

## Pendiente resbaladiza de la muerte asistida en los Países Bajos, Bélgica y Colombia

ANGELA MARÍA GUEVARA B.<sup>1,a</sup>, PAULINA TABOADA R.<sup>2,b</sup>

### An analysis of the “slippery slope” of assisted death

*The study analyzes the phenomenon of the “slippery slope” of assisted death in The Netherlands, Belgium, and Colombia after the depenalization or legalization of this practice. Data analysis was performed reviewing the evidence published in scientific journals and in the governments’ official reports. We verified a progressive broadening of the limits initially established by the law for the practice of assisted death in these three countries. This confirms the occurrence of the “slippery slope”. Also, the exponential increase in the number of assisted deaths in these three countries after the legalization indirectly suggests the presence of the “slippery slope”. An analysis of the anthropological and ethical implications of assisted death highlights that its moral assessment should not be exclusively based on consequentialist arguments. Also, a prudential interpretation of the slippery slope argument in the legal debate about assisted death should be incorporated. We conclude that the moral evaluation of assisted death cannot be exclusively grounded on its negative social consequences, but rather on the lack of respect for basic human values such as life and the intrinsic dignity of a person. The verification of the “slippery slope” in these three countries should be regarded as an alarm for an eventual legalization of euthanasia in Chile.*

(Rev Med Chile 2022; 150: 248-255)

**Key words:** Belgium; Bioethics; Colombia; Netherlands; Suicide, Assisted.

<sup>1</sup>Programa de Magíster en Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Bióloga, Magíster en Bioética.  
<sup>b</sup>PhD.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Apoyo financiero: ninguno.

Recibido el 3 de diciembre de 2020, aceptado el 11 de mayo de 2022.

Correspondencia a:  
Angela María Guevara B.  
Cerro Franciscano 1163, Las Condes. Santiago, Chile.  
amguevara@uc.cl

Reflexionar sobre las consecuencias sociales de la despenalización/legalización de la muerte asistida (MA) cobra especial actualidad en Chile después de la aprobación de un proyecto de ley sobre la llamada “muerte digna”<sup>1</sup>. El término “muerte asistida” abarca tanto la eutanasia, como el suicidio médicamente asistido. El Diccionario de la Lengua Española define “eutanasia” como una intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura<sup>2</sup>. El “suicidio médicamente asistido” es el acto por el que el paciente mismo pone fin a su vida, siguiendo los consejos y aplicando los procedimientos y/o medicamentos indicados por un médico<sup>3</sup>.

El objetivo de este trabajo es investigar si el fenómeno de la “pendiente resbaladiza” (PR) se ha verificado después de la despenalización/legalización de la MA en los Países Bajos, Bélgica y Colombia. Se eligió los dos primeros, por ser pioneros en despenalizar/legalizar la MA y disponer de amplia evidencia, y a Colombia, por tener un contexto histórico, socioeconómico, cultural y religioso semejante al nuestro.

El fenómeno de la PR ha sido estudiado en diferentes ámbitos de la bioética<sup>4,5</sup> y se refiere a la ampliación progresiva de los requisitos legales establecidos al legitimar una práctica previamente catalogada como ilegal. En el caso de la MA, el argumento de la PR postula que el

incumplimiento de los requisitos y las sanciones establecidas inicialmente en la legislación conduciría a una ampliación gradual de las causales permitidas por la ley.

El argumento de la PR ha sido criticado por algunos autores como falaz o “imperfecto”, pues –apoyándose en hechos pasados– recurriría a imágenes fatalistas para provocar temor sobre eventuales consecuencias negativas de nuestras decisiones en el futuro<sup>6</sup>. Otros rebaten la lógica exclusivamente consecuencialista de este tipo de argumentación<sup>7</sup>. En este trabajo, la investigación sobre los datos empíricos disponibles acerca del fenómeno de la PR y su lógica interna se realiza desde una mirada prudencial, que busca reflexionar sobre las iniciativas legislativas relacionadas con la MA en nuestro país, a la luz de lo que ha ocurrido *de facto* en otros países que han dado ese paso.

## Metodología

Se utilizó una metodología doble: a) la revisión de la evidencia empírica disponible y b) el análisis de los fundamentos ético-antropológicos.

a) Se realizó una búsqueda en Google Académico y *ResearchGate* de artículos publicados entre 1991 (primer informe de Países Bajos) y 2020, con las palabras “pendiente resbaladiza”, “muerte asistida”, “eutanasia”, “Países Bajos”, “Holanda”, “Bélgica”, “Colombia”; en castellano e inglés, revisándose 19 artículos científicos. Además, se analizaron: Reporte de la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG); Informe de la “Comisión Federal del Control y Evaluación de la Eutanasia de Bélgica” (CFCEE); 3 Protocolos y resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia; y Texto refundido de 4 proyectos de ley de MA en Chile<sup>1</sup>. Para analizar la evidencia se conceptualizó la PR en cuatro pasos consecutivos, correspondientes a una versión modificada del modelo de Ortega<sup>8</sup>. Según este esquema modificado (Figura 1), el paso inicial (paso A) sería la despenalización de la MA con los requisitos de: 1° Voluntariedad plena; 2° Enfermedad terminal; y 3° Dolor o sufrimiento insoportable. El paso B correspondería al incumplimiento del primer requisito (voluntariedad), autorizándose

la MA no-voluntaria e involuntaria (p. ej. pacientes en coma, estado vegetativo persistente, demencia avanzada, depresión severa, recién nacidos con malformaciones graves). El paso C sería el incumplimiento del segundo requisito: terminalidad (ej. enfermedades crónicas, discapacidad permanente). El paso D permitiría la MA por razones diferentes a dolor o sufrimiento insoportable (ej. sentimiento de pérdida de dignidad, mala calidad de vida, soledad, sentirse carga económica o emocional).

b) El análisis de las implicancias ético-antropológicas de los datos empíricos recolectados se hizo a partir de las contribuciones de Keown y Gómez-Lobo, elegidos por su reconocida autoridad en esta temática.

La aplicación de esta doble metodología – descriptiva y normativa – se fundamenta en la necesidad de evitar la llamada “falacia naturalista”, error lógico consistente en pretender extraer conclusiones normativas (i.e. propiedades morales) a partir de datos descriptivos (i.e. hechos o propiedades naturales). Este sesgo cognitivo, descrito por Moore<sup>9</sup>, es frecuente en el ámbito de la medicina y lleva a suponer que se pueden sacar conclusiones éticas a partir de resultados de investigaciones empírico-descriptivas. De ahí la importancia de distinguir y complementar los alcances de la información aportada por cada una de estas perspectivas.

## Resultados

La aplicación del esquema de conceptualización de la PR (Figura 1) permitió agrupar la evidencia disponible en los países estudiados, identificando pasos sucesivos que modifican los requisitos legales previstos inicialmente.

### MA en los Países Bajos

- Paso A: En 1984, la Corte Suprema despenalizó *de facto* la eutanasia al absolver de la acusación de asesinato a un médico que practicó la eutanasia (caso Schoonheim)<sup>5</sup>. El Tribunal fundamentó dicha sentencia en una actuación del médico en situación de “fuerza mayor o necesidad”, enfrentado a un conflicto de deberes: aliviar el sufrimiento vs. no dañar. El

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

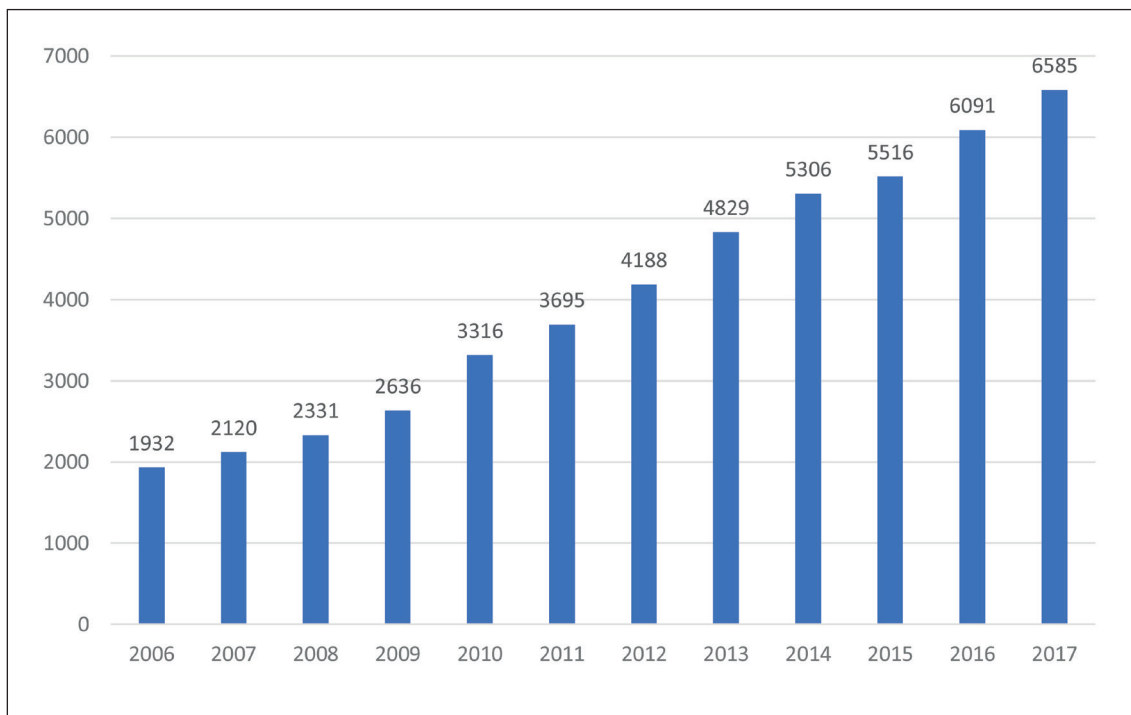
**Figura 1.** Esquema modificado de la pendiente resbaladiza de Ortega.

Parlamento propuso despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido si se cumplían los requisitos propuestos por la asociación médica: 1° Petición libre, voluntaria, reflexionada, estable y persistente por parte del paciente; 2° Existencia de sufrimiento intolerable, sin perspectivas de mejora (eutanasia como último recurso); y 3° Consulta del médico tratante a un colega independiente, con experiencia.

- Paso B: En 1991, el primer estudio oficial del gobierno evidenció que cerca de 6.000 de las muertes por eutanasia activa habían ocurrido sin consentimiento de los pacientes (i.e. eutanasia no-voluntaria o involuntaria)<sup>10,11</sup>.
- Paso C: En 1997, 45% de los neonatólogos y

31% de los intensivistas habían administrado fármacos con la intención de terminar la vida de recién nacidos con malformaciones o defectos congénitos, con autorización de sus padres<sup>11</sup>. Asimismo, se reportan casos de eutanasia en pacientes en coma y con condiciones clínicas no-terminales, incumpliendo el requisito de terminalidad.

- Paso D: En 1994, la Corte Suprema emitió una sentencia (caso Chabot), que sentó el precedente de la admisibilidad de practicar la MA en pacientes con patología psiquiátrica o por el sentimiento de “vida completada”<sup>12</sup>. Asimismo, las cifras<sup>13</sup> muestran el incremento de las MA vinculadas a enfermedades psiquiátricas.



**Figura 2.** Número de defunciones por MA en los Países Bajos según el reporte anual de la KNMG<sup>13</sup>.

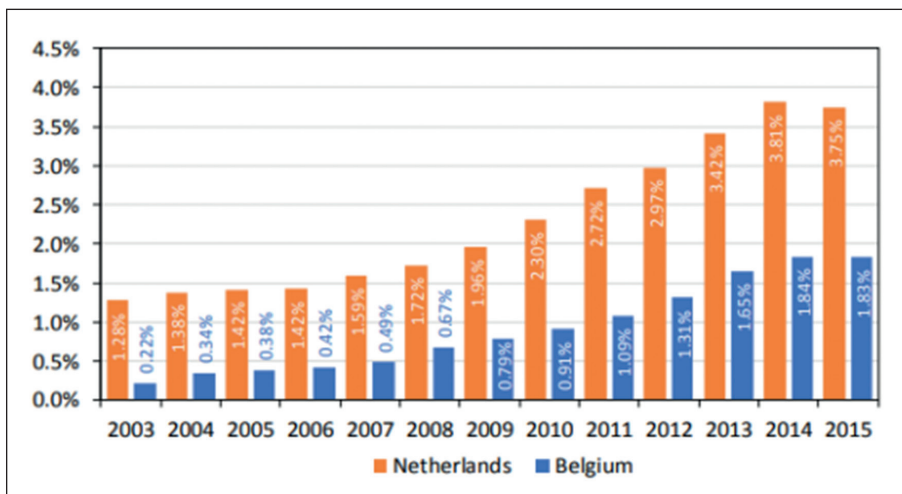
Los datos oficiales, evidencian un aumento exponencial del número (Figura 2) y porcentaje (Figura 3) de casos de MA a través de los años<sup>13</sup>. Entre 2006-2017, las defunciones por MA se triplicaron (Figura 2).

**MA en Bélgica**

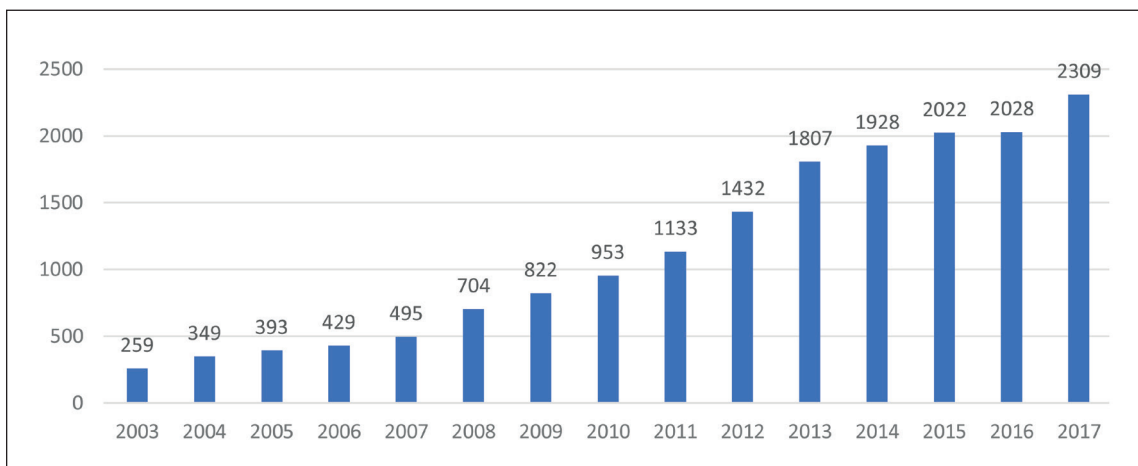
- Paso A: En 2002 se aprobó la “Ley relativa a la eutanasia”, estableciendo como requisitos: 1º. Persona mayor de edad o menor emancipado, capaz, consciente; solicitud voluntaria, escrita y reiterada durante un mes. 2º Condición crónica (no necesariamente terminalidad) y ofrecimiento de cuidados paliativos. 3º Sufri-

miento físico o psíquico intolerable; eutanasia como último recurso<sup>14</sup>.

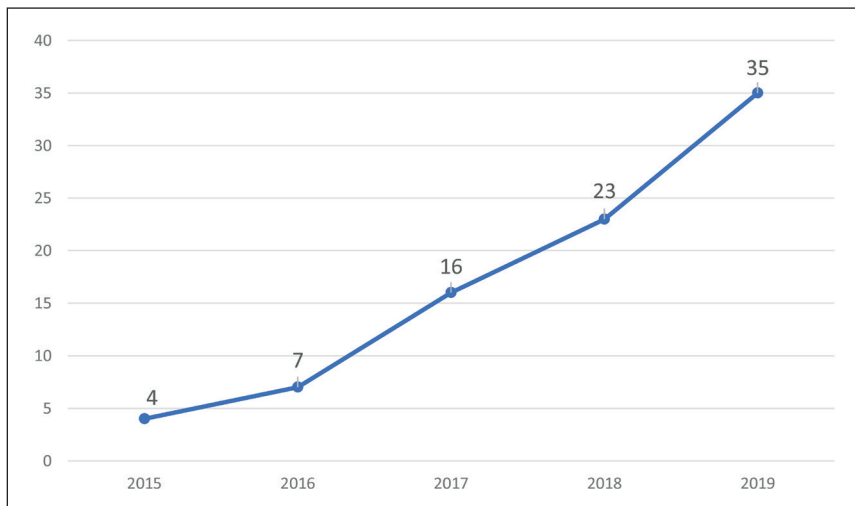
- Paso B: En 2007 se reportaron 14 casos de eutanasia sin petición escrita, ni cumplimiento de los plazos establecidos por la ley, i.e. eutanasias involuntarias<sup>15</sup>.
- Paso C: Desde su legalización (2002), no se exige el requisito de terminalidad, permitiéndose la eutanasia para enfermos incurables no terminales.
- Paso D: A partir del 2016 se reportan casos de eutanasia por razones como “desesperanza”, “pérdida de dignidad o de autonomía”, “baja calidad de vida”, etc.<sup>16</sup>.



**Figura 3.** Comparación en porcentajes de las defunciones por MA en los Países Bajos y Bélgica expresado en porcentajes<sup>16</sup>.



**Figura 4.** Número de defunciones por eutanasia en Bélgica<sup>16</sup>.



**Figura 5.** Defunciones por eutanasia en Colombia desde su legalización<sup>21</sup>.

Los datos oficiales muestran que el porcentaje de defunciones por MA en relación con el número total de muertes se ha octuplicado entre 2003-2017 (Figura 4).

### MA en Colombia

La MA se despenalizó en 1997, calificándose como “homicidio por piedad” si cumplía con los siguientes requisitos: 1° enfermo terminal; 2° intenso sufrimiento o dolor; 3° solicitud libre y en pleno uso de las facultades mentales; y 4° procedimiento realizado por un médico calificado<sup>17</sup>. En 2014 se legaliza la eutanasia mediante Sentencia de la Corte Constitucional (CC)<sup>18</sup>. En 2015 se promulga el “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”<sup>19</sup>. En 2018 se reglamenta la MA para menores de 0 a 18 años<sup>20</sup>.

Los datos publicados muestran el aumento de casos de eutanasia desde la promulgación de dicho protocolo (Figura 5).

## Discusión

### 3.1. Verificación de la PR

Los resultados revelan que, en los tres países estudiados, las leyes que regulan la MA se han modificado, ampliando los requisitos exigidos inicialmente. La aplicación de un modelo de conceptualización de la PR (Figura 1) permite

poner en evidencia que las legislaciones de los Países Bajos y Bélgica han transitado a través de los cuatro pasos, lo que verifica la existencia de la PR.

En Colombia la legislación también ha ido ampliando sucesivamente los requisitos exigidos para la MA. Esa evolución no ha seguido estrictamente los pasos del modelo de conceptualización de la PR utilizado en este trabajo. Pero la ampliación de la MA en caso de recién nacidos y la declaración de que el “valor y protección [de la vida] debe sopesarse en relación con otros bienes y principios, como la libertad y la dignidad individuales”<sup>21</sup>, representan dos pasos inéditos en otras legislaciones.

Los datos oficiales evidencian que las defunciones por MA se han triplicado en los Países Bajos y octuplicado en Bélgica, en 11 y 14 años respectivamente. Es posible que ese número sea mayor, pues estudios denuncian la omisión de reportes por parte de los médicos<sup>9</sup>. Dicho aumento exponencial podría interpretarse como evidencia indirecta del cumplimiento de la PR. Sin embargo, para confirmarlo sería necesario tener datos sobre las causas de esas MA, los cuales no están disponibles.

### Fundamentos ético-antropológicos que explicarían la PR

Keown<sup>22</sup> presenta dos argumentos para demostrar que la despenalización/legalización de la MA lleva implícita una tendencia a la ampliación de sus causales, es decir, la PR. El primero, deno-

minado ‘empírico’, se refiere a la imposibilidad práctica de controlar y hacer cumplir los requisitos establecidos por la ley. Dicha falta de fiscalización adecuada conlleva el incumplimiento progresivo de los límites inicialmente establecidos por la ley para regular esta práctica. El segundo es de carácter ‘lógico’ y sostiene que, una vez autorizada la MA para personas que la soliciten libre y voluntariamente, no habría argumentos válidos para negarla a pacientes incompetentes, pues ello supondría una discriminación arbitraria de estos últimos. Si se acepta la legitimidad de la MA fundada en el respeto por la autonomía del paciente y en una supuesta ‘compasión’ por parte de los médicos, no es posible sostener su ilegitimidad en caso de personas incapaces de ejercer su autonomía, pues se debería asumir que – en igualdad de condiciones de sufrimiento insoportable – esas personas también la solicitarían. Desde esa perspectiva, terceras personas (médicos y/o familiares) podrían considerar que tienen el deber de actuar, porque esas personas son incapaces de solicitar la MA. Keown concluye que, cada vez que una sociedad despenaliza/legaliza la MA, la PR ocurrirá por las razones empíricas y lógicas mencionadas<sup>23</sup>.

La PR apunta a las consecuencias sociales de la despenalización/legalización de la MA. Una reflexión más profunda evidencia que su evaluación moral no se basa exclusivamente en sus consecuencias negativas. Según Gómez-Lobo: “la moralidad de una acción no depende de sus consecuencias, sino del cumplimiento de la norma que la rige”<sup>24</sup>. La MA representa un tipo de acto cuyo fin central inmediato es poner fin a la vida de un ser humano, con la intencionalidad subjetiva de eliminar sufrimientos insoportables<sup>24,25</sup>. Como la vida es el más básico de los bienes humanos, y condición de posibilidad para el ejercicio de cualquier otro bien humano, un acto que la dañe voluntariamente no podría tener una evaluación moral positiva. Por tanto, la valoración moral de la MA no se fundamenta solamente en la verificación de sus consecuencias sociales negativas, sino primariamente en la evaluación de un tipo de acto que no respeta un bien humano básico. La vida es el primer bien que se debe respetar a todo ser humano, en virtud de su dignidad intrínseca e inalienable<sup>3</sup>.

La prudencia exige ponderar también – aunque no exclusivamente – las posibles consecuencias sociales de las decisiones que se adopten en una

sociedad libre. La legalización de la MA afectaría el ejercicio de la libertad de las personas más vulnerables y desprotegidas, que podrían sentirse presionadas a solicitarla para no convertirse en una carga para sus seres queridos o para la sociedad. La despenalización de la MA introduce también cambios profundos en los valores éticos de la profesión médica en lo referente a los fines propios del acto médico y al respeto por la inviolabilidad de toda vida humana.

Es sabido que las leyes cumplen un rol pedagógico. Una vez legalizada la MA, su práctica pasa a formar parte de la cultura del pueblo, llegando a ‘normalizarse’. Un cambio tan profundo respecto del principio de inviolabilidad de la vida humana podría llevar a legitimar prácticas de “eutanasia social” (en poblaciones vulnerables). En el otro extremo, podría llegarse al denominado “turismo de muerte” (viajar para ‘acceder a’ y/o ‘huir de’ la eutanasia), fenómeno que ya se ha constatado.

### 3.3. Limitaciones de este trabajo

- a) La validez del argumento de la PR podría cuestionarse, arguyendo que se trata de un razonamiento falaz e imperfecto que, apoyándose en experiencias del pasado, pretende sacar conclusiones sobre el futuro, que es incierto. Sin embargo, si el argumento de la PR es entendido y aplicado en un sentido prudencial, podría ayudar a evitar resultados negativos previsibles.
- b) Nuestra revisión sobre la PR podría interpretarse como la propuesta de un modelo ético consecuencialista para abordar el debate sobre la despenalización de la MA en nuestro país. Sin embargo, la intención de este trabajo ha sido invitar a una reflexión prudencial sobre sus posibles repercusiones sociales, a la luz de lo que ha ocurrido en otros países.
- c) La demostración de la PR no puede basarse solo en el incremento exponencial del número de casos de MA después de su despenalización/legalización en los países estudiados. Para confirmar que el aumento se debe al traspaso de los límites establecidos por la ley sería necesario conocer las causas de esas MA, dato que no está disponible.
- d) El análisis del fundamento ético-antropológico aquí realizado se apoya en el realismo filosófico, cuyos argumentos son cuestionados desde otras perspectivas filosóficas, como el Utilita-

rismo o Libertarismo. Una comparación entre las diversas corrientes de fundamentación ética excede los límites de este trabajo y puede encontrarse en la literatura<sup>26</sup>.

## Conclusiones

La revisión de los datos empíricos realizada en este trabajo verifica la existencia de la PR en los tres países estudiados y el análisis ético-antropológico explica la lógica interna de la sucesiva ampliación de los requisitos legales de la MA. El aumento exponencial de las defunciones por MA en esos países después de su despenalización/legalización también sugiere la existencia de la PR.

Sin embargo, lo que está en juego al despenalizar/legalizar la MA no son solamente consecuencias sociales negativas, sino el respeto a uno de los principios éticos fundantes de toda sociedad democrática: la inviolabilidad de la vida humana. Por tanto, cabría esperar que nuestros legisladores actúen con prudencia, responsabilidad y justicia social al considerar un paso con tan profundas implicancias para nuestra convivencia nacional.

## Referencias

1. Cámara de Diputados de Chile. Proyectos de ley de Eutanasia. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBL=11577-11> [Consultado el 23 de abril de 2021].
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/eutanasia>. [Consultado el 21 de enero de 2022].
3. Gómez-Lobo A. Bienes Humanos y Eutanasia frente a frente. *Revista Humanitas*, 2008; 52: 772-89. Disponible en: <https://www.humanitas.cl/bioetica/bienes-humanos-y-eutanasia-frente-a-frente>. [Consultado el 21 de enero de 2022].
4. Ortega I. La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia: ilusión o realidad? *Annales Theologici*: 2003; 17: 77-124.
5. Rietjens JA, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJ, van der Heide A. Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? *J Bioeth Inq*. 2009; 6(3): 271-83.
6. López de la Vieja M T (2007). Los argumentos resbaladizos. El uso práctico de razonamientos imperfectos. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía* 2007; XII: 151-67.
7. Alvarez Galvez I. Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia. *Dilemata*, 2013; 11: 83-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4195394> [Consultado el 14 de abril de 2021]
8. Moore GE. *Principia Ethica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1903.
9. Vega J, Ortega I. La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia en Holanda. *Cuad Bioet*. 2007/1º; (XVII); 89-04.
10. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, De Graaff C, Raaff MA, Kester JGC, et.al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *NEJM*.1996; 335(22): 1699-05.
11. van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wal G, Kolle CAA, de Leeuw R, Holl RA. Medical end of life decisions made for neonates and infants in the Netherlands, *Lancet*. 1997; 350: 251-5.
12. Schnabbel Commission Report. Disponible en: <https://protestantedigital.com/opinion/40795/holanda-propone-el-suicidio-asistido-a-quien-este-cansado-de-vivir> [Consultado el 20 de octubre de 2020].
13. KNMG. Reporte anual Eutanasia en cifras. Disponible en: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm> [Consultado el 19 de febrero de 2019]
14. Saad T. Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review. *Issues Law & Medicine*. 2017; 32 (2): 183-04.
15. Vega J. La práctica de la eutanasia en Bélgica y la “pendiente resbaladiza”. *Cuadernos de Bioética*. 2007/1º; (XVIII); 71-87.
16. Comisión general para el control de la eutanasia de Bélgica. (2016-2017). Disponible en: [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8\\_rapporteutanasie\\_2016-2017-fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapporteutanasie_2016-2017-fr.pdf) [Consultado el 20 de febrero de 2019].
17. Díaz Amado E. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista Bioética y Derecho*. 2017; 40: 125-40.
18. MSPS. “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. 2015. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_minsaludps\\_1216\\_2015.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm) [Consultado el 18 de febrero de 2019].
19. MSPS. “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Disponible en: <https://www>

- minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocoloaplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf [Consultado el 18 de febrero de 2019]
20. MSPS. “Resolución 825 (9 de marzo)” Sobre “Derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion825-de-2018.pdf> [Consultado el 18 de febrero de 2019].
  21. MSPS. Información sobre muerte digna y cumplimiento de sentencias. Radicado 202042400517252. Disponible en: [https://imgcdn.larepublica.co/cms/2020/10/05125525/20202100171\\_36028\\_1589470868.pdf](https://imgcdn.larepublica.co/cms/2020/10/05125525/20202100171_36028_1589470868.pdf) [Consultado el 11 de noviembre de 2020].
  22. Keown J. The slippery slope arguments. Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legislation. Cambridge: Cambridge University Press; 2018 (2da Ed). p. 67-89.
  23. Keown J. The law and Ethics in Medicine. Essays on the Inviolability of Human Life. Oxford; Oxford University Press, 2012.
  24. Gómez-Lobo A. Los bienes humanos. Ética de la ley natural. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2006.
  25. Gómez-Lobo A. Keown J. Bioethics and the human goods. Georgetown University Press; Washington, 2018.
  26. Salas S, et al. Argumentos éticos a favor y en contra de la participación del profesional médico en la muerte asistida. Análisis del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Rev Med Chile 2020; 148: 542-7.