

**ENVELLIMENT, VULNERABILITAT,
DIGNITAT I SOLIDARITAT. APORTACIONS DES
DEL MODEL DE CURES PAL·LIATIVES**

Envelliment, vulnerabilitat, dignitat i solidaritat. Aportacions des del model de cures pal·liatives

Enric Benito Oliver

Soledad Gallardo Bonet

Estefania Serratusell Sabater

Resum

Dos aspectes marquen les condicions de l'envelliment en les societats desenvolupades del segle XXI: la superficialitat de la visió que la nostra societat de consum ofereix de la vida i la negació de la nostra vulnerabilitat.

La temporalitat i la mort són part de la condició humana i la seva negació dificulta l'adaptació al procés d'emmalaltir i especialment al de morir. Des d'una perspectiva humanista es fa necessari el reconeixement de dos aspectes complementaris al principi d'autonomia: la dignitat i la vulnerabilitat. Si, a més, ens sentim part d'una comunitat solidària, podem garantir una millor cura de la vellesa i de la mort.

Avui en dia, morim més tard i sovint després d'un procés crònic, atès en un entorn sanitari d'elevada complexitat tecnològica. La persona ha de poder participar en la presa de decisions i té dret a ser conscient de la seva situació vital i del seu pronòstic. La comunicació honesta des de la confiança que s'estableix en la relació terapèutica d'ajuda és el fonament per poder prendre decisions adients.

Un dels darrers avanços més importants des de la perspectiva de la bioètica és el desenvolupament del model d'atenció de cures pal·liatives, fonamentat en la comprensió de les persones des d'una perspectiva integral i humanista, que atén les seves necessitats biològiques, emocionals, socials i espirituals, i que facilita, alhora, l'adaptació al procés que precedeix la mort. Proposem aquest model com a oportunitat d'humanització de l'atenció a les situacions de malaltia crònica que sovint apareixen en les darreres etapes de la vida.

Resumen

Dos aspectos marcan las condiciones del envejecimiento en las sociedades desarrolladas del siglo XXI: la superficialidad de la visión que nuestra sociedad de consumo ofrece de la vida y la negación de nuestra vulnerabilidad.

La temporalidad y la muerte forman parte de la condición humana y su negación dificulta la adaptación al proceso de enfermar y especialmente al de morir. Desde una perspectiva humanista es necesario reconocer dos aspectos complementarios al principio de autonomía: la dignidad y la vulnerabilidad. Si además nos sentimos parte de una comunidad solidaria, podemos garantizar un mejor cuidado de la vejez y de la muerte.

Hoy morimos más tarde y a menudo después de un proceso crónico, atendido en un entorno sanitario de elevada complejidad tecnológica. La persona debe poder participar en la toma de decisiones y ser consciente de su situación vital y su pronóstico. La comunicación

honestat des de la confiança que se estableix en la relació terapèutica de ajuda es la base per a la toma de decisions adequades.

Uno de los avances más importantes desde la perspectiva de la bioética es el desarrollo del modelo de atención de cuidados paliativos, fundamentado en la comprensión de las personas desde una perspectiva integral y humanista, que atiende a sus necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales, y que, a la vez, facilita la adaptación al proceso que precede la muerte. Proponemos este modelo como oportunidad de humanización de la atención en las situaciones de enfermedad crónica que a menudo aparecen en las últimas etapas de la vida.

«Cuando el viejo rey pidió a sus hijas que respetaran su deseo de conservar un centenar de caballeros a su servicio, ellas le respondieron:
Oh señor, vos sois mayor y debéis ser gobernado y dirigido con cierta pericia,
que discerna vuestro estado mejor que vos mismo.»

«Más tarde una de sus hijas reflexiona: ¡Vaya un viejo caprichoso e inútil,
que aún pretende dar todas las órdenes de una autoridad de
que por sí mismo se despojó!

Por mi honor, esos viejos chochos se vuelven niños y hay que tratarlos con rigor,
cuando de nada sirven las caricias...».

W. Shakespeare. *El rey Lear*

Un dels principals reptes que afrontem els professionals que tenim cura de les persones grans és saber conjugar harmònicament els principis de beneficència, autonomia i de respecte a la dignitat en una situació de vulnerabilitat i dependència.

El fragment extret de l'obra *El rei Lear* mostra l'estil paternalista predominant en la relació d'ajuda, que emfatitza la beneficència i sostreu el rol d'autonomia de la persona. Proposem en el seu lloc, el model deliberatiu de presa de decisions que pren en consideració els aspectes socials i clínics, conjuntament amb els valors i prioritats de la persona que participa en les decisions que l'afecten.

1. Introducció

Els avenços en medicina i en geriatría, units als recents canvis socials, han augmentat la longevitat i han millorat la qualitat de vida de les persones grans, si bé és cert que des del model social actual, sovint se'ns ofereix una perspectiva esquifida de la vellesa, que fins i tot pot arribar a ser malentesa com una malaltia.

Pensem que, entre d'altres, hi ha dos aspectes claus que marquen les condicions de l'envelliment en les societats desenvolupades del segle XXI.

Per una banda, la superficialitat de la visió que la nostra societat de consum ofereix de la vida i de la persona, que ens porta a identificar la salut com a sinònim de benestar físic associat a la joventut, a la força, a la bellesa i a la manca de problemes. Aquesta perspectiva se sustenta en la recerca exterior de satisfacció, tot obviant la importància de la riquesa del nostre món interior. La visió materialista i hedonista predominant està patrocinada i garantida pels guanys de qui promou el consum i, al mateix temps, ens allunya de nosaltres mateixos i ens perpetua en la immaduresa pel desconeixement de la pròpia realitat.

Un altre aspecte que marca la nostra cultura és la negació de la nostra vulnerabilitat, que en tot cas, només acceptem com un fet transitori o associat al final de la nostra biografia. La no acceptació de la pròpia vulnerabilitat ens condueix a una visió esbiaixada de la realitat, una baixa tolerància a la pèrdua i al sofriment i a una progressiva medicalització de la vellesa, que, fins i tot, pot arribar a ser percebuda com una malaltia guarible.

Una comprensió més autèntica de la vida ens permet reconèixer que la salut va més enllà del simple benestar físic i que inclou a més, l'equilibri emocional, cognitiu i ètic que porten al benestar espiritual, o a la felicitat genuïna: el que els grecs denominaven *eudaimonia*. Al mateix temps, l'acceptació de la nostra fragilitat ens situa en millors condicions per afrontar la realitat, que sempre acaba per imposar-se.

Des d'una perspectiva d'integració d'aquests dos aspectes, la valoració del benestar interior i el reconeixement de la nostra vulnerabilitat, el procés d'envellir pot suposar, tot i les pèrdues de vitalitat pròpies, un grau de salut superior a l'assolit en les etapes precedents.

2. Vulnerabilitat, fragilitat i mort com a components essencials de la nostra naturalesa

La temporalitat i la mort són part de la nostra condició humana, encara que la seva negació, des de la visió materialista abans comentada, dificulta l'adaptació al procés d'emmalaltir i especialment al de morir, etapa per la qual tots hem de passar en un determinat moment de la nostra vida i per a la qual rebem poca preparació.

La cultura moderna, secularitzada i reactiva a les ensenyances pròpies de les religions i generalment enfocada a l'oblit de les tradicions de saviesa, evita el tema de la mort, de tal manera que a diferència dels segles passats i d'altres cultures, avui el món occidental considera la mort com un tabú social. Si abans el sexe era un tabú cultural, avui la mort ha ocupat el seu lloc.

En el procés d'envellir no es pot eludir la mort, ja que aquesta és una condició inherent a l'ésser humà, que es comença a acceptar i afrontar amb més claredat amb la pròpia vivència de l'envelliment. Saber incloure la mort, amb pau i sentit a l'horitzó en arribar a una certa edat, és saber envellir amb dignitat i saviesa.

La superficialitat de la cultura que vivim i la negació de la mort com a fet antropològic indefugible constitueixen obstacles per poder-la integrar d'una forma sana i per viure amb plenitud el temps del qual disposem. Si ens hi aproximem sense familiaritat, les nostres actituds són les pròpies de la immaduresa: por, negació, rebuig, resistència i, en definitiva, patiment. Un patiment innecessari, si prèviament des de la maduresa, s'ha acceptat la realitat. Com ja deia Montaigne: «qui ha après a morir ha després a ser esclau».

Així doncs, la malaltia és el paradigma de la vulnerabilitat i el patiment és sovint la cara amarga de l'experiència. Ambdues, la malaltia i el patiment són realitats que poden sorgir en qualsevol moment de la vida, si bé generalment són transitòries. És quan la persona envella i s'intueix la proximitat de la mort, quan es pren consciència de la pròpia vulnerabilitat i segons el grau de maduresa assolida, es viu amb patiment o amb acceptació.

Des d'una perspectiva humanista, el procés d'emmalaltir i morir ha de preveure la seva profunda significació antropològica, tant per al que mor com per als que l'acompanyen, la qual cosa fa ineludible el reconeixement de dos aspectes complementaris al clàssic principi d'autonomia: la dignitat i la nostra vulnerabilitat.

El respecte a l'autonomia fa necessari incloure-hi la dignitat com a valor intrínsec, absolut i no gradual; al contrari que l'autonomia, que sempre depèn de la vulnerabilitat, la dependència i la fragilitat (Román, 2011). És a dir, el malalt pot perdre la seva autonomia funcional i, fins i tot, moral, però no ha de perdre mai la seva dignitat.

Si al mateix temps reconeixem que cada un de nosaltres, digne i vulnerable, som part d'una comunitat i aquesta pertinença és solidària, podem garantir una millor cura de la vellesa i de la mort. Així, la nostra fragilitat, atesa amb solidaritat pels nostres i des del reconeixement de la nostra dignitat, pot garantir una atenció humanitzada.

3. Vulneració de l'autonomia de la persona gran com a agressió a la seva dignitat

Arribats a aquest punt, no podem obviar que la dotació dels sistemes de salut amb sofisticats avenços tecnològics permet el manteniment de tractaments de vegades fútils i perjudicials per a les persones en situacions de malaltia avançada, crònica i incurable. En general, avui

en dia, morim més tard i molt sovint després d'un procés crònic, atès en un entorn sanitari d'elevada complexitat tecnològica i enfocat més en la malaltia que en la persona.

En el model actual d'atenció, la ubicació de la persona en un centre no sempre garanteix tot el procés assistencial i el respecte a la seva dignitat. Sovint ens trobem amb professionals molt ben formats tècnicament, però amb un marcat desconeixement d'aspectes bioètics i de comunicació, i amb escassa capacitat d'integració del pacient i la família en la presa de decisions, especialment les que poden afectar el curs i el pronòstic de la seva malaltia.

Tot i que el nostre sistema sanitari ha assolit un excel·lent nivell de control i tractament de les malalties, el procés de morir no és una malaltia, sinó una part important del procés de viure, al qual habitualment s'arriba després d'una malaltia crònica, progressiva, incurable, temporalment controlable, que es va fent irreversible.

És en aquest moment quan és necessari un canvi d'objectius. Quan les possibilitats de curació no existeixen comença un període en el qual és raonable deixar de centrar-se en la malaltia per atendre els aspectes simptomàtics, emocionals, socials i espirituals. Es tracta de tenir cura de la persona i acompanyar-la, a ella, els seus familiars i el seu entorn, i d'adaptar l'esforç terapèutic als objectius del confort i la qualitat de vida del pacient.

La darrera fase del procés, sovint intuïda pel mateix malalt, es caracteritza per la fragilitat i la dependència funcional, que no necessàriament suposa pèrdua de capacitat o competència, per la qual cosa la persona ha de ser protagonista del procés, centre i subjecte actiu de l'atenció.

La persona, protagonista del seu propi procés, ha de poder participar en la presa de decisions i, per això, té dret a ser conscient de la seva situació vital i del seu pronòstic. La comunicació honesta des de la confiança que s'estableix en la relació terapèutica d'ajuda és el fonament per poder prendre decisions adients.

No obstant això, en l'atenció diària als pacients que sofreixen una malaltia en fase avançada, és freqüent trobar-nos amb el que es denomina el pacte de silenci. Una estratègia instaurada en el subconscient col·lectiu, amb la qual es persegueix la fal·làcia de protegir la persona del sofriment que li pot suposar conèixer la seva situació (Cejudo et al., 2015), tot ignorant que totes les persones que s'aproximen al procés de morir ho intueixen, de manera que se'ls priva de la possibilitat de prendre decisions lliures, autònomes i personals, no condicionades per una visió irreal i aliena de la situació i de satisfer les necessitats espirituals que apareixen davant la mort.

Tal com reflecteix l'article 5 de la Llei d'autonomia del pacient (Llei 41/2002) en els seus punts 1 i 2, el titular del dret a la informació és el pacient i aquest ha de ser informat,

fins i tot en cas d'incapacitat, de la forma més adequada en funció de les seves possibilitats de comprensió. Aquest dret és extensible a les persones que hi estan vinculades, en la mesura que el pacient ho permeti de forma expressa o tàcita.

Queda clar, per tant, que només una informació adequada permet a la persona una presa de decisions autònoma. No obstant això, aquest aspecte, àmpliament arrelat en les famílies i persones properes, és inconscientment reforçat pels professionals sanitaris que, encara que són conscients del dret de la persona a tenir tota la informació sobre el seu procés de salut, en moltes ocasions pensen que, si són informades, podria augmentar la seva desesperança (Hancock et al., 2007).

Aquesta habitual vulneració del principi d'autonomia que té lloc quan el professional o el familiar impedeixen el procés de presa de decisions informades de la persona gran, i que, en tot cas, decideixen per ella, és clarament una forma de discriminació per edat, coneguda en la literatura anglesa com *ageism*, i que Ribera (2015) inclou al catàleg d'indignitats potencials amb les quals el conjunt de la societat castiga les persones d'edat avançada.

4. Les cures pal·liatives com a model d'atenció humanitzat i respectuós amb la dignitat

Un dels avanços més importants en els darrers anys en la bioètica és el desenvolupament del model d'atenció de cures pal·liatives, fonamentat en la comprensió de les persones, els pacients i les seves famílies, des d'una perspectiva integral i humanista, i que atengui les seves necessitats biològiques, emocionals, socials i espirituals, a la vegada que faciliti la màxima adaptació al procés que precedeix la mort.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les cures pal·liatives: «L'enfocament que millora la qualitat de vida de pacients i famílies que s'enfronten als problemes associats a malalties amenaçants per a la vida, mitjançant la prevenció i l'alleujament del patiment, a través de la identificació precoç i la impecable avaluació i el tractament del dolor i d'altres problemes, físics, psicològics i espirituals» (Sepulveda et al., 2002).

L'European Association for Palliative Care (EAPC) inclou en les seves recomanacions, els principis que han de regir el model d'atenció i que són els següents (Radbruch et al., 2010):

- El reconeixement de la dignitat del pacient com a font de respecte, sensibilitat i cura.
- El respecte a l'autonomia del pacient.
- L'establiment d'una relació entre els professionals i el pacient/família honesta i deliberativa.

- Objectiu d'aconseguir la màxima qualitat de vida i del procés de mort.
- Reconeixement de la mort com a procés natural que proporciona l'oportunitat de creixement personal i d'autorealització.
- L'equip interdisciplinari i multiprofessional com a eina terapèutica.

Tot i que en la 67^a Assemblea Mundial de l'OMS (67^a World Health Assembly, 2014) celebrada el mes de maig de 2014 es reconegueren les virtuts i l'eficiència d'aquest model i la necessitat de reforçar la seva implementació en tots els serveis de salut, la nostra realitat ens diu que, a pesar de presentar un creixement exponencial en els darrers anys, el grau de cobertura no és total i beneficia sols una minoria.

El 2007, el Ministeri de Sanitat publicà l'Estratègia Nacional de Cures Pal·liatives i, el 2009, la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, l'Estratègia de Cures Pal·liatives de les Illes Balears. Des d'aquest moment, s'han dut a terme diverses accions de formació i divulgació encaminades a la millora de l'atenció pal·liativa que reben els ciutadans (Sansó, et al., 2013).

Específicament, a la nostra Comunitat i davant la variabilitat de l'organització de l'atenció pal·liativa, la inequitat en l'accés i la falta d'informació ciutadana sobre el dret a aquest tipus d'atenció, s'està desenvolupant un programa específic de cures pal·liatives que aspira a garantir que qualsevol persona amb necessitats d'atenció d'aquest tipus i també la seva família han de rebre les cures específiques, independentment del nivell assistencial en el qual es trobin, fins i tot si roman al seu propi domicili o resideix en un centre geriàtric (Sansó et al., 2013).

El programa es fonamenta en els principis definits anteriorment i cerca oferir una atenció personalitzada, professional i humanitzada, basada en la millor evidència científica disponible en combinació amb l'actitud compassiva. És imprescindible que aquesta atenció sigui accessible i equitativa, que s'eliminin barreres d'accés per causes geogràfiques, culturals o ètniques, i que garanteixi l'atenció de qualitat, independentment del lloc de residència o de l'equip d'atenció.

Aquest model d'atenció posa en valor la persona i estableix un marc d'actuació fonamentat en l'honestetat de la informació i en l'autonomia en la presa de decisions sobre les diferents opcions terapèutiques i en el respecte a la seva intimitat i confidencialitat i als seus valors i creences, en general tots ells valors que garanteixen el respecte a la seva dignitat.

Així, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) publica (2014) a la seva guia com a base de la terapèutica «la promoció de l'autonomia i la dignitat del pacient han de

regir en les decisions terapèutiques. Aquest principi sols serà possible si s'elaboren amb els pacients els objectius terapèutics».

Tot aquest marc conceptual, clarament orientat a preservar l'autonomia de la persona en la presa de decisions, però amb un caràcter marcadament inclusiu per a la família i les persones afins, es desplega mitjançant un sistema complex, però molt organitzat, en el qual intervenen un gran nombre de professionals.

Perquè aquest sistema funcioni i aconsegueixi l'objectiu que persegueix, la formació i el compromís de les persones que hi treballen són punts estratègics, així com també la impregnació conceptual dels nivells d'assistència que es troben més a prop del ciutadà, això és, l'atenció primària.

Si un dels objectius del plantejament pal·liatiu és, en la mesura del possible, evitar el desarrelament de la persona que es troba en situació de vulnerabilitat, està clar que cal organitzar el sistema perquè s'adapti a les persones i no a l'inrevés. Per a una persona gran, la seva biografia s'arrela i cobra sentit al seu domicili, al seu barri i amb les persones del seu entorn habitual, precisament perquè, com ja s'ha apuntat, la societat tendeix a la segregació de les persones ancianes, així que aquest entorn funciona com un teixit en què se sent segur. Podem dir que la seva residència constitueix un recurs espacial determinant en la construcció i el manteniment de la seva identitat i que separar la persona d'aquest recurs contribueix a augmentar-ne la fragilitat i el sentiment de vulnerabilitat.

L'atenció primària és el nivell assistencial més proper a les persones i per tant haurà d'estar especialment format i sensibilitzat respecte d'aquests valors. Amb aquesta premissa, des del centre coordinador del programa de cures pal·liatives, s'ha desplegat una estratègia d'identificació de professionals en cada centre de salut, referents en el plantejament pal·liatiu. Aquests professionals tenen la formació i el marc de coneixements adequat per difondre la cultura pal·liativa entre els seus companys de dues maneres: d'una banda, facilitant un aprenentatge vicari, que permeti a la resta aprendre a partir de l'observació de «com es fan les coses en pal·liatius» i, per una altra, exercint de docents mitjançant activitats formatives estandarditzades per a tots els centres, tutelades i recolzades pel centre coordinador.

Per tot això, pensem que el model d'atenció integral que ofereixen les cures pal·liatives ens proporciona l'oportunitat d'humanització de l'atenció de les situacions de malaltia crònica que sovint afecten les darreres etapes de la vida. Com a fortaleces per garantir-ne la difusió, comptem amb professionals als àmbits social i de la salut sensibilitzats en aquest model d'atenció i interessats a ampliar la seva formació, i amb un programa específic de cures pal·liatives a la nostra Comunitat, que constitueix una proposta estructurada per donar resposta a les necessitats de les persones en un dels moments de més fragilitat, dependència i vulnerabilitat: el procés de morir.

Ens manca molt per fer, especialment hem de seguir treballant en la sensibilització i el coneixement de la ciutadania sobre el dret a rebre una atenció pal·liativa, a fi de contribuir a augmentar la seva confiança en aquest model d'atenció de la malaltia crònica, avançada i inguarible, i afavorir, així, la socialització del model de les cures pal·liatives.

Els professionals que portem anys compartint els darrers dies amb pacients terminals i les seves famílies estem convençuts que la difusió del model que ens és propi i que compartim amb geriatria pot ajudar molt a desdramatitzar el fet natural de la mort, facilitar que recuperi el seu caràcter de procés natural i ajudar a desmuntar el tabú que compartim. Aquesta por irracional a quelcom que és l'única certesa que tenim tots d'ençà que naixem ens bloqueja la possibilitat d'acostar-nos al procés de morir de la manera més adequada, és a dir: sense mal, sense por, amb un suport professional expert i l'acompanyament de les persones estimades, tot això, si pot ser, amb lucidesa i confiança.

Sembla difícil, però és convenient, ja que morir bé és de vital importància i, a més a més, és un bon indicador que s'ha viscut bé. I sembla que a això ens hi apuntem tots.

Referències bibliogràfiques

Cejudo, A., López, B., Duarte, M. et al. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), 124-132.

Hancock, K., Clayton, J., Parker, S. et al. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 507-17.

Llei 41/2002 d'autonomia del pacient. BOE-A-2002-22188. <https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf>.

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., de Vlieger, T., Firth, P. i de Conno, F. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 2 – recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17, 22-33.

Ribera, J. M. (2015). Dignidad de la persona mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(4), 195-199.

Roman, B. (2011). Sobre el respeto a la autonomía del paciente: la dignidad en juego. Bilbeny, N. (ed.). *Bioética sujeto y cultura*. Barcelona: Horsori, 105-121.

Sansó, N., Castaño, E., Arbona, B., Serra, S., Llobera, J. i Benito, E. (2013). Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. *Medicina Balear*, 28(3), 49-55.

Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. i Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 91-96.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014). *Guía de Cuidados Paliativos SECPAL*. <http://www.secpal.com/!%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>.

World Health Organization (2014). Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. *67ª Asamblea Mundial de la Salud*.

Autors

ENRIC BENITO OLIVER

Palma, 1949. Metge, doctor en medicina, especialista en oncologia, màster en cures pal·liatives (CP). Oncòleg clínic a l'Hospital General de Mallorca. Coordinador de la Unitat de CP de Son Dureta (Hospital Verge de la Salut) i de la UCP de l'Hospital Joan March fins a 2010. Responsable autonòmic de l'Estratègia de CP de les Illes Balears i coordinador del Programa de CP de les Illes Balears.

SOLEDAD GALLARDO BONET

Palma, 1967. Infermera, llicenciada en antropologia, postgrau en gestió i en societat de la informació. Ha desenvolupat bona part de la seva feina en l'àmbit sociosanitari com a directiva en diferents etapes als hospitals General i Joan March i com a membre de l'equip del Centre Coordinador de Cures Pal·liatives de Balears. Actualment fa feina com a Gerent a l'Hospital d'Inca

ESTEFANIA SERRATUSELL SABATER

Palma, 1978. Infermera i especialista en geriatria. Màster en nutrició humana i qualitat dels aliments. Especialista en direcció de serveis clínics i assistencials i en plans d'igualtat i conciliació. Ha treballat en l'àmbit sociosanitari i actualment desenvolupa la seva feina al Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears.