament, tot el que pot incidir i modificar les funcions quotidianes, influeixen en el final de la vida.

Ja sabem que en el cas de les malalties del cor, a vegades la mort pot ser sobtada, mentre que el càncer es converteix en el tipus de malaltia amb un final previsible quan no hi ha resposta al tractament. Precisament, quan es comprova que el tractament no és efectiu és un moment clau que cal saber encarar per part dels professionals, però també per part del malalt i els seus familiars.

Amb la pràctica de les cures paliatives, els metges han recuperat la vella tradició de tenir cura dels malalts fins al final. Aquesta actitud havia estat arraconada per un model d'exercici força influït per les tecnologies de suport vital: la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar, la diàlisi o la nutrició artificial. En aquest context, la prolongació de la vida per qualsevol d'aquest mitjans pot esdevenir un objectiu factible que allargui innecessàriament l'agonia.

La medicina paliativa procura el confort del malalt tractant els símptomes que l'incomoden, bàsicament el dolor i la dispnea, però també proporcionant recolzament psicològic, tant necessari per alleugerir l'angoixa i evitar les crisis de pànic. L'atenció a les emocions del malalt i els seus familiars més propers resulta cabdal, i per això és necessari conèixer bé a la persona i el seu entorn.

Les enquestes contestades per les persones que, per la seva professió o per la seva vocació, es dediquen a l'atenció dels malalts en el tram final de la vida, ens confirmen que les necessitats més urgents dels que es troben en aquestes circumstàncies són sentir-se acompanyats, ser compresos (79%) i amb menys intensitat l'atenció sanitària (4%) o l'atenció espiritual (14%). La queixa més freqüent en aquests moments és la falta de comunicació amb els professionals i la família (34%) o que decideixin pel ell (33%).

Aquestes respostes ens donen la clau sobre l'actitud adequada per atendre les necessitats del malalt que encara la mort. La voluntat d'acompanyar i la de comprendre són elements essencials, si se'ls vol ajudar. La comunicació és la demanda principal. I aquesta és un procés en dues direccions, del metge al malalt, però també del malalt al metge, que va més enllà de proporcionar informació. És un procés compartit. Com molt bé diu M. A. Broggi, hi ha dues realitats, la malaltia, que pot ser el càncer en aquest cas, i la por dels malalts a la mort. Sobre la primera, el metge té tota la informació. Però sobre la segona, només el malalt en pot parlar. Si es vol ser útil, cal acceptar que la veritat que compta en aquestes circumstàncies és la del malalt. Si aquest no ha pensat abans en la pròpia mort, és lògic que necessiti un temps per predisposar-se a pensar-hi.

Quan millor coneixen els professionals sanitaris la persona malalta, més ajuda poden proporcionar-li. Acompanyar i escoltar permeten adaptar la informació a les necessitats del malalt i trobar el moment adequat per fer-li saber el pronòstic. Cal tenir en compte que la informació és un acte mèdic més i en la seva actuació professional el metge ha de procurar evitar fer mal.

Si ens atenem a la informació estadística citada amb anterioritat, la major part de pacients no disposen de la capacitat per decidir quan arriben al final. És per això que, molt freqüentment, les decisions en aquests moments es discuteixen amb els familiars propers, amb els que conviuen amb ell, l'estimen i l'han atès. En la nostra cultura, la família té un paper important en la cura del malalt i, tradicionalment, ha adoptat una actitud protectora, paternalista, que sovint actua com a filtre entre els professionals sanitaris i el malalt. És bo reconèixer el paper benèfic que les persones properes poden

desenvolupar en l'atenció al malalt greu. Per això cal que el metge es guany la seva confiança, i la millor manera es comprovar que el malalt viu la presència del metge com una ajuda. Que no li té por: la por al metge és la por a la seva manca de sensibilitat.

Aquelles persones que han demostrat estimar la persona malalta, tenint cura d'ell, són les que millor poden interpretar la seva voluntat per orientar l'actuació mèdica en el tram final, quan el deteriorament cognoscitiu l'incapacita per decidir. És per això que la informació i comunicació amb el malalt han d'estar acompanyats per un procés paral·lel amb la família, sempre amb el consentiment del malalt, el qual hauria de marcar la pauta del procés, i no al revés, com encara succeeix. En tot cas, el nucli familiar s'ha de considerar com una font d'informació que pot proporcionar les claus per apaivagar la por a saber del malalt. I també, com els més interessats a ajudar-lo a conviure amb aquesta por.

Dilemes ètics al final de la vida

Després de revisar les actituds i les pràctiques mèdiques que volen ajudar als malalts incurables al final de la vida, estem en condicions d'encarar els dilemes ètics que plantegen aquestes intervencions.

L'administració d'un o més fàrmacs per alleujar el patiment físic i/o psicològic, mitjançant la disminució previsible i irreversible de la consciència en un malalt amb la mort propera, i amb el seu consentiment explícit, implícit o delegat, és el que es coneix com assossegament terminal o assossegament en l'agonia. És una decisió que es pren en un de cada cinc malalts moribunds, amb una freqüència semblant a la dels països europeus en què s'ha estudiat. La indicació es fa per tractar un símptoma, sovint el deliri, la dispnea o el dolor, que són refractaris a qualsevol altre tractament, en un malalt amb unes expectatives de supervivència de pocs dies, a vegades d'hores.

Que l'objectiu sigui alleujar el patiment de l'agonia i que la mort sigui percebuda com a imminent, es faci el que es faci, són factors que han contribuït a l'acceptació i la generalització d'aquesta pràctica, amb independència de les conviccions dels protagonistes i del context cultural. En aquesta intervenció mèdica, el dilema rau en el grau de participació del malalt en la decisió. Un treball fet en el nostre medi estima en gairebé el 50% els malalts que, en aquestes circumstàncies, varen poder decidir, malgrat que la supervivència mitja va ser de 2,5 dies. En previsió que el deteriorament cognoscitiu o el deliri i el pànic impedeixin la participació del malalt, s'aconsella que manifestin la seva voluntat prèviament, deixant-ne constància per escrit en la història clínica. Un bon moment a partir del qual es pot preguntar sobre aquest punt és quan s'evidencia que no hi ha curació possible i es canvia d'actitud terapèutica, optant pel tractament simptomàtic.

Un altre tipus de decisió és no iniciar o retirar un tractament del que depèn que el malalt pugui continuar vivint. Estem parlant de les mesures de suport vital, com són la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar, la diàlisi i la nutrició enteral o parenteral. En el context que ens ocupa, el final d'una malaltia incurable, l'objectiu es estalviar la prolongació de l'agonia. Aquesta situació es viu més sovint en les unitats de cures intensives, com a conseqüència de l'evolució de malalties agudes o de la reagudització de malalties cròniques. Tot això vol dir que la situació es planteja de

manera urgent, sense temps per fer-se'n a la idea i amb el malalt incapaç de decidir, inconscient o assossegat.

Són nombrosos els factors que poden influir en la distribució més variable d'aquest tipus de decisió en els diferents països, on és present entre el 4 i el 28% de les morts analitzades. En aquesta variabilitat pot influir la percepció que els professionals tenen sobre l'obligació d'oferir els diferents tractaments implicats, així com la diferència moral que alguns poden percebre entre el fet de no començar un tractament o el de retirar-lo.

La indicació de tractaments invasius en la etapa final d'una malaltia incurable s'escau dins la qualificació d'aferrissament terapèutic, pràctica que s'hauria de rebutjar des d'una concepció de l'exercici mèdic que també tingui com a objectiu vetllar per una agonia en pau.

Com sempre, cal tenir en compte la voluntat del pacient, el qual no sempre pot manifestar-se en aquestes circumstàncies. El testament vital o les últimes voluntats tenen per objectiu preveure i ajudar a resoldre aquesta situació, encara que el seu ús estigui poc generalitzat.

La darrera situació que analitzarem és quan la intervenció mèdica té com a objectiu causar la mort a petició del pacient amb independència de que el fàrmac li sigui administrat per una altra persona o sigui el propi malalt qui el prengui, sense ajuda de tercers. El malalt està conscient i el motiu de la seva petició és el greu patiment físic o psíquic que li fa insuportable el seu estat.

És una pràctica prohibida a la major part de països, i això pot explicar la seva baixa freqüència, excepte a Holanda, on està despenalitzada i representa el 2,8% de les morts. A Suïssa, on l'actuació de les organitzacions que defensen el dret a morir està legalitzada, es registra en el 0,6% de les morts.

¿Què diferencia aquesta intervenció mèdica de les anteriors, perquè sigui rebutjada en la major part de països, si el resultat final és el mateix, la mort? En primer lloc, el mateix motiu de l'acció que, en aquest cas, és causar la mort, mentre que en les circumstàncies analitzades amb anterioritat, el que es pretén es alleujar el patiment o evitar la prolongació de l'agonia, encara que aquestes mesures precipitin el final.

Hi ha, a més, altres factors determinants en la consideració moral d'aquesta acció. En primer lloc, la consciència desperta i el propi control del malalt que demana la mort, tant diferent del deliri o el pànic de l'agonia que l'incapaciten per prendre decisions. En segon lloc, la percepció de la proximitat de la mort. Si es demana la mort per acabar amb el patiment causat per la malaltia és perquè aquesta no es sent com a imminent, encara que pot estar propera. En tercer lloc, la irreversibilitat del procés. Quan s'administra una droga sedant o es densen de practicar maniobres de reanimació cardiopulmonar es precipita un final que, amb tota probabilitat, s'hagués produït en un període curt de temps (uns pocs dies o hores). No es aquesta la circumstància quan s'actua per causar la mort. De fet, en l'estudi citat, hi ha una diferència entre l'estimació del temps de vida escurçat quan la decisió és no tractar o alleujar els símptomes, que en la majoria de casos es inferior a una setmana, de quan la intervenció causa la mort, en què és superior a la setmana però inferior al mes.

Que el judici moral sobre una acció tingui en compte la voluntat i els motius dels agents implicats es lògic. També que consideri les seves conseqüències. És més infreqüent que s'utilitzi com argument una percepció tan subjectiva com la proximitat de la mort. Encara que sigui la pròpia.

Algunes reflexions i una proposta

Difícilment podem triar l'escenari de la pròpia mort, com no triem les malalties. Més aviat, aquestes ens trien a nosaltres i aquest fet ja condiciona el lloc i la manera de morir. La mort sobtada i la inconsciència ens privaran a la majoria de poder decidir sobre el nostre final. Si això ens preocupa, podem deixar constància de la nostra voluntat, redactant el testament vital quan encara hi som a temps. Si l'evolució de la malaltia ho permet, demanem l'ajuda dels professionals compassius, que es preocupin del nostre benestar físic, però també del mental. Que no els hi faci por que manifestem les nostres emocions. No hi ha pitjor por que la por al metge, que és la por a la seva manca de sensibilitat.

Tractar els símptomes per alleujar l'agonia i evitar l'aferrissament terapèutic són pràctiques adequades que cal oferir als malalts moribunds. La participació del malalt i els seus familiars en la presa de decisions és la clau de volta per garantir una agonía en pau i conseqüent amb les seves conviccions. Preveure i prendre decisions anticipades pot ajudar a professionals i familiars a decidir pel malalt quan aquest esta inconscient.

El dilema es planteja quan el malalt demana la mort que no percep com a immediata. Aquesta pràctica s'enfronta al fort arrelament social de la prohibició de que un membre de la comunitat pugui llevar voluntàriament la vida d'un altre. La compassió pot ser l'argument que venci aquest antic tabú. La seva aplicació seria reduïda, com es pot comprovar per la seva baixa freqüència en els països on està despenalitzada. Els possibles beneficiaris serien les persones amb malalties cròniques incurables en estat avançat o amb seqüeles severes d'accidents amb dependència de tercers per a les funcions quotidianes més bàsiques.

Ara i aquí, el debat social sobre la conveniència de despenalitzar o legalitzar l'eutanàsia es beneficiaria d'una definició precisa del concepte, com aquesta o una de semblant: l'eutanàsia és la mort causada per prescripció mèdica a demanda d'una persona competent que d'aquesta manera vol acabar amb el patiment físic o mental causat per una malaltia incurable o per les seqüeles irreversibles d'un accident i quan la percepció de la mort no és propera.

La droga pot prendre-la la persona que ho demana o ser administrada per una tercera persona. S'exclou explícitament d'aquesta definició l'assossegament en l'agonia i la decisió de no iniciar o retirar un tractament de suport vital, en l'etapa final d'una malaltia incurable.

BIBLIOGRAFIA

Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya 2000. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 2002.

- Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2003; 9.
Eutanasia. Humanitas, 2003; 1.
Gafo, J. La eutanasia. Madrid, Temas de hoy, 1989.
La atención hospitalaria al enfermo moribundo. Quadern CAPS 1995; 23.
Las metas de la medicina. The Hastings Center Report 1996; 26 (SE).
Morlans, M. Fer costat al malalt. Barcelona, Columna, 1994.
Morlans, M. La eutanasia a debate. Quadern CAPS 1996; 24:57-8.
Nuland, S.B. Cómo morirnos. Madrid, Alianza, 1995.
Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999.
Porta, J. et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en cuidados paliativos. Med Pal (Madrid) 1999; 6: 153-8.
Van der Helde, A. et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. (Eureld consortium). Lancet 2003; 362:345-50.