

1. Introducción (curso)
2. Morir en Paz: concepto (tiempo, contenido)
3. ¿Por qué hay que conquistarlo? Porque es una aspiración que preocupa al ser humano (*ars moriendi*)
4. Obstáculo nº 1: el tabú (cultura y filosofía)
5. Obstáculo nº 2: se muere mal
6. Complejidad del concepto o ideal: casa del buen morir.  
Cimientos (3º): afrontamiento
7. Sótano (4º): sufrimiento del proceso de morir. Duelo
8. Planta baja (5º). Fines de la medicina
9. Escalera (6º): derechos de los enfermos. Testamento vital
10. 1ª Planta (7º): Cuidados Paliativos
11. Ventanas y tejado (8º): eutanasia y suicidio asistido.

## INTRODUCCIÓN

Con su aparición en el mundo el hombre inició un proceso de cambios sin fin. Desde el descubrimiento del fuego, que le permitió ahuyentar a las fieras salvajes y por primera vez pensar en sí mismo (ensimismarse) hasta ahora, el ser humano ha recorrido un camino de miles de años en el que en torno a ese fuego ha ido reflexionando acerca de todo aquello que le interesa, como su propia naturaleza humana, su condición mortal. Ritos funerarios, mentalidad naturalista, religiones, arte, sociedad industrial, método científico, tecnología... La historia del hombre es una historia de sucesivas conquistas, de metas alcanzadas pocos años antes inimaginables o utópicas.

La medicina ha progresando más en los últimos cien años que desde la aparición del fuego. Antibióticos (revolución terapéutica), código genético (revolución molecular), procesos informatizados de diagnóstico (técnicas de imagen) e investigación (internet), sofisticadas técnicas de tratamiento...; han hecho posible una revolución tecnológica espectacular. Cambia la medicina y cambia la sociedad, que medicaliza todo lo relacionado con la salud, como el final de la vida.

En este camino de progreso aún nos quedan objetivos importantes por alcanzar, como la buena muerte, la muerte en paz, un territorio cuya exploración presenta dificultades como la propia negación de su existencia y su consideración como un fracaso, como un enemigo, territorio oculto por una maraña tecnológica y de miedos que habremos de ir deshaciendo para poder avanzar.

¿Cómo morimos hoy en España? ¿Qué papel juega la medicina? ¿Cuál es su finalidad en una sociedad cambiante? ¿Por qué el tabú de la muerte? ¿Cómo afrontamos el final? ¿Qué es el sufrimiento? ¿Qué propone la medicina paliativa respecto al sufrimiento y a la muerte digna? ¿Tiene límites la libertad de decisión de una persona respecto al final de su vida? ¿Qué aporta el testamento vital? ¿Qué problemas plantean el suicidio asistido y la eutanasia?

Ya sea un objetivo realista o un ideal, para morir en paz nos encontramos hoy en día con muchos obstáculos, que habremos de ir superando en unos casos o, en otros, tratar de rodearlos, con una metodología tan vieja como la vida humana: reflexionar “alrededor del fuego” acerca de lo que nos interesa y nos preocupa: morir en paz como una

conquista más del ser humano no reservada a unos pocos, sino al alcance de todos los ciudadanos en el siglo XXI.

No se trata de lanzar afirmaciones categóricas, sino de estimular la reflexión sobre el final de la vida con todas las dudas que el tema se merece (“dudo, luego existo”), con la humildad de reconocer cómo la experiencia nos demuestra día a día lo poco que sabemos sobre cuestiones fundamentales que nos afectan a los seres humanos y la aspiración a contribuir modestamente a que cada uno realice su camino para conquistar ese nuevo mundo.

## MORIR EN PAZ

En los últimos diez años la eutanasia ha sido un tema de debate frecuente. Muchas cosas han pasado desde que el 12 de enero de 1998, muriera Ramón Sampederro: Comisión del Senado sobre la eutanasia y el derecho a morir con dignidad, encuestas de la OCU y del CIS, declaración sobre la despenalización de la eutanasia del Instituto Borja de Bioética, Mar Adentro, Million Dollar Baby, Jorge León, Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, Madeleine, Inmaculada Echevarría... Simultáneamente en estos años se ha ido desarrollando en España la medicina paliativa, aparecida oficialmente a finales de los ochenta y actualmente con más de 300 equipos de Cuidados Paliativos, la mitad domiciliarios, y una cobertura global cercana al 40% de los enfermos de cáncer<sup>1</sup>.

La esencia de los paliativos no es un cuerpo de conocimientos, sino una forma de hacer medicina, un estilo de relación que aborda al ser humano con toda su complejidad<sup>2</sup>. Un área de la medicina, o mejor un paradigma de acercamiento al paciente, inmersa en su propio proceso de crecimiento y madurez, con dificultades para ser reconocida como parte de la propia medicina, debidas al menos al menos a dos razones: El conocimiento de la enfermedad por el método científico, que exige objetividad e impone un cierto distanciamiento de la realidad con el fin de estudiarla como un objeto, marco de trabajo en el que no tiene cabida la filosofía paliativa. Y la profesionalización del cuidado, que requiere el aprendizaje de unas habilidades diferentes a las de otras áreas de la medicina: la praxis del sentimiento, la proximidad y la empatía con el enfermo<sup>3</sup>.

Con un contexto común, el final de la vida, paliativos y eutanasia frecuentemente se mezclan, llamando la atención el incomprensible rechazo que la eutanasia provoca en los paliativos, cuya legalización considera que “no es oportuna, ni prioritaria”<sup>4</sup> (en realidad el debate no es sobre la legalización, sino sobre la despenalización en determinados casos, como en Holanda y Bélgica).

Dos son los argumentos que reiteradamente mantienen estos profesionales: con paliativos el sufrimiento cede por lo que las demandas de eutanasia desaparecen, y hasta que no haya paliativos para todos ayudar a morir a aquellos enfermos que excepcionalmente lo soliciten debe estar castigado con penas de cárcel. En realidad ambos razonamientos son uno, porque si admitimos que los paliativos no son omnipotentes con el sufrimiento, condicionar una decisión individual a una hipotética asistencia colectiva, los mejores paliativos del mundo, se convierte en una excusa sin otro fundamento que negarse a abordar el problema.

“En ocasiones se ha debatido si la alternativa a la eutanasia son los CP. Puede ser un planteamiento equívoco. Hay personas cuya experiencia de sufrimiento en el final de la vida ni los mejores CP del mundo pueden paliar, y habrá que preguntarse qué ofrecerles en este contexto. Lo que sí parece cierto es que la eutanasia, únicamente admisible

desde el punto de vista ético, en todo caso, como mal menor, siempre debería justificarse como último recurso, lo que convierte a los CP en una perspectiva significativa y anterior de obligada oferta. Dicho de otro modo: para admitir como excepcional la eutanasia, previamente habría que exigir como normativo una red de CP de cobertura total y de alta calidad. De no ser así, estaríamos comenzando a construir la casa por la ventana”<sup>5</sup>.

La negación de la libertad del individuo a decidir cómo y cuándo finalizar su vida pone de relieve serias contradicciones y actitudes impropias que debieran ser superadas en pos de una medicina paliativa de calidad. Efectivamente no se puede empezar una casa por el tejado, pero tampoco se puede construir una casa sin tejado o sin ventanas. La eutanasia no es una decisión improvisada, es -por definición- el último recurso para su protagonista, que -no hace falta decirlo- no es el profesional sanitario, sino el enfermo, tras realizar un largo camino que pasa por los cuidados paliativos. Profesionalmente, ayudar a morir a un paciente que lo solicita porque ya no soporta más su sufrimiento, no es una *praxis* aislada, sino integrada en un plan individual de cuidados en el contexto de una relación médico paciente de confianza.

Una casa con ventanas, la casa de la buena muerte (*eu- tántos*), no se construye únicamente con paliativos. Para ayudar a morir en paz a seres humanos a los que se respeta hasta el final de su vida también serán necesarios cimientos, sótano, planta baja y escaleras. De lo contrario, la propuesta paliativa será “más de lo mismo”, buena medicina, pero no excelente.

Los cimientos son la aceptación de la muerte como un proceso propio de todos los seres vivos. El tabú aporta inestabilidad, aumentando el riesgo de que la casa se nos pueda derrumbar en cualquier momento. ¿Por qué tantos pacientes paliativos desconocen su diagnóstico y su pronóstico? El “privilegio terapéutico” a no informar, el derecho a no saber (paradójicamente recogido en una ley de autonomía del paciente) y la conspiración del silencio son restos de un paternalismo que hay que dejar atrás, para que cada persona construya su casa del buen morir.

Una de las bondades del debate de la eutanasia es contribuir a deshacer este tabú enfrentando a los ciudadanos con el final de la vida (sobre lo que no se puede hablar, no se puede decidir), debate promovido por personas cuyos cimientos de aceptación -al menos cognitivos- obviamente son sólidos.

En el sótano se ubica el sufrimiento, simbólicamente un espacio oscuro, húmedo, incómodo, un lugar inadecuado para vivir. El acompañamiento del final de la vida exige asumir, por un lado, que el sufrimiento es una experiencia vital siempre individual, cambiante, compleja, mucho más que la suma de los síntomas, y por otro, que nadie desea sufrir innecesariamente.

El sufrimiento no es médicamente tratable, no es “curable”, no sufren los cuerpos, sino las personas. Los paliativos no deben caer en una cierta “medicalización del sufrimiento”. Se puede acompañar, aliviar, redimensionar, pero difícilmente se puede controlar en todas sus variables e intensidades. El control del sufrimiento es un mito similar al control de síntomas, fruto de la omnipotencia de los profesionales o de su necesidad de autoprotección, que niega la condición humana. La fantasía y la voluntad de dar a cualquier precio un sentido al infortunio es un *encarnizamiento moral*<sup>6</sup>.

Sufrimiento, dolor y enfermedad no son sinónimos, confundirlos es un grave error y hacerlo de forma intencionada es un acto negligente. Las consecuencias del deterioro en

la vida de las personas y la pérdida de sentido son fuentes de sufrimiento que pueden desbordar a la medicina y que nos exigen, cuando menos, una actitud de prudencia.

Uno de los primeros y más importantes problemas de los cuidados paliativos ha sido y sigue siendo el de delimitar con claridad en qué consiste el bien específico que presta a la sociedad. Cuando ese bien descansa en una serie de hechos técnicos, como es el caso del cirujano que opera una apendicitis, la cosa parece estar más clara, pero cuando se introducen conceptos con un fuerte contenido valorativo como el confort o la dignidad, las cosas se complican, y conviene al menos tener presente que lo que damos por objetivo contiene en muchas ocasiones una fuerte carga de subjetividad.

A diferencia de otros especialistas se ha identificado al paliativista más por sus características personales que profesionales, siendo confusa la conexión entre la motivación para trabajar con este tipo de enfermos y la competencia profesional en el área de los cuidados paliativos. Durante mucho tiempo se puso el acento más en las características de la persona que cuida, y hasta en sus convicciones religiosas, que en la actividad en sí misma, lo que ha elevado aún más la confusión<sup>7</sup>.

*Palliatus* significa cubierto con palio o capa, definido como encubrir, disimular, mitigar, suavizar una pena. Los cuidados paliativos tienen una relación ambivalente con el sufrimiento. Lo aceptan, se interesan por él, por definirlo, evaluarlo, aliviarlo, pero también lo rechazan cuando les supera, encubriéndolo con conceptos como calidad de vida, confort o control de síntomas. Quizás sus orígenes recientes tengan alguna influencia. En 1967 Cicely Saunders inauguró el St. Christopher's Hospice de Londres, considerado el punto de partida del movimiento *hospice* en todo el mundo, en cuya Declaración Fundacional dice lo siguiente:

"El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles; en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres. Sin barreras de raza, color, clase o credo"<sup>8</sup>.

En la planta baja encontramos la medicina del siglo XXI cuya finalidad ha cambiado a la par que la sociedad. Sus objetivos, de la misma categoría e importancia, son prevenir y tratar de vencer las enfermedades y conseguir que los pacientes mueran en paz<sup>9</sup>. Situar al mismo nivel el curar y el cuidar, y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente son metas que desmitifican la medicina porque exigen de ella una cierta modestia, debiendo de ser corregida la tendencia de las sociedades desarrolladas a medicalizar todos los problemas<sup>10</sup>.

En el siglo XXI los pacientes ya no son niños, son ciudadanos con derechos: a ser informados, a elegir y rechazar tratamientos, a consentir toda intervención, a dejar por escrito cómo desean ser cuidados (testamento vital)... El modelo paternalista da paso a otro modelo y otro estilo más democrático y horizontal, una relación de ayuda de tipo deliberativo entre el equipo asistencial y el paciente, que promueve la autonomía explorando las alternativas, determinando y eligiendo entre sus valores, antes de tomar decisiones.

Sustituir la omnipotencia de la medicina por la de los paliativos nos lleva al ensañamiento u obstinamiento paliativo. La mejora de la calidad de vida y el confort<sup>11</sup> no es el objetivo, la finalidad de los cuidados paliativos es que los pacientes mueran en paz, cada uno su propia muerte.

En esta casa de la buena muerte para subir a la planta de los paliativos hemos de construir una escalera que nos indica que la vida biológica no es un valor absoluto, depende de otros como calidad, dignidad y justicia. Estos valores nos obligan a rechazar los tratamientos fútiles o desproporcionados, a considerar el obstinamiento terapéutico como una mala práctica médica, limitando el esfuerzo terapéutico y el uso incontrolado de los recursos sanitarios. La “santidad de la vida” es un concepto antiguo para la propia religión, que afirma que “la vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto”<sup>12</sup>.

Si para tratar el dolor la escalera analgésica de la OMS es básica, para hacer unos paliativos que respeten al ser humano es fundamental comprender que calidad y dignidad son valores individuales. El discurso paliativo sorprende por su radicalidad frente a una postura –la eutanasia– que no obliga a nada, ni a nadie. ¿Por qué esa negación de la libertad? ¿Por qué esa oposición corporativa a una decisión exclusivamente individual?

La lucha contra la eutanasia que el movimiento *hospice* ha mantenido desde su fundación, muy marcada por creencias religiosas, es una posición muy respetable como criterio personal, pero no como objetivo intrínseco de los cuidados paliativos. Es importante distinguir lo que son las elecciones personales de lo que es un objetivo profesional, porque sólo estos últimos constituyen lo que se denomina *medical good*<sup>13</sup>.

Las creencias personales y los prejuicios llevan en ocasiones a negar la realidad (no hay demanda) o a inventársela (ancianos que “huyen” de Holanda en autobuses por temor a la eutanasia) y no es cierto que en los países que permiten la eutanasia (Bélgica y Holanda) o el suicidio asistido (Oregón y Suiza) los cuidados paliativos no se han desarrollado. Datos como los recursos asistenciales al alcance de la población<sup>14</sup> o el consumo de morfina lo demuestran.

Por fin, en la primera planta de la casa del buen morir encontramos los cuidados paliativos. Cuidar, acompañar, percibir el sufrimiento del otro, compartirlo, aliviando la carga, consolando la pérdida, transmitiendo serenidad, mejorando el confort de una vida que se acaba, preparándolo todo para el último viaje, decidiendo sobre cómo se desea partir de este mundo, dónde, con quién... ¿Cuáles son los logros de los cuidados paliativos?

“Desde hace más de 10 años, ha ido creciendo en todo el mundo el nivel de evidencia sobre la efectividad de los Cuidados Paliativos en la mejora de los problemas de atención de enfermos en situación de fin de vida y de sus familias, con mejoras en el control del dolor y los demás síntomas, su ajuste emocional, la adaptación de las familias a la difícil situación, y la promoción de su capacidad de cuidar y dar apoyo emocional. También ha sido constatada la elevada satisfacción de enfermos y familias por la atención recibida como uno de los resultados más relevantes de la intervención de los equipos, frecuentemente expresado en los medios de comunicación, y que es un resultado cualitativamente muy relevante de las prestaciones sanitarias”<sup>15</sup>.

La esencia de los paliativos, lo que pueden aportar a la medicina del siglo XXI, es el cuidado, la atención al ser humano en su totalidad, un estilo de relación basado en la confianza y en el compromiso de respeto a los valores, convicciones y decisiones del paciente y de no abandono hasta después del final (duelo).

El cuidado esencial más que un acto es una actitud, más que un momento de atención, de celo, de desvelo, es una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad y

compromiso afectivo con el otro. Además de corporales y psíquicos, somos seres espirituales, se trata de combinar la inteligencia instrumental-analítica con la emocional-cordial, abrir camino hacia el *espíritu de la delicadeza*<sup>16</sup>

El resultado del “espíritu de la delicadeza” es la satisfacción de los pacientes y familiares. Sentir un equipo cercano, capacitado para traducir el ideal de morir en paz en medidas concretas de confort y de apoyo emocional aporta seguridad y serenidad, sobre todo en un sistema sanitario en crisis que ha sacrificado la relación humana por el desarrollo tecnológico y organizativo.

Este espíritu es la esencia de los paliativos, que considera que la vida del hombre es algo más que su cuerpo y su mente. Existe otra dimensión, la “dimensión espiritual”, que no es ni su aspecto físico, ni su estado emocional. Cuando un enfermo expresa su sufrimiento por la enfermedad terminal, cuando llora y se duele del deterioro extremo, la falta de fuerzas, la ausencia de expectativas de mejora y se lamenta de su desgracia pidiendo ayuda, implorando el alivio necesario, su vida y su decrepito cuerpo no valen menos que antes porque su vida no es su cuerpo. Su decisión brota de un eterno fantasma inaprensible: el *liberium arbitrium indifferentiae*, el libre arbitrio, la parte del sujeto que decide, que es libre, que cambia de opinión, que asume la responsabilidad de conducir y cuidar su cuerpo y sus emociones, que no se identifica con su cuerpo ni con sus emociones, que evoluciona, que trasciende las circunstancias concretas de la vida, que es capaz de distanciarse del propio sufrimiento para observarlo y decidir, que se sitúa más allá del tiempo. Esta vida, entendida en este nuevo sentido tridimensional, sí está dotada de un valor absoluto, relativizando de forma legítima el valor de la vida del cuerpo biológico.

La muerte voluntaria es excepcional porque la mayoría de las personas se aferra a la vida en cualquier circunstancia. La mejor propuesta de la medicina para el final de la vida son los paliativos, pero no engañemos a nadie, la decisión de morir no se revierte con estos cuidados, porque sus razones exceden el ámbito de la medicina y ni siquiera los paliativos disponen de una varita mágica. ¿Qué hacer ante una enferma de distrofia muscular que tras diez años con ventilación artificial decide morir? Cuidarla, acompañarla y respetar su voluntad, ese es el único camino coherente con la filosofía paliativa. Negar los límites de los paliativos o mirar para otro lado ante la voluntad de morir es un flaco favor para el futuro y una traición a su vocación de respeto. ¿Dónde está el espíritu de la delicadeza?

Vivimos en esa contradicción. Aceptamos que la muerte nos sorprenda, que entre de puntillas en nuestra cama, pero nos escandaliza concertar una cita con la parca. Podemos decir basta, y rechazar un tratamiento que prolongará una vida que no deseamos, pero no podemos acortarla de forma intencionada. Permitimos la muerte, incluso asumimos el riesgo de acelerarla con la sedación terminal, pero evitamos comprometernos con un paciente desea una muerte rápida e indolora.

La eutanasia es una decisión individual, que poco tiene que ver con la asistencia colectiva (el 50% de los socios de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, con miembros en todo el estado español, son de Cataluña, región ejemplar en recursos paliativos<sup>17</sup>). No es una alternativa a los cuidados paliativos porque están en ámbitos de discusión completamente diferentes. No es una solución a ningún problema (el sufrimiento, la muerte, el dolor o la enfermedad terminal), es una decisión, una más – aunque sea la última- fruto de la libertad de un ser humano que se encuentra viviendo un drama -como todos los dramas- sin solución: el sufrimiento por una enfermedad irreversible. Y un derecho, el derecho a decidir, a que se respete la autonomía al final de

su vida. Un derecho que ejercerán unos pocos, pero beneficiará a todos los ciudadanos, conscientes de que si ya no soportan más su situación siempre les quedará el último recurso, una ventana que deja entrar el aire fresco y la luz y que les permitirá escapar y morir con dignidad.

La eutanasia no es ningún problema, no se trata de convencer a nadie de que adelante o no su muerte y mucho menos de juzgarle si lo hace. El problema es la falta de respeto cuando las opciones personales de los pacientes chocan con las creencias de los profesionales. Es absolutamente respetable que un médico crea que la vida está en manos de dios y que con un determinado modelo asistencial se evitarán la eutanasia y el suicidio asistido (en Holanda el 3.5% de los fallecimientos, 4880, en 2001<sup>18</sup>), pero estas creencias no deberían interferir en el objetivo profesional: conseguir que los pacientes mueran en paz.

La regulación del derecho a morir con dignidad es un bien que no depende de la medicina, sino de una sociedad que responsabiliza a sus ciudadanos. Eutanasia y suicidio asistido ofrecerán a la medicina paliativa la posibilidad de acompañar al paciente hasta el último minuto, el último recurso, liberándola a su vez de los prejuicios actuales respecto a la sedación terminal (herramienta paliativa puesta bajo sospecha por la nefasta e irresponsable actuación de una comunidad autónoma). En el siglo XXI la bioética de principios dará paso a una bioética de la responsabilidad, para la cual lo importante no será especular sobre la diferencia entre permitir y provocar la muerte, sobre si determinados procedimientos adelantan o no el final o sobre la intencionalidad de cada cual. Una bioética nada recelosa de la autonomía del paciente, y unos paliativos centrados en el afrontamiento de la muerte, el acompañamiento en el sufrimiento y la toma de decisiones respetando la libertad del individuo para gobernarse y responder de sus actos.

Oponerse a la eutanasia es hacer una casa sin ventanas, sin aire, sin luz, sin libertad. La medicina paliativa se enfrenta al reto no ser más de lo mismo, de ocupar su lugar, modesto, pero privilegiado, contribuyendo a que morir en paz sea una conquista del siglo XXI.

<sup>1</sup> Gómez-Batiste X. Carta del presidente [en línea]. SECPAL Disponible en Web <http://p://www.secpal.com/presentacion/index.php> [Consulta: 26.04.07].

<sup>2</sup> Marin Olalla F. Morir en paz más allá de los cuidados paliativos. *Jano* 2005; 1567:1828.

<sup>3</sup> Cruceiro A. Ética en cuidados paliativos. San Sebastián: Triacastela, 2004, p 12.

<sup>4</sup> Declaración sobre la Eutanasia de la SECPAL [en línea]. SECPAL. Disponible en <http://http://www.secpal.com> [Consulta: 26.04.07].

<sup>5</sup> Barbero Gutiérrez J. 10 palabras clave al final de la vida. Estella (Navarra): Verbo Divino, 2007, p 112.

<sup>6</sup> Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Madrid: Ariel, 2003, 166.

<sup>7</sup> Cruceiro A. Ética en cuidados paliativos. San Sebastián: Triacastela, 2004, p 34.

<sup>8</sup> Annual report and year book 1990-91, St. Christopher's Hospice, London.

<sup>9</sup> Callahan D. Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342: 654.

<sup>10</sup> The Hastings Center. The goals of medicina. Setting new priorities. An Internacional Project of teh Hastings Center. *Hastongs Cen Rep* 1996; 26 (Suppl 6): S13.

<sup>11</sup> SECPAL. Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Concumo 2002, p 7.

<sup>12</sup> Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium Vital*, n. 47.

<sup>13</sup> Randall F, Downie R. *Palliative Care Ethics: A Good Companion*. Oxford: Oxford University Press, 1999; p XIII.

<sup>14</sup> Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands. Dutch Government Policy. Internacional Publication Series Health, Welfare and Sports No 16, August 2003. Disponible en Web: <[http://www.minvws.nl/images/palliative\\_eng\\_tcm20-108110.pdf](http://www.minvws.nl/images/palliative_eng_tcm20-108110.pdf)> [Consulta: 26.04.07].

<sup>15</sup> Gómez-Batiste X. Carta del presidente [en línea]. SECPAL, citado.

<sup>16</sup> Boff L. El cuidado esencial. Madrid: Trotta, 2002.

<sup>17</sup> Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. Disponible en web <http://www.eutanasia.wa.es>> [Consulta: 26.02.07].

<sup>18</sup> Bregje D Onwuteaka-Philipsen, et Al. Eutanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. Lancet 2003; 362: 395-99. Disponible en Web: <<http://image.the-lancet.com/extras/03art3297web.pdf>> [Consulta: 26.04.07].