



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

PENDIENTE RESBALADIZA DE LA MUERTE ASISTIDA
EN LOS PAÍSES BAJOS, BÉLGICA Y COLOMBIA

POR

ANGELA MARÍA GUEVARA BALLÓN

Trabajo final de grado presentado a la Escuela de Medicina de la
Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de
Magister en Bioética

Profesora Guía:

Dra. Paulina Taboada Rodríguez

Julio 2019

Santiago de Chile

© 2019, ANGELA MARÍA GUEVARA BALLÓN

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE FIGURAS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA	3
III. RESULTADOS	6
3.1 Legislación de la MA en los Países Bajos	6
3.2 Legislación de la MA en Bélgica	8
3.3 Legislación de la MA en Colombia	13
IV. DISCUSIÓN	15
4.1 Verificación del fenómeno de la PR	15
4.2 PR e implicancias sociales de la despenalización de la MA	18
4.3 Fundamentos éticos y antropológicos que explicarían el fenómeno de la PR	19
4.4 PR y valoración moral de la MA	22
4.5 Inefectividad de las salvaguardas legales para prevenir el fenómeno de la PR	23
4.6 Limitaciones del trabajo	24
V. CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 2.1: Esquema modificado de la pendiente resbaladiza de Ortega.....	4
FIGURA 3.1: Número de defunciones por muerte asistida en los Países Bajos según el reporte anual de la KNMG	8
FIGURA 3.2: Número de defunciones por eutanasia en Bélgica según la “Commission Fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie (CFCEE)” de de Bélgica	11
FIGURA 3.3: Comparación de defunciones por MA versus muertes totales en los Países Bajos y Bélgica expresado en porcentajes.....	12
FIGURA 3.4: Tasas de defunciones por MA en los Países Bajos o Netherlands, Bélgica (Flandes) y Bélgica (Valonia).....	13
FIGURA 4.1: Moralidad de la MA	22

RESUMEN

En este trabajo se estudia la muerte asistida (MA) desde el punto de vista de las consecuencias sociales. Para ello se investiga el fenómeno de la pendiente resbaladiza (PR), que consiste en la ampliación sucesiva e inevitable de las razones para practicar la MA, después de que esta práctica ha sido autorizada para situaciones inicialmente muy bien definidas y cuidadosamente delimitadas. Se analizan los datos disponibles en algunos países en que se ha legalizado la MA, en concreto: los Países Bajos, Bélgica y Colombia. Los resultados sugieren que se cumpliría este fenómeno y nos entregan más herramientas para el debate sobre una posible legalización de la MA en Chile.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos ha habido en el mundo un cambio de actitud grande frente a temas que tienen que ver con el respeto por la inviolabilidad de la vida humana. En el pasado se valoraba la vida como algo sagrado e inviolable. En la mayoría de los países, hasta fines del siglo XX, estaban prohibidos el aborto y la muerte asistida (MA). Respecto a esta última, con el advenimiento del nuevo milenio empezaron a cambiar las cosas, de modo que en la actualidad hay 5 países en el mundo que han legalizado la eutanasia: Los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia y Canadá. Todos los anteriores, con excepción de Bélgica, además legalizaron el suicidio asistido, que también se realiza en Suiza y en algunos estados de Estados Unidos (Oregon, Washington, Montana, Vermont y California) y en Australia, en el estado de Victoria. Algunos de estos países - Países Bajos, Bélgica y Colombia- también aceptan que la eutanasia se practique en niños y adolescentes. Al presente, la legalización de la MA está siendo discutida también en muchos otros países como, por ejemplo, España¹, Francia², Argentina³, México⁴ y Chile⁵.

El objetivo de este trabajo es investigar si se verifica el fenómeno de la pendiente resbaladiza (PR) después de la despenalización de la MA y analizar las implicancias sociales que este hecho trae consigo. Para ello se elige estudiar los Países Bajos, Bélgica y Colombia porque pueden ser puntos de referencia para el debate sobre la MA en Chile. Los dos primeros, porque fueron los primeros países en legalizarla y sentaron las bases de

¹ Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia.

Extraído el 11 de febrero de 2019 de:

http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf

² Recuperado el 25 de febrero de 2019 de: <http://es.rfi.fr/francia/20180306-eutanasia-en-francia-esta-vez-si>

³ Alonso, J. P., Villarejo, A., Brage, E. (2017). Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa, 1996-2012. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24 (4), pp.1031-1048.

⁴ Recuperado el 25 de febrero de 2019 de: <https://cnnespanol.cnn.com/2017/01/09/ciudad-de-mexico-incluye-el-derecho-a-la-eutanasia-en-su-nueva-constitucion>

⁵ Cámara de Diputados de Chile. Proyectos de ley de Eutanasia. Recuperado el 23 de junio de 2019 de: https://www.camara.cl/pley/pley_buscador.aspx

esta práctica. El caso de Colombia toma especial relevancia para este estudio por ser el más parecido a Chile, al ser un país latinoamericano, con un contexto histórico, socioeconómico, cultural y religioso semejante al nuestro.

El argumento de la PR es ampliamente utilizado en bioética y señala que la consecuencia previsible de la aceptación de un primer marco de condiciones eximentes del deber de respeto irrestricto por la inviolabilidad de la vida humana, inevitablemente llevará a la aceptación en cascada de otras excepciones, que inicialmente se consideraban inaceptables. Este argumento se ha utilizado para la eutanasia, el suicidio asistido y también en el debate sobre el aborto, la fecundación in vitro, el uso de células madre embrionarias, la legalización del uso de drogas, etc. (Cfr. Ortega, 2003, p. 82).

Para realizar este trabajo se utiliza el esquema de PR que propone Ortega (2003). En dicho esquema se plantea que la PR se inicia con la legalización de la eutanasia (paso A) y que, una vez aceptado el paso A, necesariamente se pasará a los pasos sucesivos (B, C y D), no contemplados inicialmente. De este modo, el paso A daría inicio a una cascada inevitable de eventos. Para efectos de este trabajo, se ha introducido una modificación al esquema propuesto por Ortega, pues se concibe a la despenalización de la MA como el primer paso del camino que conduce inevitablemente a la ampliación progresiva de las razones socialmente aceptadas como excepciones al deber de respeto por la vida, en este caso, la MA.

Desde la bioética es relevante estudiar este tema, ya que el respeto por la vida es uno de los fundamentos de esta disciplina. Asimismo, entender bien las repercusiones que traería en la vida cotidiana de los pacientes y familiares, de los médicos y de la sociedad chilena en general la despenalización y legalización de la MA en nuestro país es muy importante para el debate público. Este tema se hace aún más actual y apremiante después de que nuestros Parlamentarios aprobaran la idea de legislar y de que la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprobara una indicación que permite que pacientes menores de edad, a partir de los 14 años, puedan optar por la eutanasia. En efecto, en los últimos meses han trascendido en Chile varios casos emblemáticos de pacientes que solicitaban la MA como un derecho.

II. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se revisó la literatura a través de los buscadores *on line* Google, Google Académico y Research Gate con las palabras “pendiente resbaladiza”, “muerte asistida”, “eutanasia”, “Países Bajos”, “Holanda”, “Bélgica”, “Colombia” en castellano y en inglés. Se revisaron 19 artículos científicos, además de 3 protocolos y resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia, el reporte de la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG, por sus siglas en neerlandés), el informe de la Comisión Federal del Control y la Evaluación de la Eutanasia de Bélgica (CFCEE), y los 4 proyectos de ley de MA presentados al Congreso de Chile, actualmente fundidos en uno solo. Además, se analizaron 4 libros y dos artículos periodísticos sobre el tema.

Según Ortega (2003), la verificación del fenómeno de la PR, podría lograrse a través de dos caminos:

1. El análisis de las causales por las que se pide la MA;
2. La revisión de la persistencia (o no) de los criterios establecidos en la legislación para circunscribir el ámbito de aplicación de la MA. Para ello se deben estudiar o describir los mecanismos o criterios que hacen que la PR corra hacia abajo y/o analizar por qué las medidas que debieron frenar o detener la PR no lo hicieron.

En este trabajo se utilizó el segundo camino, es decir, se estudiaron los criterios que se establecieron inicialmente para despenalizar o legalizar la MA en los tres países estudiados y se analizó si estos criterios fueron reformados, cayendo en la PR,

Para el análisis se utilizó el siguiente esquema, que corresponde a una modificación de la propuesta de Ortega (2003):

Paso A (despenalización de la MA)		
Requisitos o límites:		
1° Plena voluntariedad	si no se cumple -->	Paso B
2° Enfermo terminal	si no se cumple -->	Paso C
3° Dolor o sufrimiento intolerable	si no se cumple -->	Paso D

Figura 2.1: Esquema modificado de la pendiente resbaladiza de Ortega

En dicho esquema se plantea que una vez aceptado el paso A, necesariamente se pasará a los pasos B, C y D. Para efectos de este trabajo, se consideró que el paso A está dado por la despenalización de la MA, que inicialmente debe cumplir con ciertos requisitos. Habitualmente estos requisitos son que el paciente:

- 1° esté en pleno uso de sus facultades mentales y tenga plena voluntariedad,
- 2° tenga una enfermedad terminal sin posibilidad de curación,⁶ y
- 3° padezca dolores físicos o mentales insoportables.

Inicialmente, la despenalización es limitada solo a estas tres condiciones y con penalidades para quienes no las cumplan. Según el argumento de la PR, estas tres condiciones se van incumpliendo, de modo que poco a poco se amplían las causales por las que se permite a una persona recurrir a la MA.

El paso B se daría cuando, después de un tiempo de aprobada la despenalización, no se cumpliera el primer requisito: la plena voluntariedad. Esto sucedería si se autorizara la MA no voluntaria e involuntaria, como -por ejemplo – en caso de pacientes en coma, estado vegetativo persistente, demencia, depresión, recién nacidos con malformaciones, o quienes la piden bajo alguna forma de presión de familiares o cercanos.

El paso C se sucede cuando no se cumple el segundo requisito: enfermedad terminal. Se autorizaría entonces la MA para pacientes con enfermedades crónicas o estado de discapacidad permanente.

⁶ El enfermo terminal ha sido definido por tener una enfermedad patológica grave, de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo en un plazo relativamente breve y que no tiene opciones de tratamiento al momento del diagnóstico. (Cfr. Grupo de Estudios de Ética Clínica de Santiago)

El paso D consiste en permitir la MA para personas que lo solicitan no sólo por tener dolores o sufrimientos insoportables, sino también por otras causas, como el sentimiento de pérdida de dignidad o de autonomía; por mala calidad de vida; por la soledad; por no querer ser una carga económica o emocional para los más cercanos u otros motivos.

Luego de analizar si los datos aportados por la literatura permiten verificar que efectivamente se han ido cumpliendo los pasos sucesivos de la PR en los tres países estudiados, se investigó también el número de defunciones por MA después de su autorización oficial en cada uno de estos tres países. Finalmente se analizan las medidas que debieron detener la PR y no lo hicieron.

III. RESULTADOS

3.1. Legislación de la MA en los Países Bajos

En los Países Bajos se practican eutanasias desde la década del 70. En 1984, a raíz de que esta praxis estaba tan generalizada y de varios casos emblemáticos, la Corte Suprema de los Países Bajos justificó la despenalización bajo ciertos requisitos⁷:

1° La petición de eutanasia debía venir solamente del paciente y ser libre y voluntaria.

(Límite 1)

2° La petición debía ser estable, bien considerada y persistente.

3° El paciente debía experimentar sufrimiento intolerable (Límite 3) y sin perspectivas de mejora (Límite 2).

4° La eutanasia debía ser el último recurso. (Límite 2)

5° El médico debía consultar el caso con otro médico independiente y con experiencia en este campo

El Gobierno encarga hacer una investigación para conocer la práctica real de la eutanasia y en 1991 se publica el primer informe Rimmelink (van der Maas, et.al, 1991), en el que ya se advierte de miles de muertes por eutanasia activa no voluntaria o involuntaria. En este país, la eutanasia neonatal no es una práctica anómala, desde 1993 se realizan eutanasias en bebés recién nacidos con malformaciones o defectos congénitos. En un sondeo de 1997 se revela que el 45% de los neonatólogos han eliminado recién nacidos con la autorización de sus padres⁸ (van der Heide et al., 1997). También se realizan eutanasias en pacientes en coma, en pacientes que sufren depresión, demencia u

⁷ Vega, J., Ortega, I. (2007). La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia en Holanda. *Cuadernos de Bioética*, XVIII, (2007/1ª), p. 90

⁸ Cfr. van der Heide, P.J

otra enfermedad psíquica, cuando su capacidad de buen juicio está comprometida⁹. De esta manera al vulnerarse el primer requisito, de la plena voluntariedad, se estaría pasando al nivel B de la PR.

En 1993 se reglamentó la eutanasia, y pocos meses después se traspasó uno de estos límites cuando no se condenó al Dr. Chabot por asistir al suicidio a una paciente con depresión como única enfermedad, no tenía una enfermedad incurable, ni estaba en estado terminal. Luego se retiraron otras once acusaciones de casos de eutanasia de enfermos no terminales¹⁰. En 1995 el parlamento admitió que la eutanasia se podía aplicar a pacientes que experimenten sufrimiento no solo físico, sino también moral. Luego la KNMG manifestó que no era importante la distinción entre el sufrimiento físico o mental, o que el paciente estuviera o no en etapa terminal¹¹, quebrantando el segundo requisito, que precisa que el paciente se debe encontrar en fase terminal de su enfermedad, descendiendo así al nivel C de la PR.

También se ha descendido al nivel D al permitir la eutanasia no sólo a pacientes con dolor o sufrimiento intolerables, sino a personas que tenían otros motivos para acabar con sus vidas: presiones familiares, económicas, estar “cansado de vivir” o sentimiento de “vida completada”. Finalmente, en 2002 se promulga la “Ley de verificación de la terminación de la vida a petición y suicidio asistido”, en la cual se reconoce valor a la declaración de voluntad anticipada y la aceptación de la eutanasia aplicable abiertamente a niños y adolescentes de entre 12 y 16 años con autorización de sus padres y entre 16 y 18 sin necesidad de la autorización de sus padres.

La figura 3.1 muestra las cifras de número de defunciones por MA del último informe anual de la KNMG desde 2006 hasta 2017. Llama la atención el aumento

⁹ Cfr. CAL (Comisión para las acciones de terminación de la vida) KNMG, *Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel III: Ernstig demente Patiënten*, (Discusión sobre las acciones de terminación de la vida de pacientes incapacitados mentales. Cap III: Pacientes con demencia grave), Utrecht 1993, pp.40-50. IDEM, *Medical Treatment around the End of Life of Patients Who Cannot Form their Will*, Utrech 1997.

¹⁰ Cfr. Medisch Tuchtcollege Amsterdam. (1995) *Psychiater berispt voor hulp bij zelfdoding. Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam*, 6-II-1995, Medisch Contact, 21, 668-674.

¹¹ Cfr. Kastelijjn, WR. (1995). *Standpunt Hoofbestuur KNMG inzake euthanasie 1995*, Medisch Contact, 33-34, pp. 1037-1038.

constante y creciente del número total de defunciones por MA, que se ha ido verificando en los Países Bajos. En los 11 años mostrados en la figura 1, el número se ha triplicado.



Figura 3.1: Número de defunciones por muerte asistida en los Países Bajos según el reporte anual de la KNMG¹² (Eutanasia en números)

3.2. Legislación de la MA en Bélgica

En Bélgica, al igual que en los Países Bajos, la MA era una práctica común incluso antes de que fuera legalizada. Un estudio del año 2001 (antes de su legalización) reporta que al menos el 4,5% de las defunciones totales fueron por MA y, por lo tanto, de manera ilegal (Saad, 2017, p.184). En este país no hubo una previa despenalización, sino que después de 12 propuestas de ley, en 2002 se aprobaron 2 leyes: En septiembre la “Ley

¹² Recuperado el 19 de Febrero de 2019 de: <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=c084a9a6-956d-48a9-82b3-7f8c08bde642&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=94>

relativa a la eutanasia”¹³: y en noviembre la “Ley relativa a los cuidados paliativos”. En este país no se permite el suicidio asistido. Además, se crea la Comisión Federal para el control y evaluación de la eutanasia (CFCEE), sin embargo, muchas veces dicha comisión se preocupa más de proteger a los médicos que trasgreden las leyes, que de controlar que se cumplan los requisitos legales, razón para la cual fue creada (Vega, 2007, p.82).

La ley relativa a la eutanasia señala que el médico no comete delito si se asegura del cumplimiento de los siguientes requisitos:

1° El paciente debe ser mayor de edad o menor emancipado, capaz, consciente, la debe pedir con plena voluntad, de forma escrita y reiterada en un mes desde la petición por escrito. (Límite 1)

2° El paciente se debe encontrar en estado terminal y el médico debe informar al paciente de su estado de salud, ofrecer cuidados paliativos y sus consecuencias.

(Límite 2)

3° El paciente debe presentar sufrimiento físico o psíquico intolerable y debe llegar a la convicción de que la eutanasia es la única solución posible. (Límite 3)

Respecto al requisito de la plena voluntariedad, un estudio hecho entre junio y noviembre de 2007, en el que se reportan 208 muertes por fármacos, 66 fueron realizadas sin un pedido explícito, lo cual sugiere que se realizó un número significativo de eutanasias involuntarias (Saad, 2017). También Vega (2007b) cita varias situaciones en que este requisito no se respeta. Por ejemplo, 14 declaraciones en las que no hubo petición escrita, el caso de una enferma a quien se le aplica eutanasia sin haberla solicitado, el no cumplimiento de los plazos de solicitud de eutanasia para asegurarse que la petición sea actual “voluntaria, reflexiva y repetida” y no un capricho del momento. Además de lo anterior, han aparecido varios casos emblemáticos, de enfermos a los que se aplica la

¹³ Ley relativa a la eutanasia belga. Recuperada el 28 de Febrero de 2019 de: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

eutanasia sin petición explícita del paciente, (Vega, 2007b, p. 81) en los que no se cumplió este primer requisito pasando al nivel B de la PR.

Sobre el segundo requerimiento, de enfermedad en fase terminal, ya desde la primera eutanasia “legal” no se cumplió con este requisito, porque se ha aplicado la eutanasia no solo a pacientes en fase terminal, sino a pacientes con sufrimiento, con enfermedad degenerativa o crónica, situación que se ha repetido muchas veces, descendiendo la PR al nivel C. Sobre el requisito de dolor insoportable, se sabe que se practican en Bélgica eutanasias por otros motivos más allá del dolor o sufrimiento intolerable, por razones como “desesperanza”, “pérdida de dignidad”, “pérdida de autonomía”, “baja calidad de vida”, etc., (Vega, 2007b, p. 84) descendiendo la PR al nivel D.

Luego, en 2014, se amplía en la legislación la autorización para realizar eutanasias en menores, sin poner un límite mínimo de edad, solamente se les exige tener conciencia y discernimiento. Esto convierte a Bélgica en el país que tiene la ley de MA más liberal del mundo.

Desde la legalización de la eutanasia en el año 2002, el número de defunciones por eutanasia en Bélgica aumentó considerablemente, tal como lo muestra el informe anual de la CFCEE y se puede apreciar en la Figura 3.2. Además, llama la atención la diferencia regional que se observa en las cifras disponibles en este país. El número de casos de MA en la zona de Flandes (cerca de los Países Bajos y de lengua neerlandesa, mostrado en color rojo) es más del triple que en la zona de la Valonia (cerca de Francia y de lengua francesa, graficado en color verde).

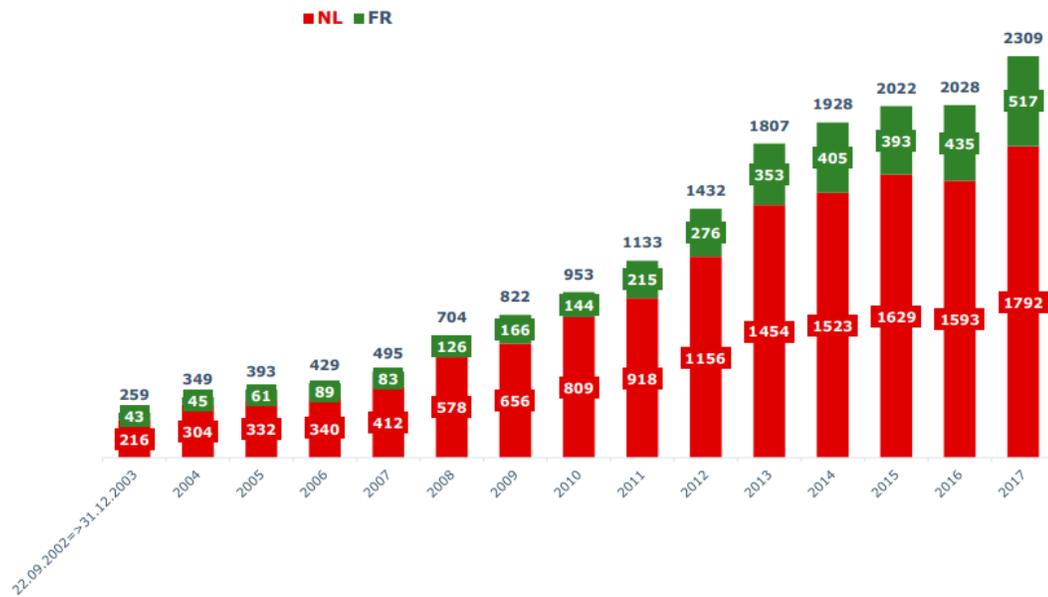


Figura 3.2: Número de defunciones por eutanasia en Bélgica según la “Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie (CFCEE)” de Bélgica¹⁴. La separación de colores depende de la zona en que viven: En rojo la zona de Flandes (columna inferior) y en verde la zona de Valonia (columna superior).

En la figura 3.3 se muestra una comparación en porcentajes de las defunciones por MA en los Países Bajos y Holanda. En ambos países, luego de la despenalización/legalización de la MA, el porcentaje de MA en relación al número total de muertes se ha triplicado en estos doce años.

¹⁴ Recuperado el 20 de Febrero de 2019 de: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf

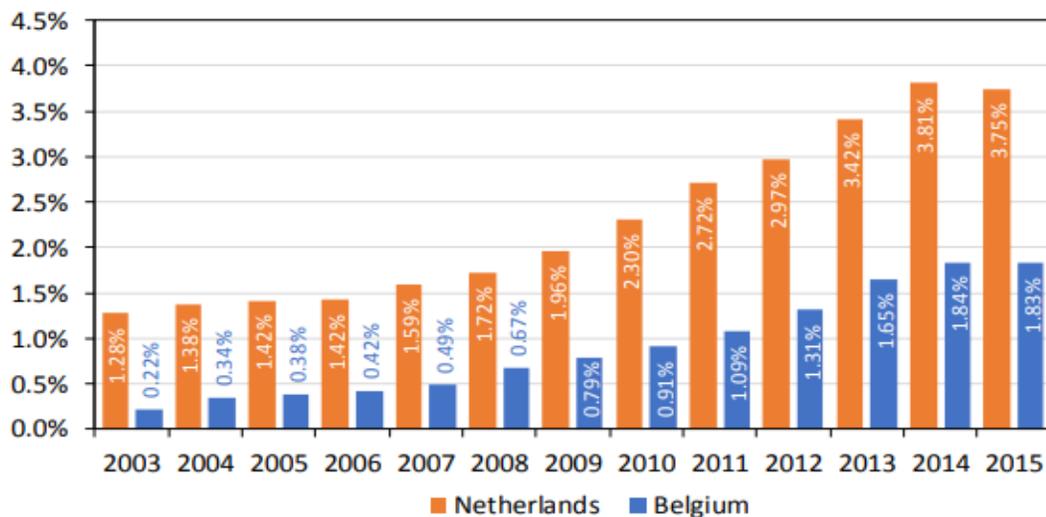


Figura 3.3: Comparación de defunciones por MA versus muertes totales en los Países Bajos y Bélgica expresado en porcentajes¹⁵.

En la figura 3.4 también se ve la comparación entre los Países Bajos y Bélgica, pero además se diferencia en Bélgica a la zona de Flandes (cerca de los Países Bajos) de la zona de Valonia (cerca de Francia). Se observa que en la zona de Flandes hay más casos de MA en comparación con la zona de la Valonia. También se observa que en el 2003 el porcentaje se cuadruplica y en 2015 se triplica.

¹⁵ Cfr. Ibidem

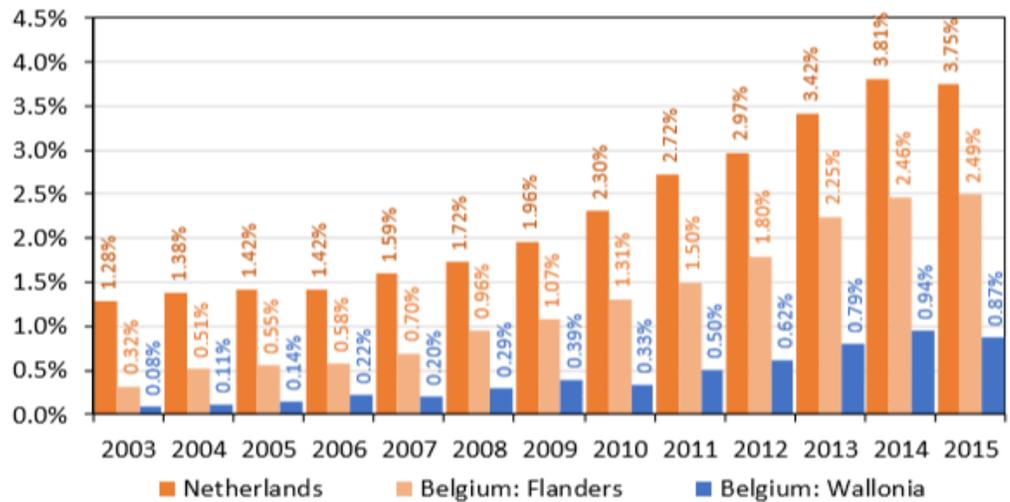


Figura 3.4: Tasas de defunciones por MA en los Países Bajos o Netherlands (barras naranja oscuro), Bélgica (Flandes, barras naranja claro) y Bélgica (Valonia, barras azules)¹⁶.

3.3.Legislación de la MA en Colombia

Colombia es el único país de América Latina que ha autorizado la MA. En 1997 se despenalizó dicha práctica, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos que realicen una eutanasia por petición de un paciente y se le calificaba como: “homicidio por piedad”. Para que la petición de MA fuera acogida debía cumplir con los siguientes requisitos: (Díaz Amado, 2017)

- 1° Que el sujeto del procedimiento fuera un enfermo terminal;
- 2° Que estuviera bajo intenso sufrimiento o dolor;
- 3° Que el sujeto hubiera solicitado, de manera libre y en uso pleno de sus facultades mentales, la realización del procedimiento;
- 4° Que dicho procedimiento lo realizara una persona calificada, es decir, un médico.

¹⁶ Cfr. Ibidem

Sin embargo, a pesar de que la MA fue despenalizada, no tenía un marco legal que la reglamentara, lo cual dio paso a una serie de irregularidades y, en la práctica, falta de control. Ejemplo de lo anterior es el médico colombiano Gustavo Quintana, quien declaraba públicamente en 2012 que había realizado 102 eutanasias desde la década del 80 (es decir, antes de su despenalización), sin haber tenido ningún problema legal (Quintero, 2012).

Desde 2014, la eutanasia se encuentra legalizada mediante la Sentencia T-970 del 2014, proferida por la Corte Constitucional, por medio de la cual le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) emitir una directriz para que todas las prestadoras del servicio de salud conformen un grupo interdisciplinario de expertos, que debe entrar en función cuando se solicite el derecho a morir dignamente. Así, se expidió, en el año 2015, el “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”.

En marzo de 2018, el MSPS de Colombia publicó una resolución por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños y niñas (de 0 a 12 años de edad) y adolescentes (de 12 a 18 años de edad), que incluye la oferta de cuidados paliativos.

Al imitar Colombia muchas de las disposiciones de los Países Bajos y Bélgica, se podría presumir que la MA también iría deslizándose por la PR, incluso más rápidamente que los países europeos. Ejemplo de lo anterior, es que inicialmente los dos países europeos no permitieron la MA a menores de edad, sino hasta después de varios años. Colombia en cambio, rápidamente reglamentó esta práctica para menores, incluso superando los requisitos de los otros países al permitirla desde recién nacidos. Al respecto, afirma Gamboa-Bernal (2017): “Con esta nueva sentencia no es posible negar que Colombia sigue la legislación holandesa y belga, típicos ejemplos de la llamada pendiente resbaladiza” (p. 201).

En el caso de Colombia no se dispone de cifras oficiales que permitan analizar cómo se ha comportado el número de MA desde que entró en vigor la reglamentación actualmente existente, como hemos hecho en el caso de los países europeos.

IV. DISCUSIÓN

4.1. Verificación del fenómeno de la PR

En esta revisión sobre el fenómeno de la PR se puede ver que en los tres países estudiados - Países Bajos, Bélgica y Colombia- las cifras disponibles muestran que, luego de la despenalización/legalización de la MA, el número total y el porcentaje de casos de MA sobre las muertes totales se ha triplicado en los Países Bajos y Bélgica (Figuras 3.3 y 3.4), lo cual indica una liberalización de esta práctica y sugiere el cumplimiento de la PR. Aunque para el caso de Colombia no disponemos de cifras oficiales, podemos suponer que la situación no debe ser muy diferente.

Los Países Bajos y Bélgica, al ser los primeros países que permitieron la MA, pusieron los cimientos de esta práctica y luego fueron cayendo por la PR al descender desde el nivel A hacia los respectivos niveles B, C y D. En efecto, las leyes que restringían inicialmente los casos de petición de MA a determinados límites, después de un tiempo se fueron relajando. Colombia sigue los mismos pasos que los dos países europeos, por lo que se prevé igual destino. Chile, al compartir semejanzas culturales y religiosas con Colombia, no llamaría la atención que siguiera el mismo camino de la PR, si se llegara a legalizar la MA.

Analizando los datos oficiales de la KNMG de los Países Bajos y de la CFCEE de Bélgica, se observa que el número de defunciones por MA aumenta después de la despenalización/legalización de la MA en estos dos países. Según estas fuentes, solo un bajo porcentaje de las muertes totales del país, que no supera el 4% del total de muertes, es causada por MA. (Lampert, 2019). Sin embargo, otras investigaciones (van de Maas, et.al, 1991) revelan que estas cifras oficiales no coinciden con las cifras reales, ya que con frecuencia los médicos falsifican o manipulan las actas de defunción para que la muerte aparezca por causas naturales y no por MA. Ya en el año 1992, antes de la despenalización de la MA en los Países Bajos, el informe Remmelink, mostraba que casi el 90% de los médicos no declaraban las eutanasias que practicaban. En Bélgica sucede lo mismo:

muchas veces los médicos omiten informar los casos de MA, porque no conocen los procedimientos o porque prefieren evitarse problemas de supervisión o hacer trámites engorrosos.

Si comparamos los datos de defunciones por MA en los Países Bajos y Bélgica, (según muestra la figura 3.3), encontramos que se presentan muchos más casos de MA (el doble o el triple) en los Países Bajos, que en Bélgica. Esto se puede deber a la progresiva secularización de los neerlandeses, gran parte de ellos consideran que a la eutanasia sólo se opone un dogma religioso, y las razones no religiosas contrarias a la eutanasia son desconocidas para muchos (Saad, 2017, p. 186). Esta práctica se ha introducido de tal manera en su cultura, que se puede decir que se ha “normalizado”.

Por otro lado, los medios de comunicación han hecho publicidad desde hace varias décadas describiendo la MA como “un acto valeroso, sabio, progresista, de gran ayuda para la familia, por la sociedad y por uno mismo” (Vega & Ortega, 2007, p. 100). Toni Saad (2017) opina que, en Europa en general, hay una tendencia a la aceptación de la eutanasia y eso coincide con una mayor disminución de la religiosidad. La ley de eutanasia, por lo tanto, puede ser la materialización de este sentimiento (p. 186). Esta influencia llega también a Bélgica como se puede ver al observar las figuras 3.3 y 3.4, se nota que se realizan más procedimientos de MA en la región de Flandes (vecina a los Países Bajos) en comparación con la región de Valonia (al sur de Bélgica, vecina de Francia).

Valga puntualizar que en Bélgica no está permitido el suicidio asistido, solamente la eutanasia, a diferencia de los Países Bajos, en que se permiten ambas prácticas, razón que también podría explicar el mayor número de casos de MA en los Países Bajos. También es importante mencionar que en Bélgica no se requiere que el paciente resida en ese país o sea belga para pedir la eutanasia, aunque sí es necesario que el médico tratante lo sea, lo que ha generado que se dé un “turismo de muerte”, es decir, gente que viaja a

ese país para que se le aplique la eutanasia¹⁷. Esto además ocasiona que muchas veces el médico que practica la eutanasia no haya tenido mucha relación con el paciente al cual se la aplicará.

En el caso de Colombia no hay datos oficiales porque hace relativamente poco tiempo que se autorizó la MA y porque tampoco existe algún organismo regulador del Estado que controle o fiscalice los casos de MA. (Lambert, 2019, p.8). Sin embargo, se podría suponer que la situación no difiera mucho de lo observado en los otros países.

Se suele argumentar que la despenalización/legalización de la MA podría permitir a las autoridades controlar y restringir la práctica clandestina de la MA y así detener su práctica abusiva. Así mismo, se afirma que las autoridades podrían tener una mejor información del número de casos reales de MA. Sin embargo, se ha visto que, una vez que se traspasan los límites o requisitos iniciales (plena voluntariedad, enfermedad terminal y dolor insoportable), es muy difícil **impedir** que se traspasen nuevos límites y esto desencadena el deslizamiento por la PR. La consecuencia es el aumento de casos de defunciones por MA, como lo muestran las cifras disponibles.

Una posible explicación del fenómeno observado es que, después de que se traspasan los límites iniciales del respeto por la inviolabilidad de la vida, hay algunos “motores” que ayudan a que corra la PR. Estos “motores” serían, por ejemplo, el respeto por la autonomía de la persona y el individualismo a toda costa; la compasión que siente el médico o los familiares por la persona sufriendo y que consideran que aplicándole la MA sería la única manera de calmar su sufrimiento; los problemas que hay en los sistemas de seguridad social de muchos países que no se dan abasto para atender a todos los pacientes como merece su dignidad de personas. Finalmente, y quizás el que arrastra con más fuerza la PR, es la estrategia de los movimientos pro eutanasia que hacen un *lobby*

¹⁷ Euthanasia “tourists” rush to Belgium for free lethal injections with a staggering 2,023 medically killed last year. Disponible en: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3748787/Euthanasia-tourists-rush-Belgium-free-lethalinjections-staggering-2-023-medically-killed-year.html>

muy bien organizado a nivel de gobiernos, organismos internacionales, publicidad, etc. (Ortega, 2003, p.100).

4.2. PR e implicancias sociales de la despenalización de la MA

El deslizamiento por la pendiente resbaladiza luego de la despenalización de la MA tiene graves implicancias. Aceptar la legalización de la MA trae necesariamente consigo que la gente más vulnerable y dependiente pueda sentirse presionada a solicitar la MA. La sociedad comienza a tener una “cultura de muerte”, en la que la despenalización y legalización puede ser seguida de una “normalización” progresiva de esta práctica y las presiones sociales para ejercerla sean más fuertes, especialmente en los más viejos, enfermos y discapacitados que pueden ser considerados un estorbo o que consumen unos recursos que se pudieran emplear mejor en pacientes con mejores perspectivas de vida. Al existir esta posibilidad, el enfermo se vería casi en la obligación de solicitarla para no sentir que es una carga para sus seres queridos.

En el ámbito médico, causaría cambios profundos en la práctica médica ya, que la MA no es un acto médico, según lo que tradicionalmente se concibe como los fines propios de la Medicina. El médico está para aliviar el dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades, pero no para causar la muerte de un paciente; a mediano plazo se perdería el interés por estudiar las enfermedades geriátricas y sería “otorgarle al médico la función social de disponer de las vidas” (Zurriarán, 2019, p.28).

Al existir la MA como alternativa, se descuida el desarrollo de los cuidados paliativos, que son una manera de tratar todas las dolencias del paciente integralmente, ya que tratan de ayudar y atender a la persona en su totalidad, en los aspectos físico, psíquico, social y espiritual, permitiendo que la persona pueda morir en paz.

Asimismo, la despenalización de la MA introduce cambios profundos en los valores éticos en la sociedad, especialmente en lo que se refiere al modo de comprender

el respeto por la dignidad de la persona y al considerar la vida como un bien disponible, por parte del enfermo o de sus familiares.

Estos cambios en la definición de los fines de la medicina y en los valores socialmente aceptados podría causar en los enfermos el temor de acudir a un centro asistencial por la posibilidad de ser sujeto de eutanasia involuntaria. Al respecto señala Ortega (2003): “La práctica extendida de la eutanasia involuntaria ... ha provocado, además, una desconfianza y un deterioro en la convivencia” (p.97). En definitiva, al legalizar la MA se atenta contra del bien común y no se respeta el bien de la vida, donde se sustentan todos los derechos humanos. (Cfr. Gómez-Lobo, 2006, p. 30).

En Chile, actualmente se discute en el Congreso una propuesta de ley de eutanasia, que nace de la unión de 4 proyectos de ley previos. Todos coinciden en legalizar la eutanasia con los siguientes requisitos: ser mayor de edad, tener plena voluntariedad, enfermedad terminal y tener sufrimiento físico o mental constante e insoportable. En uno de los proyectos previos, el de enero de 2018 se propone, además, que sea permitida a enfermos no terminales. Hace poco, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprobó una modificación a dicha propuesta de ley, permitiendo que pacientes menores de edad, a partir de los 14 años, puedan solicitar la eutanasia. De esta manera, en Chile, antes de que se apruebe una ley de MA, ya se está proponiendo una indicación que ejemplifica el fenómeno de la PR, según el esquema de Ortega.

4.3. Fundamentos éticos y antropológicos que explicarían el fenómeno de la PR

La lógica intrínseca de los argumentos que llevan a una sociedad a despenalizar y/o legalizar la MA conduce necesariamente al fenómeno de la PR. La explicación de ello la encontramos básicamente en la forma de concebir dos principios éticos: el principio de autonomía, que afirma el respeto por las decisiones tomadas libremente por el paciente y el principio de beneficencia, comprendido como la búsqueda del bienestar del paciente.

Mendoza-Villa & Herrera-Morales (2016) opinan que, desde un estricto punto de vista legal, el derecho a vivir no se puede poner por encima de la libertad individual en todos los casos y se apoyan en la sentencia C-239/97 de Colombia que señala: “*Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas*”. Ante lo cual Gómez-Lobo (2006) respondería lo siguiente: “La vida antecede a la libertad. Tenemos que estar vivos (y poseer cierta madurez biológica) para poder ejercer plenamente nuestra libertad. Es en este sentido, entonces, que la vida es más fundamental que la libertad” (p.49). Y luego agrega, que el respeto a la autonomía no garantiza que el acto realizado sea éticamente correcto y que más bien, es éticamente incorrecto actuar con la intención de matar a una persona inocente, que es lo que se hace en la MA.

El principio de autonomía es válido, justo y merece ser respetado, pero no puede ser tomado aisladamente. Junto con la autonomía existen otros principios que también deben ser tomados en cuenta, como el de no maleficencia. El que colabora con la MA a petición del enfermo por respetar su autonomía está violando el principio de no maleficencia que manda el *primum non nocere*, primero no hacer daño, y el peor daño es quitarle la vida a una persona, aunque ésta lo solicite, así que también se estaría violando el principio de defensa de la vida física del hombre. Elio Sgreccia (2012) sostiene que la vida corporal “no representa algo extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona misma” (p. 218). Más adelante agrega: “antes que el derecho a la libertad, está el derecho a la defensa de la vida; en otras palabras, ante todo la libertad debe hacerse cargo responsablemente de la vida propia y de la ajena” (p. 222).

¿Se puede hablar de “derecho” a morir? ¿Se podría considerar que la vida -propia o ajena- es un “bien disponible”? Uno puede tener derecho sobre algo que posee, sin embargo, la vida se nos ha dado, es un regalo porque no se la da uno mismo, por lo tanto, cómo podríamos disponer de ella si no nos pertenece. Reflexionando sobre la autonomía, Keown (2018) se pregunta cuándo y bajo qué circunstancias, una persona tiene la capacidad mental de elegir y consentir la MA. El concepto de capacidad tiene relación con el paciente para solicitarla y con el médico para consentirla. Para los médicos el criterio

para decidir es simplemente el juicio clínico individual, lo cual puede ser muy subjetivo y variable. Lamentablemente, la mayoría de médicos reciben poco o ningún entrenamiento en tomar este tipo de decisiones, especialmente los médicos sin experiencia en psiquiatría. Esto último es muy importante porque muchas veces la capacidad de los pacientes se ve afectada por la depresión y no es verdaderamente libre para tomar una decisión tan importante como es solicitar la MA. Sucede que muchos médicos no saben reconocer la depresión o cómo tratarla en pacientes terminales (Ortega, 2003, p. 89). Cuando la depresión se trata adecuadamente muchos pacientes se recuperan de esta, viven felices y luego se arrepienten de haber pensado en algún momento en pedir la MA.

Otro principio ético que subyace al fenómeno de la PR es el de beneficencia, comprendido al modo utilitarista, es decir, como la obligación de promover el bienestar y evitar el dolor/sufrimiento del paciente. Quienes rodean al paciente buscan su bienestar y sienten compasión por la persona sufriendo, a quien hay que comprender y hacer todo lo posible por calmar su gran pesar. La MA es concebida como la manera de atender al sufrimiento del otro, olvidando el deber de respetar el derecho a la vida que tenemos todos los seres humanos. El problema de este criterio es su carácter subjetivo y hedonista. El sufrimiento y el dolor son subjetivos y muy difíciles de medir, valorar, comparar o sopesar, dependerá de cada persona, de cuánto es capaz de soportar y de sus circunstancias.

Desde el punto de vista de las consecuencias sociales de la MA, como afirma Ortega (2003), cabría destacar que el riesgo del deslizamiento por la PR es “dejar desprotegidos a los grupos más vulnerables de nuestra sociedad: los que carecen de salud, de medios, de voz o ninguna forma de defenderse”, que muchas veces buscan la MA por otros motivos como desesperanza, sentimiento de pérdida de dignidad o de autonomía, baja calidad de vida, etc. Por lo tanto, ¿quién decidiría cuál sería el grado de dolor que permitiría la MA? Dependería del criterio del médico, pasando ellos a ser jueces o ejecutores de la vida y de la muerte. En definitiva, sea cual sea la enfermedad que se tenga, el tener un dolor insoportable o el perder la autonomía no significa perder la dignidad, porque ésta es un atributo intrínseco al ser humano y nunca se puede perder.

4.4. PR y valoración moral de la MA

El fenómeno de la PR apunta a las consecuencias sociales de la despenalización de la MA. Pero más que las consecuencias, lo importante es la valoración moral del acto mismo de la MA ya que “la moralidad de una acción no depende de sus consecuencias sino sólo del cumplimiento de la norma que la rige” (Gómez-Lobo, 2003).

Para estudiar la moralidad de la MA de acuerdo con la teoría de la acción cabe hacer las siguientes preguntas: “¿Quién hizo qué y por qué lo hizo?” (Gómez-Lobo, 2006). La figura 4.1 sintetiza las dos primeras preguntas:

	¿Quién lo realiza?	¿Qué realiza?
Suicidio	persona que muere	quitarse la vida
suicidio médicamente asistido	persona que muere	quitarse la vida
Eutanasia	trabajador de la salud	quitar la vida a alguien intencionalmente
dejar morir	trabajador de la salud	permitir que la muerte ocurra naturalmente

Figura 4.1: Moralidad de la MA

Respecto a la pregunta por la intencionalidad, cabe mencionar que en la MA siempre está presente la intención de quitarle la vida a un ser humano. En cuanto eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente, la MA es un acto intrínsecamente malo, dado el valor inviolable de la vida humana. El primer bien que debe ser universalmente reconocido es el bien de la vida y el derecho de todo ser humano a ella - en virtud de su común humanidad y de la dignidad inherente inalienable, que la sustenta. En esto se fundamenta el derecho a no ser matado intencionalmente. De este primer bien derivan y en él se sustentan todos los demás bienes, llámense autonomía, libertad, amor, felicidad, etc.

Por tanto, cuando en una sociedad se autoriza que algunos ciudadanos puedan privar voluntariamente de la vida a una persona, sin que esto tenga repercusiones legales,

se estaría discriminando arbitrariamente a algunos seres humanos, “lo cual constituiría un grave atentado contra la igualdad y contra los derechos fundamentales de la persona”¹⁸

4.5. Inefectividad de las salvaguardas legales para prevenir el fenómeno de la PR

Los frenos o salvaguardas de la PR son las medidas destinadas a detener la caída de una sociedad por la pendiente tras despenalizar/legalizar la MA. Keown (2018) menciona dos argumentos para demostrar la falacia que se esconde tras el establecimiento de estos supuestos frenos o salvaguardas: el argumento empírico y el argumento lógico.

Como señala Keown (2018) no hay guías prácticas y estrictas para regular la MA y, aun cuando estas existieran, sería muy difícil controlarlas o hacerlas cumplir, porque siempre va a haber una tendencia incontrolable e inevitable a aplicar la MA en los casos en que los requisitos de plena voluntariedad, enfermedad terminal y/o dolor insoportable no estén muy claros. Por lo tanto, aun cuando existen frenos o salvaguardas para prevenir la caída de la PR estos no son efectivos., pues ningún Estado tiene la capacidad efectiva de controlar su estricto cumplimiento. A esto último Keown (2018) le ha llamado el argumento empírico.

El argumento lógico de Keown sostiene que, si se autoriza la MA para los sujetos que cumplen con los requisitos de plena voluntariedad, enfermedad terminal y/o dolor insoportable, ¿por qué no se podría autorizar para quienes no cumplen esos requisitos? Eso sería una discriminación para estos últimos. Compartiendo esta opinión, Ortega (2003) señala que, si el derecho a morir existe y si se basa en la autonomía, entonces eso debería ser suficiente para que una persona pida la MA, sin poner otras restricciones, ni considerar las circunstancias; tendría derecho a pedirla cualquier persona, sea paciente terminal o no, sea motivada por sufrimiento o no.

¹⁸ Congregación para la doctrina de la fe, Instrucción *Donum vitae*, o.c. III

4.6.Limitaciones del presente trabajo

Este trabajo tiene algunas limitaciones. Una de ellas es suponer que el incremento del número de casos de MA observado después de la despenalización/legalización en los países estudiados podría constituir -en sí mismo- una demostración del traspaso progresivo de los límites legales establecidos inicialmente en los distintos países y, por tanto, que sería una forma de verificar el cumplimiento del fenómeno de la PR, Sin embargo, el aumento de las cifras no necesariamente demuestra que se están traspasando las salvaguardas legales para la MA. Para confirmar lo anterior, habría necesidad de hacer un estudio empírico de causalidad de la MA, lo cual no se hace en este trabajo.

Por otro lado, el análisis de las cifras de MA en los países estudiados se basó en el número de defunciones por MA declaradas en los reportes oficiales, tanto en los Países Bajos, como en Bélgica. No obstante, es probable que ese número no corresponda a las cifras reales, ya que hay estudios que denuncian la existencia de un cierto grado de omisión de los médicos al informar los casos. Finalmente, en el caso de Colombia no se cuenta con cifras oficiales para poder sacar conclusiones más precisas sobre la práctica de la MA y sus repercusiones sociales.

V. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo muestran algunas de las consecuencias sociales que se siguen necesariamente de la despenalización/legalización de la MA. Estas consecuencias nos invitan a considerar la fuerza de la PR, ya que una vez que se vencen los límites del respeto por la inviolabilidad de la vida humana, no es posible que las salvaguardas o frenos logren detener su deslizamiento. Después de un tiempo de aprobación de la MA fundamentada en el respeto por la autonomía individual, ésta se termina aplicando a personas que no la han solicitado o consentido, como son los niños, los enfermos mentales, los pacientes en estado de inconciencia. Por otro lado, aunque se comience consintiendo la MA exclusivamente para pacientes terminales, que experimentan un sufrimiento insoportable, inevitablemente se llega a aprobarla también para personas que tienen alguna enfermedad crónica (no terminal); a pacientes que manifiesten dolor o sufrimiento existencial, como ha ocurrido en los Países Bajos y Bélgica. Finalmente, se podría llegar a aceptar las solicitudes de MA por cualquier otro motivo.

Al ponerse en práctica la MA como la solución para aliviar el sufrimiento, se descuida el desarrollo de la medicina paliativa y la aplicación de los cuidados paliativos. Es sabido que las leyes cumplen un rol pedagógico en la población. Cuando las leyes se aprueban, las personas en cierta forma se ven “forzadas” a cumplirlas, aun cuando vaya en contra de sus principios.

Por último, este trabajo representa una invitación a escuchar atentamente los testimonios y las lecciones de las personas y sociedades que han vivido la realidad de la despenalización/legalización de la MA, donde no ha sido posible detener sus abusos, riesgos y daños, y a meditar sobre las consecuencias que podría tener para nuestro país una eventual despenalización/legalización de la MA. Es imperiosa la necesidad de que nuestros legisladores actúen con extrema prudencia, justicia y responsabilidad, tomando el verdadero peso al paso que están proponiendo dar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cámara de Diputados de Chile. Proyectos de ley de Eutanasia. Recuperado el 23 de junio de 2019 de:

https://www.camara.cl/pley/pley_buscador.aspx

Comisión general para el control de la eutanasia de Bélgica. (2016-2017). Recuperado el 20 de febrero de 2019 de:

http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf

DeGrazia, D. (2005). *Human identity and Bioethics*. Cambridge University Press. New York.

de Jong, A., van Dijk, G. (2017). La eutanasia en los Países Bajos: el equilibrio entre la autonomía y la compasión. Recuperado el 19 de Febrero de 2019 de:

<https://www.knmg.nl/web/file?uuid=864cf07f-d54b-418e-9575-97041efec710&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=68682>

Delgado Rojas, E., J. (2017). Eutanasia en Colombia: Una mirada hacia la nueva legislación. *Justicia* (31), pp. 226-239

Díaz Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista Bioética y Derecho*, 40, pp.125-140.

Francis, N. (2016). Assisted dying in practice in Benelux: Whitepaper 1. Dying for choice.com. Extraído el 23 de mayo de 2019 de:

<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/16-AssistedDyingBenelux.pdf>

Gamboa-Bernal, J. (2017). Itinerario de la eutanasia en Colombia. Veinte años después. *Persona y Bioética*, 21 (2), pp. 197-203

Goyarrola, R. El rechazo de Finlandia a la eutanasia, cinco años de batalla paso a paso. Extraído el 11 de febrero de 2019 de:

<https://www.bioeticaweb.com/el-rechazo-de-finlandia-a-la-eutanasia-cinco-anos-de-batalla-paso-a-paso/>

Gómez-Lobo A. (2006). *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Mediterráneo, Santiago de Chile.

- Grupo de estudio de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. (2000). El enfermo terminal. *Revista Médica de Chile*. 128 (5), pp. 547- 552.
- Keown J. (1998). The Legal Revolution: From "Sanctity of Life" to "Quality of Life" and "Autonomy". *Journal of Contemporary Health Law & Policy* 14 (2), pp. 253-285.
- Keown, J. (2018). The slippery Slope Arguments en *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. (2da Ed.), (pp. 67-89). Cambridge University Press.
- KNMG (2018). Reporte anual eutanasia en números. Recuperado el 19 de febrero de 2019 de:
<https://www.knmg.nl/web/file?uuid=c084a9a6-956d-48a9-82b3-7f8c08bde642&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=94>
- Lampert, M.P. (2019). Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
- Mendoza-Villa, J., Herrera-Morales, L. (2016). Reflexions on euthanasia in Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 44(4), pp. 324–329.
- MSPS (2015a): “Resolución 1216 (20 de abril)”. “Directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 18 de febrero de 2019 de:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm
- MSPS (2015b): “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social.
 Recuperado el 18 Feb 2019:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
- MSPS (2018): “Resolución 825 (9 de marzo)” Sobre “Derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”. Recuperado el 18 Feb 2019 de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>
- Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
 Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Saad, T. (2017). Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review. *Issues in Law & Medicine*, 32 (2), pp. 183-204.

- Sgreccia E. (2012). *Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid.
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I., (2012). La Eutanasia en Bélgica. *Rev Esp Salud Pública*, 86, (1), pp. 5-19.
- Ortega, I. (2003). La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia: ¿ilusión o realidad? *Annales Theologici* 17, pp. 77-124.
- Quintero, J. (30 junio 2012). “Conozca al médico colombiano que ha practicado 102 eutanasias”. *El Tiempo*.
Recuperado el 18 de febrero de 2019 de:
<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11987336>
- van der Maas, P.J., van Delden, J.J.M., Pijnenborg, L. (1991). Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the end of Life. *The Lancet*, 338, pp. 669-674.
- Vega, J. (2007a). La práctica del suicidio asistido en Oregon y la “pendiente resbaladiza”. *Cuadernos de Bioética*, XVIII, (2007/1ª), pp.55-70.
- Vega, J. (2007b). La práctica de la eutanasia en Bélgica y la “pendiente resbaladiza”. *Cuadernos de Bioética*, XVIII, (2007/1ª), pp.71-87.
- Vega, J., Ortega, I. (2007). La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia en Holanda. *Cuadernos de Bioética*, XVIII, (2007/1ª), pp.89-104.
- Yañez, C. (26 abril 2018). “He realizado dos eutanasias en Chile”. *La Tercera*.
Recuperado el 18 de Febrero de 2019 de:
<https://www.latercera.com/tendencias/noticia/he-realizado-dos-eutanasias-chile/145257/#>
- Zurriarán, R. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), pp. 23-34.