

TEMA DE ESTUDIO: EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y PROFESIONALES DE LA SALUD

I.- EUTANASIA Y LEGISLACION

¿LA EUTANASIA VOLUNTARIA BAJO CONTROL? NUEVAS PRUEBAS EMPÍRICAS DESDE HOLANDA

Henk Jochemsen

*Doctor en Filosofía y director del Instituto
Lindeboom de Ética Médica, Ede, Países
Bajos*

John Keown

*Doctor en Filosofía y profesor de Derecho y
Ética de la Medicina por la Facultad de
Derecho de la Universidad de Cambridge,
Gran Bretaña*

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el debate en torno a la eutanasia continúa intensificándose. En 1997, el parlamento australiano acordó abrogar la legislación sobre la eutanasia en el Territorio del Norte y el Tribunal Supremo de los EE UU confirmó la constitucionalidad de la legislación que prohíbe el 'suicidio médicamente asistido'¹. A la hora de decidir si tanto la eutanasia como el suicidio asistido deberían en principio permitirse, y si en la práctica pueden controlarse, la experiencia de

los Países Bajos -donde han sido tolerados oficialmente y ampliamente practicados durante casi una década- resulta indudablemente de suma importancia.

Mil novecientos noventa y uno vió la publicación de los resultados de un relevante estudio, efectuado por el profesor P.J. van der Maas, sobre las decisiones relativas al término de la vida adoptadas por los médicos holandeses durante 1990². Pese a las alegaciones en contra de los partidarios de la eutanasia, dicho estudio contribuía a poner seriamente en duda las afirmaciones holandesas de que su normativa era lo suficientemente estricta para controlar con efectividad la práctica de la eutanasia voluntaria (la terminación deliberada de las vidas de los pacientes a petición suya) y para impedir la eutanasia no voluntaria (la terminación deliberada de las vidas de los pacientes incapaces de realizar una petición).

El estudio reveló la práctica extendida de la eutanasia no voluntaria; el empleo de la eutanasia aun cuando los médicos consideraban que los cuidados paliativos constituían una alternativa viable, y la práctica común, por parte de aquéllos, de certificar ilegalmente las muertes mediante eutanasia como debidas a 'causas naturales', en vez de infor-

mar de ellas -como exige la normativa- a las autoridades³.

En 1996, van der Maas y van der Wal publicaron los resultados de un amplio estudio sobre las decisiones de los médicos holandeses relativas al término de la vida en el año 1995⁴. ¿Muestran los resultados de este estudio alguna mejora en el grado de control sobre la eutanasia?

I. EL ESTUDIO

El estudio pretendía, sobre todo, averiguar la incidencia del acortamiento deliberado de la vida por los médicos; hasta qué punto éstos cumplían con su deber de comunicar tales casos (de acuerdo con un procedimiento que data de fines de 1990 al cual se otorgó fuerza de ley en junio de 1994) y la calidad de su información. La finalidad principal del procedimiento informativo es facilitar el posible examen de la terminación deliberada de la vida por los médicos y fomentar en tales casos la adopción de decisiones cautelosas⁵. Los principales datos cuantitativos generados por el estudio se reproducen en la tabla 1.

Antes de analizar las cifras, es importante advertir que las únicas objetivamente verificables son aquéllas concernientes al número total de fallecimientos y al número total de casos informados. Todas las demás cifras se basan en las respuestas de los médicos acerca de los casos en que manifestaron haberse visto involucrados en fecha reciente.

No menos importante es subrayar que este artículo no pone en tela de juicio la metodología utilizada por los investiga-

dores para obtener sus datos, esto es, entrevistas con 405 facultativos y cuestionarios postales remitidos a quienes habían asistido 6.060 muertes identificadas a partir de los certificados de defunción. Utilizamos los propios datos de los investigadores y, por regla general, mencionamos su 'estimación preferente' (si bien en algunos casos se ha llegado a estos números a base de porcentajes y números empleados en el estudio y, en tales casos, los hemos redondeado). En otras palabras: nuestro artículo no discrepa de la *metodología* de los investigadores sino de su *interpretación* de las estadísticas generadas.

Un último punto preliminar es que los holandeses adoptan una definición particularmente angosta de 'eutanasia' como el acortamiento deliberado de la vida de un paciente a petición expresa del mismo. Es decir, 'eutanasia' en los Países Bajos significa 'eutanasia voluntaria activa' y no incluye el acortamiento deliberado de la vida por omisión ('eutanasia pasiva') o la eutanasia sin petición del paciente (tanto no voluntaria, si éste es incompetente o incapaz). Para facilitar la exposición, seguimos aquí la definición holandesa, a menos que resulte evidente lo contrario.

1. Eutanasia y suicidio asistido

Entre 1990 y 1995 el número de peticiones de eutanasia aumentó, así como el de peticiones atendidas⁶. Los casos de eutanasia y suicidio asistido ascendieron de 2.700 en 1990 a 3.600 en 1995, o del 2,1% al 2,7% del total de las muertes.

Según los facultativos que los asistieron, en el 17% de dichos casos existían

alternativas de tratamiento, pero en casi todos ellos fueron declinadas por los pacientes⁷. Sin embargo, en 1994 el Tribunal Supremo holandés resolvió que los médicos no tendrían que acelerar la muerte siempre que dispusieran de la alternativa del tratamiento paliativo, al menos en los casos de sufrimiento psíquico⁸, y los ministros de Justicia y Sanidad⁹ y la Real Asociación Médica holandesa (KNMG)¹⁰ han determinado que idéntica restricción debería aplicarse en los casos de sufrimiento somático. Por consiguiente, los casos arriba mencionados parecen haber incumplido esta normativa.

La vida se acortó de una a cuatro semanas en el 31% de los casos de eutanasia y en el 45% de suicidios asistidos, y más de un mes en el 7% de los casos de eutanasia y en el 30% de los suicidios asistidos¹¹.

Los facultativos señalaron que la razón principal de los pacientes para pedir la eutanasia fue el 'sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejoría' (74%)¹², que se ha convertido en la terminología estándar para describir la gravedad de la condición exigida por la ley. Pero las siguientes razones más comunes fueron 'evitar la pérdida de la dignidad' (56%) y 'evitar un sufrimiento ulterior' (47%). Es más que dudoso que, por sí misma, cualquiera de estas dos razones satisfaga el requisito del sufrimiento insoportable.

Curiosamente, uno de los motivos más importantes para rechazar una petición de eutanasia (mencionado por el 35% de los facultativos) fue la opinión del

facultativo de que el sufrimiento del paciente no era insoportable¹³. Ello hace pensar que, pese al énfasis que sus defensores ponen en la autonomía del paciente, la aplicación de la eutanasia es más una función del *criterio del facultativo acerca de la calidad de vida del paciente* que de respeto hacia su autonomía. Este pensamiento se robustece con las pruebas de hasta qué punto los médicos holandeses continúan poniendo fin a las vidas de sus pacientes sin petición expresa.

2. Acciones de terminación de la vida sin petición expresa

El estudio confirma que el acortamiento deliberado de las vidas de los pacientes sin petición expresa sigue distando mucho de lo insólito. En 1995 se puso fin a la vida de 900 pacientes sin petición expresa, representando el 0,7% de todas las muertes, sólo un leve descenso sobre el 0,8% de quienes así fallecieron en 1990¹⁴. Dicho de otro modo: de los 4.500 casos (3.200 + 400 + 900) en que los médicos admitieron haber puesto fin a la vida, activa y deliberadamente, uno de cada cinco no implicó petición expresa.

La razón principal aducida para no haber hablado del tema con el paciente fue la incapacidad de éste (debido, por ejemplo, a demencia). Pero no todos los pacientes a cuyas vidas se puso fin sin petición expresa eran incapaces o incompetentes. En el 15% de los casos en que no se debatió el tema, pero pudo debatirse, el médico no lo hizo porque consideraba que la terminación de la vida era, evidentemente, en beneficio del paciente¹⁵.

Además, en un tercio de los 900 casos se había hablado con el paciente respec-

to a la posible terminación de la vida, y un 50% de dichos pacientes eran plenamente competentes; aun así, se puso fin a sus vidas sin petición expresa¹⁶.

Por otro lado, en el 17% de los 900 casos se consideró que el facultativo que asistía a los pacientes dispuso de alternativas de tratamiento¹⁷.

Los facultativos calculaban que la vida se acortó de una a cuatro semanas en el 3% de los casos, pero más de un mes en el 6%¹⁸. Por último, los facultativos no habían discutido su acción con un colega en el 40% de los casos, con un familiar cercano en el 30% y absolutamente con nadie en el 5%¹⁹.

3. Intensificación del tratamiento del dolor y los síntomas

En 20.000 casos (según las entrevistas con los facultativos) ó 25.800 casos (según el estudio de los certificados de defunción), se administraron drogas paliativas en dosis que casi con certeza acortaron la vida. En unos 2.000 de dichos casos el médico pretendía explícitamente, y en otros 2.850 parcialmente, acortar la vida²⁰. Los investigadores estiman que la zona gris entre pretender aliviar el dolor y los síntomas y pretender acortar la vida se halla en torno al 2% de todas las muertes, igual que en 1990²¹.

Aquellas veces en que los médicos administraron parcialmente drogas paliativas a fin de acortar la vida, lo habían tratado con el paciente en poco más de la mitad de los casos (52%) y sólo en el 36% de ellos se produjo una petición expresa por parte de éste de una dosis que acortase su vida. Los facultati-

vos señalaron que 86 pacientes (el 3%) con quienes no habían hablado de este tratamiento eran plenamente competentes²². Además, sólo en el 36% de los casos los médicos habían consultado con un colega. Se calcula que la vida fue acortada de una a cuatro semanas en el 7% de los casos, pero más de un mes en el 1%²³.

4. Renuncia/retirada del tratamiento

En 27.300 casos se renunció a un tratamiento, o se retiró el mismo (en 5.200 casos a petición expresa del paciente), teniendo en cuenta un probable acortamiento de la vida.

Sin embargo, en 18.000 de dichos casos, 14.200 de los cuales no implicaron petición expresa por parte del paciente, la intención explícita del facultativo era acortar la vida (aunque el estudio no precisa en cuantos casos el tratamiento era desproporcionado, razón por la cual los médicos pudieron, de ser su deseo, haberlo correctamente retirado sin pretender acortar la vida²⁴).

En la mayoría de los casos en que no se trató del tema con el paciente, los facultativos señalaron que éste era bien incompetente, bien sólo parcialmente competente. Pero en el 1% de dichos casos (140 pacientes) el facultativo consideraba al paciente plenamente competente²⁵.

Cuando se renunció al tratamiento, o fue retirado, con el propósito explícito de acortar la vida, el facultativo calculaba que la vida se acortó de uno a siete días en el 34% de los casos; de una a cuatro semanas en el 18%, y más de un mes en el 9%²⁶.

5. Neonatos

En el estudio se informa de que 1.000 recién nacidos fallecen en los Países Bajos

antes de su primer cumpleaños, calculando que los médicos ponen fin a las vidas de alrededor de 15 activa y deliberadamente²⁷. Esta cifra, sin embargo, parece una estimación demasiado baja.

El estudio pone de manifiesto que en 10 casos (el 1%) los médicos administraron una droga con la intención explícita de acortar la vida. Pero asimismo revela otros 80 casos en que, también con intención explícita de acortar la vida, los médicos administraron una droga y retiraron un tratamiento de prolongación de la vida o renunciaron al mismo²⁸. En total, por tanto, la intención explícita de los médicos parece haber sido acortar las vidas de 90 neonatos, no de 15²⁹.

Por otro lado, en al menos el 41% de los 1.000 casos el tratamiento fue retirado o se renunció a él con la intención explícita de acortar la vida. En una alta proporción de dichos casos, se puso fin a la vida de los bebés porque se consideraba insoportable. Las esperanzas de vida del 45% de dichos bebés eran de más de cuatro semanas y las de algunos de ellos, de más de medio año³⁰.

En aproximadamente la quinta parte de los casos en que los médicos renunciaron deliberadamente el tratamiento, o éste fue retirado, con el propósito explícito de acortar la vida porque la vida del bebé se consideraba insoportable no se trató del tema con los padres³¹. Los médicos manifestaron que en la mayoría de los casos se debió a que la situación era tan clara que resultaba innecesario o a que no hubo tiempo, aunque estas razones no se explican con detalle.

Por último, los médicos apenas informaron de caso alguno de acortamiento deliberado de la vida neonatal a las autoridades.

6. Suicidio asistido de pacientes psiquiátricos

Basándose en las respuestas de los psiquiatras respecto a 1995, el estudio estima que aunque cerca de 320 pacientes psiquiátricos piden expresamente al año ayuda para suicidarse, sólo de dos a cinco la obtienen de los psiquiatras. Entre los psiquiatras que nunca accederían a una petición de suicidio asistido sobre la base del sufrimiento psíquico (casi un tercio de quienes respondieron), el 88% mencionó 'la opinión profesional' como la razón más importante. Solamente el 2% de los psiquiatras había, alguna vez, asistido un suicidio³².

Esta actitud relativamente restrictiva de los psiquiatras puede deberse no poco a la polémica suscitada por el caso del doctor Chabot, un psiquiatra reprobado por un tribunal médico disciplinario al ayudar a suicidarse a una mujer de 50 años de edad afligida tras la pérdida de sus dos hijos³³.

Revelando estadísticas que apoyan una actitud restrictiva, el estudio indica también que de los pacientes no asistidos, el 16% se suicidó sin ayuda de un facultativo y que, de entre los pacientes aún vivos, el 35% ya no deseaba la muerte, mientras que el deseo de morir en un 10% adicional había disminuido.

7. Consulta

La normativa de la eutanasia y el suicidio asistido permisibles exige que,

antes de consentir a cualquiera de ambas prácticas, el médico mantenga una consulta formal (*consultatie*), y no simplemente una discusión informal (*overleg*), con un colega.

Según el estudio, en los casos de eutanasia y suicidio asistido el 92% de los médicos había tratado del mismo con un colega³⁴. Sin embargo, en el 13% de dichos casos ello no equivalió a una consulta formal, por lo que ésta se llevó a cabo en el 79% de los casos. Con todo, otras cifras del estudio hacen pensar que se produjo en un porcentaje sensiblemente inferior: el estudio indica que la consulta se llevó a cabo en el 99% de los casos informados pero sólo en el 18% de los casos sin comunicar³⁵, y que casi el 60% de los casos de eutanasia y suicidio asistido quedaron por informar³⁶, de lo cual resulta que la consulta sólo se produjo en aproximadamente la mitad de todos los casos³⁷.

Se mantuvo una discusión en el 43% de los casos de terminación de la vida sin petición expresa, pero en el 40% ello no equivalió a una consulta. En consecuencia, no existió consulta en el 97% de tales casos.

Por otro lado, aunque la consulta se llevase a cabo, ésta se efectuó por regla general con un facultativo de la misma ciudad y las razones más importantes aducidas para consultar con el mismo fueron su parecer sobre las decisiones relativas al término de la vida y su cercanía (la pericia en cuidados paliativos apenas se mencionó). Además, en una inmensa mayoría de los casos el primer

médico había ya tomado una decisión antes de consultar y el médico consultado sólo se mostró en desacuerdo en el 7% de los casos³⁸. En resumidas cuentas: aun cuando se satisface, el requisito de consulta apenas supone un obstáculo a la hora de tomar una decisión.

8. Notificación

En 1995, se notificó el 41% de los casos de eutanasia y suicidio asistido al inspector médico local, como exige el procedimiento informativo. Aunque ello constituya una mejora sobre la cifra del 18% notificada en 1990, significa que una neta mayoría de los casos (casi el 60%) queda todavía sin comunicar. El estudio confirma además que los requisitos legales se incumplen más frecuentemente en los casos no comunicados, en los que con menor frecuencia existe una petición escrita por parte del paciente o un historial escrito y una consulta por parte del médico³⁹.

Las razón principal aducida por los médicos para dejar de informar durante 1995 fue, como en 1990, el deseo de evitar los inconvenientes (para el médico y/o los allegados) de una investigación por parte de las autoridades, eludiendo así el riesgo de procesamiento (aunque, como denota el número consecuentemente minúsculo de procesamientos, dicho riesgo es desdeñable). El 30% de los médicos señaló que no informó porque había incumplido los requisitos de la eutanasia permisible, y el 12%, porque consideraba que la eutanasia era un asunto privado entre el médico y el paciente⁴⁰.

II. DEBATE

El segundo estudio confirma al menos tres inquietantes hallazgos del primero.

1. Incidencia del acortamiento deliberado de la vida con y sin petición expresa

Como el primer estudio, el segundo revela una considerable incidencia del acortamiento deliberado de la vida por parte de los médicos. Incluso adoptando la extraordinariamente angosta definición holandesa de eutanasia como *eutanasia voluntaria activa*, se produjeron no menos de 3.200 casos en 1995 (el 2,4% de todas las muertes), un aumento de casi un millar sobre el total de 2.300 en 1990 (el 1,8% de todas las muertes).

Pero si se incluyen *todos* los casos en que los médicos pretendían explícitamente acortar la vida (tanto por acción como por omisión, tanto con o sin petición de los pacientes), el total se eleva muchísimo. Añadiendo los casos de suicidio asistido (400), terminación de la vida sin petición expresa (900), e intensificación del tratamiento del dolor y los síntomas con el propósito explícito de acortar la vida (2.000), dicho total más que duplica de 3.200 a 6.500.

Y si a este número añadimos los casos de renuncia al tratamiento, o retirada del mismo, con el propósito explícito de acortar la vida (18.000⁴¹), los casos en que deliberadamente se puso fin a la vida de los neonatos (90) y los pacientes psiquiátricos ayudados a suicidarse (de 2 a 5), el total asciende aproximadamente a 24.500 casos.

2. La eutanasia como alternativa de los cuidados paliativos

No sin motivos podría considerarse que el comentario del estudio de que «*la calidad del tratamiento médico hacia el final de la vida ha mejorado*»⁴² manifiesta cierta complacencia, sobre todo en un país que todavía tiene mucho que avanzar en la provisión de cuidados paliativos idóneos. La alta incidencia del acortamiento deliberado de la vida revelada por el estudio y la relativa debilidad de las razones aducidas por los médicos en muchos casos de eutanasia tienden a hacer pensar que la eutanasia no se limita a casos de 'último extremo' y, en ocasiones al menos, se utiliza como alternativa de los cuidados paliativos. El caso del doctor Chabot, en el que el demandado ayudó a una mujer afligida -a quien no consideraba física ni psíquicamente enferma- a quitarse la vida, y en el que el Tribunal Supremo resolvió que semejante sufrimiento podía, en efecto, justificar el suicidio asistido, ilustra la elasticidad del requisito de 'sufrimiento insoportable'.

El estudio confirma que aun cuando los médicos creen disponer de alternativas de tratamiento no pocas veces recurren a la eutanasia. El parecer del Tribunal Supremo, los ministros de Justicia y Sanidad, y el KNMG, de que la eutanasia resulta impermisible cuando se dispone de alternativas de tratamiento, incluso si son rechazadas por el paciente, no ha impedido evidentemente su aplicación en tales circunstancias. En una maniobra que haría aún más remota la probabilidad de procesamiento, la

entonces Ministra de Justicia pareció revocar su postura anterior, instruyendo a los fiscales del estado para que la negativa del paciente ante alternativas de tratamiento disponibles no se tradujese en la ilegalidad de la eutanasia⁴³.

3. Incumplimiento generalizado del requisito de informar

Si bien en 1995 se informó del 41% de los casos (1.466) frente al 18% (486) de 1990, no es menos cierto que en ambos años, como en cada año intermedio, una neta mayoría de los casos ha quedado sin comunicar. No hubo, en suma, ninguna clase de control oficial sobre la mayoría de los casos de eutanasia, suicidio asistido o terminación de la vida sin petición expresa.

Tampoco debe aceptarse el presunto aumento en informar sin sentido crítico. De entrada, el segundo estudio registra un aumento de los casos de eutanasia entre 1990 y 1995 (900) casi tan grande como el de los casos comunicados (980). En segundo lugar, si se utiliza el total de 6.500 casos de acortamiento de la vida activo y deliberado, la proporción de casos por informar asciende entonces del 59% al 77%. Sobre el total de 24.500 casos, la proporción alcanza el 94%.

Se recordará que la finalidad del procedimiento informativo es permitir el examen de la terminación deliberada de la vida por los médicos, así como fomentar el cumplimiento de los requisitos profesionales y legales en la eutanasia. El hecho indiscutible de que una neta mayoría de los casos (el 59% según el estudio; al menos el 77% conforme a

nuestros cálculos) quede aún sin comunicar no hace sino reforzar las dudas acerca de la capacidad del procedimiento para lograr su propósito y para minar las pretensiones holandesas de regulación, examen y control eficaces. Además, hasta los casos que *se comunican* lo son por el propio médico; cabe, por tanto, preguntarse si es más probable que su informe revele pruebas de delito que una declaración de la renta pruebas de ingresos sin declarar.

CONCLUSIONES

Con la publicación, en 1991, del primer estudio van der Maas, quedó de manifiesto que las denominadas 'estrictas salvaguardas' establecidas en 1984 por los tribunales y la Real Asociación Médica holandesa habían en su mayor parte fracasado. El estudio puso en entredicho las garantías primordiales ofrecidas por los partidarios de la eutanasia voluntaria: que la eutanasia sólo sería practicada a petición expresa del paciente y que los médicos que pusieran fin a la vida sin dicha petición serían procesados por asesinato; que la eutanasia sería únicamente utilizada en casos de 'último extremo' y no como alternativa de los cuidados paliativos, y que los casos serían abiertamente comunicados y debidamente examinados. La reacción holandesa hacia los hallazgos del estudio fue también reveladora: lejos de reprobarse, los casos de eutanasia no voluntaria que destapó fueron casi todos condonados. El estudio indicaba, en resumidas cuentas, que en menos de

una década los holandeses se habían deslizado por la pendiente resbaladiza.

Resulta, por tanto, sorprendente que un comentarista norteamericano haya observado que la semejanza entre los hallazgos respecto a 1990 y 1995 demuestra que los holandeses *no* están, aparentemente, descendiendo por una pendiente resbaladiza⁴⁴. Esta observación olvida por completo el hecho de que el primer estudio demostraba que el descenso se había ya producido en 1990; el segundo estudio, lejos de demostrar que no ha existido descenso alguno de 1984 a 1995, se limita a mostrar que no se ha producido ningún ascenso significativo de 1990 a 1995.

El segundo estudio no es mucho más tranquilizador que el primero. Los proponentes holandeses de la eutanasia volun-

taria aseguraban que su tolerancia -sujeta a 'salvaguardas'- permitiría a ésta quedar 'expuesta a la luz pública' y ser controlada con efectividad. Como revelan los estimables estudios de van der Maas y van der Wal, y como diversos expertos han ahora colegido⁴⁵, la realidad es que una neta mayoría de los casos de eutanasia, tanto con petición o sin ella, quedan por informar y por comprobar⁴⁶. Ante el hecho indiscutible de que la mayoría de las veces no existe siquiera oportunidad de examinar los casos oficialmente, las afirmaciones holandesas de regulación efectiva son palabras vanas.

(Original: "Voluntary Euthanasia Under Control?", *Journal Medical Ethics* 1999; 25; 16-21. Traducción: Alberto Caballero)

Tabla 1. DECISIONES DE LOS MÉDICOS RELATIVAS AL TÉRMINO DE LA VIDA EN LOS PAÍSES BAJOS 1990-1995

	1990	1995
Fallecimientos en los Países Bajos	129.000 (100%)	135.500 (100%)
Peticiones de eutanasia	8.900 (7%)	9.700 (7,1%)
Eutanasia	2.300 (1,8%)	3.200 (2,4%)
Suicidio asistido	400 (0,3%)	400 (0,3%)
Actos de terminación de la vida sin petición expresa	1.000 (0,8%)	900 (0,7%)
Intensificación del tratamiento del dolor y síntomas	22.500 (17,5%)	20.000 (14,8%)
a. pretendiendo explícitamente acortar la vida	1.350 (1%)	2.000 (1,5%)
b. pretendiendo parcialmente acortar la vida	6.750 (5,2%)	2.850 (2,1%)
c. teniendo en cuenta la probabilidad de que la vida se acorte	14.400 (11,3%)	15.150 (11,1%)

Retirada/renuncia al tratamiento (incl. alimentación por sonda)	22.500 (17,5%)	27.300 (20,1%)
a. a petición expresa del paciente	5.800 (4,5%)	5.200 (3,8%)
b. sin petición expresa del paciente		
b1. pretendiendo explícitamente acortar la vida	2.670 (2,1%)	14.200 (10,5%)
b2. pretendiendo parcialmente acortar la vida	-	3.170 (2,5%)
b3. teniendo en cuenta la probabilidad de que la vida se acorte	10.850 (8,4%)	7.900 (5,8%)
Terminación deliberada de neonatos		
a. sin retirar o renunciar al tratamiento		10
b. retirando o renunciando al tratamiento y administrando medicación explícitamente para acortar la vida	-	80
Suicidio asistido de pacientes psiquiátricos	-	2-5

REFERENCIAS Y NOTAS

1. *Washington v. Glucksberg* (1997) 117 S Ct 2258; *Vacco v. Quill* (1997) 117 S Ct 2293.

2. Maas, P.J., van der et al. *Medische beslissingen rond het levenseinde*. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij Plantijnstraat, 1991 (traducido al inglés como *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*. Amsterdam: Elsevier, 1992).

3. Véase, por ejemplo, Jochemsen, H., *Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law*. *Journal of Medical Ethics* 1994; 20: 212; Keown, J., *Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope?* En: Keown, J., ed, *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995; cap. 16.

4. Wal, G. van der, Maas, P.J. van der. *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure* [*Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Practice and reporting procedure*]. Den Haag: SDU uitgevers, 1996. Para sumarios de la investigación en inglés véase Maas, P.J. van der, *Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995*. *New England Journal of Medicine* 1996; 335: 1699; Wal, G. van der, *Evaluation*

of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 1996; 335: 1706.

5. Véase referencia 4: 25.

6. Véase referencia 4: tablas 5.3; 6.2; 9.1.

7. Véase referencia 4: tabla 5.5.

8. *Nederlands Juristenblad* 1994; 69 núm. 26: 895ff. Véase asimismo Jochemsen, H., *The Netherlands experiment*. En: Kilner, J.F. et al, eds, *Dignity and dying*. Grand Rapids: Eerdmans, 1996: cap. 12; Hendin, H., *Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure*. New York: W.W. Norton, 1997: cap. 2.

9. Sorgdrager, W., Borst-Eilers, E., *Euthanasie - De stand van zaken*. *Medisch Contact* 1995; 12: 381-4.

10. Kastelij, W.R., *Standpunt hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie*. Utrecht: KNMG, agosto 1995.

11. Véase referencia 4: tabla, 5.4.

12. Véase referencia 4: tabla 5.6.

13. Véase referencia 4: tabla 5.12.

14. Véase referencia 4: tabla 6.2; 92.
15. Véase referencia 4: tabla 6.5.
16. Ello hace pensar en una inquietante incidencia no sólo de la eutanasia no voluntaria, sino también de la involuntaria.
17. Véase referencia 4: tabla 6.4.
18. Véase referencia 4: tabla 6.3.
19. Véase referencia 4: tabla 6.6.
20. Véase referencia 4: tabla 7.2. Esta cifra, calculada a partir de los porcentajes de los investigadores, se estima en las pp. 92-93. De hecho, la cifra de 2.000 resulta conservadora por cuanto se deriva del número total de 20.000 casos resultantes de las entrevistas de los facultativos en vez del total, mayor, de 25.800 del estudio de los certificados de defunción. Explícita es la traducción que efectúan los investigadores de la palabra 'uitdrukkelijk'. Pensamos que una traducción más fiel sería primaria, toda vez que un propósito puede ser explícito aunque secundario o primario aunque implícito.
21. Véase referencia 4: 93.
22. Véase referencia 4: tabla 7.4.
23. Véase referencia 4: tablas 7.3; 7.5.
24. Véase referencia 4: tablas 8.1; 8.3; 8.4.
25. Véase referencia 4: tablas 8.1; 8.3.
26. Véase referencia 4: tabla 8.2.
27. Véase referencia 4: 189.
28. Véase referencia 4: tabla 17.2.
29. La estimación de 15 casos por parte de los investigadores podría atribuirse a su observación de que en el 17% de los casos en que se administraron drogas con intención explícita de acortar la vida (totalizando 15 casos), una de ellas paralizó los músculos y, por tanto, provocó casi de inmediato la muerte, mientras que en una mayoría de los casos en que se administraron drogas en combinación con la retirada del tratamiento, éste se trataba de ventilación artificial y la medicación pudo haber sido administrada para evitar la asfixia.
30. Véase referencia 4: tabla 17.3.
31. Véase referencia 4: tabla 18.1.
32. Véase referencia 4: tabla 18.1.
33. Véase referencia 8: Hendin: cap. 2.
34. Véase referencia 4: tabla 10.1.
35. Véase referencia 4: tabla 10.2.
36. Véase el texto de la página 19 que precede inmediatamente a la referencia 39.
37. Un cierto sesgo en las respuestas de los facultativos podría ser la causa de la discrepancia entre los dos totales. Los autores del informe insinúan que, cuando les pedían que hablasen de su caso más reciente de eutanasia, algunos de los facultativos entrevistados abordaban en realidad un caso reciente que poseía un mayor impacto, probablemente porque había sido comunicado. Véase referencia 4: 113.
38. Véase referencia 4: 102-7.
39. Véase referencia 4: tabla 11.6.
40. Véase referencia 4: tabla 11.8; 225.
41. 14.200 de estos casos no implicaron petición expresa del paciente. En los casos en que éste había rehusado el tratamiento, los médicos pudieron correctamente, de ser su deseo, haberlo omitido por dicha causa, sin tratar por ello de acortar la vida. De modo análogo, como se mencionaba arriba, no está claro en cuántos casos de no tratamiento éste era, de hecho, desproporcionado, pudiendo correctamente haber sido retirado por tal razón sin que los médicos pretendiesen acortar la vida.
42. Véase referencia 4: 240.
43. Véase referencia 4: 240.
44. Véase, por ejemplo, Angell, M., *Euthanasia in the Netherlands- Good news or bad?* *New England Journal of Medicine* 1996; 335: 1677.
45. Véase, por ejemplo, Gomez, C., *Regulating death*. New York: Free Press, 1991; véase referencia 8; Hendin; véase referencia 3; Jochemsen; véase referencia 3; Keown.
46. Si bien reconoce este hecho, el doctor Angell sugiere que los médicos dejan de informar porque encuentran el procedimiento informativo "gravoso" e "intimidante". Véase referencia 44: 1677. Pero es difícil comprender cómo dicho procedimiento -la presentación de un informe al inspector médico local (otro médico) en la seguridad de que si se ha cumplido la normativa no existe posibilidad de procesamiento- puede, de modo

realista, calificarse así. De hecho, muchos médicos admiten que dejan de informar sencillamente porque no desean los inconvenientes de una investigación para ellos ni para la familia (véase texto de la página 19 que precede inmediatamente a la referencia 40).