

¹Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

²Profesor Emérito, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

³Abogado, Magíster en Bioética.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 13 de mayo de 2021, aceptado el 15 de diciembre de 2021.

Correspondencia a:

Javiera Bellolio A.

Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Edificio O, piso 4, Las Condes. jvbelloio@udd.cl

Impacto social de la despenalización de la muerte médicamente asistida

JAVIERA BELLOLIO A.^{1,a}, PEDRO ROSSO R.²

The social impact of physician-assisted death legalization

The debate on legalization of physician-assisted death (PAD) has focused on its purely individual aspects, leaving aside equally relevant social dimensions such as a progressive expansion of PAD's causes, strains and changes in the doctor-patient relationship, and unreported PADs. The aim of this work was to explore these aspects through an analysis of the experience of Belgium and the Netherlands, countries where PAD is legal since 2002. The results, obtained through a systematic review of the literature, indicate that in both countries, the acceptance of the concept of "psychological suffering" allowed PAD to be performed in psychiatric patients, in persons with dementia and in older people with geriatric conditions. The acceptance to perform a PAD has a significant emotional burden for the physician who must assume the role of executor of the patient's will, which is aggravated by pressures from patients and their relatives. Moreover, more than 30% of PADs are not reported. All this information was obtained from physicians not willing to incriminate themselves, after the commission of the PADs, therefore hampering the monitoring of law abiding. These results reveal the existence of a social impact of PAD decriminalization that deserves greater consideration and further studies.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1666-1672)

Key words: Death; Euthanasia; Suicide, Assisted.

La muerte médicamente asistida (MMA) ha sido despenalizada en un grupo de países que, si bien actualmente es reducido, se ha ido ampliando en forma paulatina¹. Incluso, de aprobarse una iniciativa parlamentaria en trámite, es posible que, próximamente, Chile pueda sumarse a ese grupo². Quienes abogan por la legalización o despenalización de la MMA lo hacen invocando el principio de autonomía³. Por su parte, quienes se oponen argumentan que un individuo agobiado por padecimientos extremos carece de la libertad de decisión necesaria para invocar válidamente el principio de autonomía, particularmente, cuando no están disponibles los "cuidados paliativos" apropiados⁴.

Pese a ser conceptualmente antagónicas, ambas posiciones tienen en común el hecho de referirse únicamente a la dimensión individual de la MMA, descuidando una dimensión social de evidente relevancia. En este ámbito Montero ha planteado que la despenalización de la eutanasia tendría las siguientes consecuencias: 1) la paulatina ampliación de causales de MMA (o hipótesis de la "pendiente resbaladiza"); 2) la perturbación de la relación médico-paciente y 3) la realización de MMA no reportadas⁵.

El objetivo del presente trabajo fue explorar la validez de esos supuestos según la experiencia acumulada en los Países Bajos y en Bélgica, donde la MMA tiene un respaldo legal desde el año 2002^{6,7}.

Métodos

Fuentes de información científica

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos originales indexados en la base de datos PubMed, publicados en idiomas inglés y español, relativos a MMA en Bélgica y Países Bajos. La búsqueda se centró en el lapso 2000-2021 (abril), ampliándose posteriormente, según los artículos citados, a los años anteriores. Los estudios de tipo cuantitativo fueron seleccionados según las pautas PRISMA⁸ mientras que los de tipo cualitativo usando los criterios CASP⁹.

La información anterior fue complementada con publicaciones de la Real Sociedad Médica Neerlandesa (KNMG)¹⁰, la Real Sociedad Farmacéutica Neerlandesa (KNMP)¹¹, y por las memorias anuales de las Comisiones Regionales de Verificación de Eutanasia (RTE). Estas últimas presentan información detallada sobre el número de eutanasias, sus causales y los casos que merecieron observaciones¹². También se obtuvo datos sobre casos de MMA para los años 2010 y 2015 en CBS Statistics Netherlands¹³.

Fuentes de información no-científica

Algunas MMA practicadas en los Países Bajos han motivado noticias, entrevistas, crónicas y columnas de opinión, tanto en medios de comunicación neerlandeses como de otros países. Los criterios de selección de estas fuentes fueron las pautas Proquest¹⁴.

Resultados

1. Paulatina ampliación de causales de MMA:

Tanto en los Países Bajos como en Bélgica, la única modificación que han sufrido las leyes que despenalizaron la eutanasia ha sido la posibilidad de que puedan acceder a ella los menores de 12 años. No obstante, si se comparan las patologías asociadas a los casos de eutanasia reportados a los RTE se puede apreciar que entre los años 2015 y 2019 la demencia y trastornos psiquiátricos se consignan como nuevas causales (Tabla 1).

Algunas de estas causales psiquiátricas, junto a otras consideradas "atípicas", por apartarse significativamente del texto legal, como la discapacidad cognitiva, alcoholismo, drogadicción o por solidaridad conyugal, se describen en la Tabla 2.

2. La perturbación de la relación médico-paciente

Aunque este aspecto ha sido, comparativamente, poco investigado, los estudios disponibles señalan que la despenalización de la eutanasia impacta negativamente el quehacer profesional

Tabla 1. Patologías asociadas a MMA en los Países Bajos en los años 2010, 2015 y 2019¹²

Causas	Años		
	2010	2015	2019
Total de MMA	1.933	3.136	6.092
Cáncer (%)	88,61	81,25	67,30
Enf. Neurológicas (%)	4,40	2,39	6,70
Enf. Cardiovasculares (%)	1,19	5,04	4,12
Enf. Bronco-pulmonares (%)	1,50	--	3,07
Síndromes geriátricos (%)	--	--	2,82
Demencia (%)	--	--	2,62
Enf. psiquiátricas (%)	--	--	1,16
Múltiples patologías (%)	2,90	3,76	13,89
Otras (%)	1,40	7,56	1,19

Tabla 2. MMA "atípicas" aprobadas por los RET o no sancionadas por los tribunales neerlandeses (2012-2020)¹²

Alcoholismo (2016) En: https://www.bbc.com/news/av/world-europe-38166185
Autismo/Discapacidad intelectual (2012-2016) (Tuffrey-Wijne et al. BMC Medical Ethics (2018) 19:17 https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6)
Demencia avanzada (2020) En: https://www.bbc.com/news/world-europe-52367644
Estado depresivo crónico (2018) En: https://www.bbc.com/news/stories-45117163
Estrés post-traumático causado por abuso sexual (2016) En: https://www.cbsnews.com/news/netherlands-sex-abuse-victim-euthanasia-incurable-ptsd-assisted-suicide/
Eutanasias simultáneas a pareja de ancianos (2017) En: https://www.telegraph.co.uk/news/2017/08/14/dying-together-deepest-wish-couple-91-die-rare-double-euthanasia/
Tinnitus crónico (2015) En: https://www.dutchnews.nl/news/2015/01/euthanasia-clinic-criticised-for-helping-woman-with-severe-tinnitus-to-die/

de los médicos. En Flandes y Países Bajos los más afectados son quienes ejercen la “medicina general o primaria”, dado que son mayoritariamente los receptores de las solicitudes de MMA¹⁵.

Los problemas que se suscitan son diversos, desde aquellos exclusivamente personales a los de índole relacional. Entre los primeros, los médicos que están dispuestos a practicar una MMA consignan la tensión generada por la idea de tener que preparar y realizar el procedimiento, lo que suele ocurrir en el hogar del enfermo y en presencia de sus familiares inmediatos¹⁶. A lo anterior se añade la molestia por el trámite burocrático que implica la obligación de reportar el hecho al Comité Regional respectivo^{16,17} (Tabla 3). La situación es particularmente compleja cuando el solicitante de una MMA es una persona con algún grado de demencia, un hecho que ocurre con creciente frecuencia en los Países Bajos. Un estudio realizado en 900 médicos generales neerlandeses demostró que estos casos les generan una mayor carga emocional que la del resto, agravada por la sensación de inseguridad relativa a la competencia mental del paciente¹⁸ (Tabla 3).

Rehusar una solicitud de MMA es igualmente problemático. Ya sea por ser un objetor en conciencia o un médico no-objetor, que considera que no se cumplen las condiciones para conce-

derla, los médicos se ven sometidos a la presión e insistencia del solicitante y de sus familiares¹⁷ (Tabla 3). Esto es frecuente en los Países Bajos, donde la MMA está siendo considerada una “práctica normal” y un alto porcentaje de la población (67%) opina que debería ser un derecho ciudadano⁶.

3. La realización de MMA reportadas y no reportadas

Tanto en Bélgica (Flandes) como en Países Bajos se ha observado un aumento de las MMA reportadas^{19,20}. En Flandes, durante 1998, (antes que se despenalizara la MMA) se reportaron 25 casos de MMA, lo que equivale al 1,2% del total de muertes ocurridas en esa región; en 2007 se reportaron 142 casos (2,0% del total) y en 2013 se reportaron 349 casos (4,6% del total)²¹.

En los Países Bajos las cifras de MMA también han experimentado un incremento sostenido, desde 2.361 en 1990 hasta un máximo de 6.585 casos en 2017, seguido por un leve descenso en 2018, cuyas causas no han sido precisadas (Tabla 4)²². Expresadas como porcentajes del total de muertes del período, se observa un aumento considerable, desde 1,5 por ciento en 2002 a 4,4 por ciento en 2017. Este último porcentaje difiere en apenas un 0,2 por ciento del reportado para Flandes.

Tabla 3. Carga afectiva y percepción de sentirse presionado de médicos generales neerlandeses antes de practicar MMA en pacientes sin demencia (n = 245)¹⁷ y con demencia (n = 40)¹⁸

	Sin demencia (%)	Con demencia (%)
Carga afectiva	58,3	52,8
Presionado por pacientes	60,3	34,4
Presionado por familiares	31,7	42,9
Dudas sobre competencia mental	-	47,2
Dudas sobre validez de testamento vital	-	26,4

Tabla 4. Porcentaje de eutanasias no reportadas a los organismos pertinentes en Países Bajos y Bélgica (Flandes), consignadas como “alivio sintomático intensificado” en los años 1990-2015^{21,22}

Años	1990	1995	2001	2005	2010	2015
P. Bajos	18,8%	19,1%	20,1%	24,7%	36,4%	35,8%
Años	1998		2007		2013	
Flandes	88,1%		44,7%		33,2%	

El aumento progresivo de casos de MMA reportados se ha interpretado como una creciente aceptación de este procedimiento en la población general^{21,22}.

Además de las MMA reportadas, encuestas anónimas efectuadas a médicos de Flandes y de los Países Bajos indican una frecuencia de casos no reportados que para Bélgica (Flandes) se han estimado en 33,2 por ciento para el año 2013²¹ y para los Países Bajos en 35,8 por ciento en el año 2015²² (Tabla 3). Esta última cifra representa un leve descenso con respecto al máximo de 36,4 por ciento registrado en 2010.

Según los autores de los trabajos antes citados^{21,22}, se trataría mayoritariamente de situaciones que corresponderían a personas próximas a morir por cáncer, y en el contexto de cuidados paliativos. El método utilizado para acortar la vida del paciente habría sido la administración de drogas de uso habitual en este tipo de situaciones, pero en dosis o formas de administración escogidas para lograr el efecto deseado. Esta situación ha sido categorizada como de “alivio sintomático intensificado”²².

Los casos de eutanasias no reportadas no son contabilizados en el registro de los RTE. En cambio, CBS Statistics Netherlands, considerando fidedignos los resultados de las encuestas anóni-

mas efectuadas en 2010 y 2015, corrige las cifras de los RTE según esos porcentajes de MMA¹³. Por consiguiente, para los años 2010 y 2015, las cifras de MMA de esta fuente superan ostensiblemente las de los RTE¹² (Tabla 5).

Discusión

Los resultados de este estudio señalan que tanto en Bélgica como en los Países Bajos la despenalización de la MMA tiene consecuencias sociales significativas. Por una parte, promueve en la población un cambio cultural de aceptación por esta práctica, lo que se manifiesta en una creciente demanda, por una parte, y en la continua ampliación de sus causales por otra. Esto último, ha sido motivo de debate aún antes de que se despenalizara la eutanasia en esos países, cuando Keown²³ pronosticó que eso, inevitablemente, ocurriría. Llamó a este fenómeno “la pendiente resbaladiza” y basó su especulación en la experiencia de la despenalización del aborto en el Reino Unido, donde una normativa que inicialmente parecía restrictiva permitió una serie de interpretaciones que, en la práctica, significaron una ampliación considerable de sus causales. Aunque el argumento de la pendiente resbaladiza ha sido debatido en un plano puramente lógico, con detractores y partidarios de este^{24,25} lo cierto es que, en un plano puramente empírico, como enfatiza Keown, los resultados del presente estudio parecen darle la razón.

En el caso de los Países Bajos, una de las razones que se han invocado para explicar este hecho es la esencial subjetividad de la condición de “sufrimiento insoportable”. Este puede deberse a “angustia por el deterioro esperado” o “resultar de la sumatoria de factores mentales y físicos” o de ambas²⁶. De ahí, entonces, que habiendo aceptado los tribunales de justicia neerlandeses un primer caso de eutanasia por sufrimiento psicológico, sean comprensibles causales tan dispares como tinnitus persistente, alcoholismo o estrés post-traumático²⁷.

El impacto de la MMA en la profesión médica era un hecho esperable. Desde la tradición clásica, simbolizada por el juramento hipocrático, la cultura médica ha tenido como misión el tratar de evitar la muerte de los enfermos. Por otra parte, independientemente de las connotaciones de

Tabla 5. Cantidad y porcentajes de MMA respecto al total de muertes anuales en los Países Bajos (2008-2019)^{12,13}

Año	Mortalidad total	MMA CBS	MMA RTE	% MMA RTE
2008	135.136		2.331	1,7%
2009	134.235		2.636	2,0%
2010	136.058	3.859	3.136	2,3%
2011	135.741		3.695	2,7%
2012	140.183		4.188	3,0%
2013	141.245		4.829	3,4%
2014	139.223		5.306	3,8%
2015	147.134	6.672	5.516	3,7%
2016	148.997		6.091	4,1%
2017	150.214		6.585	4,4%
2018	153.363		6.126	4,0%
2019	143.408		6.361	4,4%

tipo religioso que el derecho a la vida pueda tener para algunos, lo cierto es que cuando un médico recibe una solicitud de eutanasia, sabe que está asumiendo una enorme responsabilidad ante el solicitante, sus familiares y la sociedad. De modo que las consecuencias de índole personal y afectivas recogidas en los médicos neerlandeses son muy comprensivas. En este sentido, la aceptación de las objeciones de conciencia parece una alternativa justa para los profesionales que se oponen por principio a practicar una MMA.

Lo que aparece igualmente complejo es el nuevo tipo de relación médico-paciente que se establece desde el momento en que un paciente solicita una MMA. En el caso de los médicos neerlandeses, a partir de ese momento esa relación debe comenzar a regirse por las normas de buenas prácticas dispuestas por el Estado y fiscalizadas por los RTE, incluyendo el hecho de que: "...un paciente puede tener buenos motivos para rechazar la atención paliativa, por ejemplo, porque no quiere estar en un estado de aletargamiento (por altas dosis de morfina) o no quiere perder la consciencia (por sedación paliativa)"²⁷. Las mismas normas establecen que la negativa del paciente a recibir cuidados paliativos no puede ser invocada por el médico como causal de rechazo de una solicitud de MMA. En la práctica, esto sitúa al médico en una situación de ejecutor de la voluntad de su paciente y no en el conductor del acto médico.

Anticipando las tensiones que la despenalización de la eutanasia podría generar en la relación médico-paciente, Jones²⁸ propuso que, en el caso de una solicitud de eutanasia, superando su carácter tradicional autoritario y, el más reciente, de índole contractual, esa relación debería establecerse sobre una base "fiduciaria", con una disposición del médico de tipo supererogatoria. Aun así, dada la complejidad de la medicina y la diversidad de circunstancias asociadas con una solicitud de MMA, el proceso de discernimiento puede resultar complejo. Sobre este punto, van der Geest y Satakar⁴, basándose en los resultados de una revisión de casos de eutanasias solicitadas por personas ancianas, describe escenarios complejos y multifacéticos, que involucran a familiares, amigos y otros profesionales médicos. Se suma a lo anterior el hecho de que, con el envejecimiento, las personas pierden independencia y autonomía, se vuelven frágiles y están cada vez más inclina-

das, o prácticamente obligadas, a dejar que otros decidan por ellas. Como lo indica la experiencia neerlandesa, son situaciones en que la autonomía ideal por parte del solicitante, que presupone la norma legal, suele no existir.

En cuanto a la fiscalización de la ley, la indagación de este aspecto revela que tanto Bélgica como los Países Bajos, tienen oportunidades para mejorar. En primer término, llama la atención el alto porcentaje de MMA no reportadas. Independiente del hecho que todas ellas responderían a situaciones de "buena fe", como parecen creer los autores que las reportan^{21,22}, las cifras acusan la precariedad del sistema de fiscalización.

Uno de los principales problemas radicaría en su análisis ex post de los casos, usando como elementos de juicio los antecedentes entregados por el médico que efectuó la MMA²⁶. Parece poco realista suponer que quienes no cumplieron las normas estarían dispuestos a autodenunciarse. Una segunda objeción se refiere al hecho de que las resoluciones y acuerdos de las RTE son inapelables y sus deliberaciones son secretas, lo que es considerado una inadecuada falta de transparencia. En línea con estas críticas, una auditoría de las resoluciones de las RTE, relativas a 33 casos de MMA aprobados sin observaciones, concluyó que en el 97 por ciento había existido incumplimientos de algunas normas, como la elección incorrecta de medicamentos o la no consulta a otro médico y en el 31 por ciento no se cumplieron criterios esenciales como el considerar la existencia de otra alternativa razonable²⁹.

Teóricamente, una forma de subsanar los problemas antes mencionados sería establecer un sistema de fiscalización con una revisión ex ante, rigurosa y exhaustiva, de cada solicitud de MMA. Una alternativa que, probablemente, sería impracticable en los Países Bajos, dada las cifras anuales de solicitudes de ese procedimiento. También, como otra medida de transparencia y aseguramiento de un recto proceder profesional, cuando se efectúa la MMA parece recomendable la presencia de un testigo experto, en representación del Estado. Actualmente, el sistema neerlandés de fiscalización de la ley de MMA descansa, de una manera determinante, en la honradez de los médicos dispuestos a realizar ese procedimiento. En otras culturas sería una situación inaudita.

Referencias

- García RA. Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *BMJ* 2021; 372: n147. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n147> [Consultado el 20 de marzo de 2021].
- Cámara de Diputados de Chile. Proyecto: Modifica la ley N° 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia. 17 Ene. 2018 N° Boletín 11577-11. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021; 30 (1): 17-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498071> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- van der Geest S, Satalkar P. Autonomy and dying: Notes about decision-making and “completed life” euthanasia in the Netherlands. *Death Studies* 10 de octubre de 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671543> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- Montero E. La dimensión sociopolítica de la eutanasia. *Revista Derecho y Salud* 2010; 20 (1): 133-40. Disponible en: <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-20-numero-1-2010/la-dimension-sociopolitica-la-eutanasia> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJF, van Delden JJM, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010 a repeated cross-sectional survey. *The Lancet* 2012; 380 (9845): 908-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789501/> [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- Saad TC. Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review. *Issues in Law & Medicine*, 2017; 32 (2): 183-204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29108142/> [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* 2009; 6: e1000097. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/> [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- CASP (Critical Appraisal Skills Programme). *Qualitative Research Checklist*. Oxford: 2021. Disponible en: https://casp-uk-b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- KNMG (The Royal Dutch Medical Association). Disponible en: <https://www.knmg.nl/over-knmg/about-knmg/about-knmg.htm> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- KNMP (The Royal Dutch Pharmacists Association). Disponible en: <https://www.knmp.nl/knmp/about-knmp> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- RET (Regional Euthanasia Review Committees). Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- Statistics Netherlands CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Disponible en: <https://www.cbs.nl/en-gb> [Consultado el 4 de mayo de 2021].
- Proquest. How to identify Fake News in Ten Steps. 2021. Disponible en: <https://library.pfeiffer.edu/Fake-News-Worksheet.pdf> [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- Kouwenhoven PSC, van Thiela GJMW, van der Heide A, Rietjensb JAC, van Delden JJM. Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient’s autonomy. *European Journal of General Practice* 2019; 25 (1): 44-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1517154> [Consultado el 5 de mayo de 2021].
- Evenblij KH, Pasman HRW, van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Physicians’ experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure. *BMC Family Practice* 2019; 20: 177. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1067-8> [Consultado el 8 de octubre de 2020].
- van Marwijk H, Haverkate I, van Royen P, The AM. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med.* 2007; 21: 609-14. Disponible en: <http://pmj.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/7/609> [Consultado el 8 de octubre de 2020].
- Schuurmans J, Chantalle J, Rikkert MO, Engels I. Dutch GPs’ experience of burden by euthanasia requests from people with dementia: a quantitative survey. *BJGP Open* 2020; DOI: 10.3399/bjgpopen20X101123. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33172849/> [Consultado el 11 de mayo de 2021].
- Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ* 2010; 341: c5174. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c5174> [Consultado el 04 de mayo de 2021].
- Chambaere K, Bernheim JL, Downar J, Deliens L. Characteristics of Belgian “life-ending acts without explicit patient request”: a large-scale death certificate survey

- revisited. *Can Med Ass J Open* 2014; 2 (4): E262-E267. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257563/> [Consultado el 04 de mayo de 2021].
21. Dierickx S, Cohen J, Stichele RV, Deliens L, Chambaere K. Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium, 1998-2013. *J of Pain and Symp Man* 2018; 56 (4): 551-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30009965/> [Consultado el 04 de mayo de 2021].
 22. van der Heide A, van Delden JJ, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-life decisions in the Netherlands over 25 years. *N Engl J Med.* 2017; 377 (5): 492-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28767342/> [Consultado el 04 de mayo de 2021].
 23. Keown J. Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope? *Notre Dame J.L. Ethics and Pub. Policy* 1995; 9 (2): 407-48. Disponible en: <http://scholarship.law.nd.edu/ndjlepp/vol9/iss2/> [Consultado el 8 de octubre de 2020].
 24. Álvarez GI. Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia. *Dilemata* 2013; 11: 83-111. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/193> [Consultado el 5 de mayo de 2020].
 25. Ortega I. La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia: jilusión o realidad? *Annales Theologici* 2003; 17: 77-124. Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Annales_Theologici.pdf [Consultado el 5 de mayo de 2020].
 26. Boer TA. Report on Euthanasia and Physician Assisted Suicide in the Netherlands. (Report to the Health Professions Council of South Africa). 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.pthu.nl/Over-PThU/Organisatie/Medewerkers/t.a.boer/downloads/2016-boer-south-africa-affidavit-euthanasia-netherlands.pdf> [Consultado el 5 de mayo de 2020].
 27. RTE. Código Eutanasia 2018, 3.5. Inexistencia de otra solución razonable. 24-5. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf> [Consultado el 5 de mayo de 2020].
 28. Jones GE. The doctor-patient relationship and euthanasia. *J of Med Ethics* 1982; 8: 195-198. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059426/> [Consultado el 5 de mayo de 2020].
 29. Miller DG, Kim SYH. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. 2017; *Br Med J Open* 7: e017628. doi:10.1136/bmjopen-2017-017628. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017628> [Consultado el 5 de mayo de 2020].