



**Universidad Hispanoamericana**

**Facultad de Derecho**

**Tesis para optar por el título de Licenciatura en Derecho**

*Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético*

**Elaborado por:**

**Andrea Chacón Pérez**

**Kristel Pamela Orellana Alvarado**

**2024**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Andrea Chacón Pérez, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1500-0657 egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en derecho, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado de dicho enfoque bioético", es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los doce días del mes de agosto del año dos mil veinticuatro.

Ar. Chacón

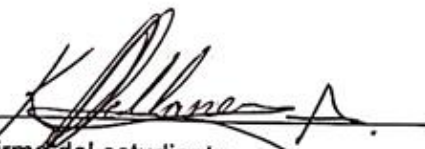
Firma del estudiante

Cédula: 1-1500-0657

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Kristel Pamela Orellana Alvarado, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1843-0807, egresado de la carrera de Derecho de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en derecho, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los doce días del mes de agosto del año dos mil veinticuatro.

  
Firma del estudiante  
Cédula: 1-1843-0807

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, agosto 12, 2024

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Andrea Cuaón Ríos con número de identificación 1-1500-0657 autor (a) del trabajo de graduación titulado Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comperado desde un enfoque bioético presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar por el título de licenciatura en derecho; (SI / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Andrea Cuaón Ríos  
Firma y Documento de Identidad

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO

POLITICA DE ENTREGA DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION (TFG)

El Centro de Información Tecnológico (CENIT), resguardará los TFG y los tendrá a disposición de los usuarios.

El proceso de confección del TFG será dictado por la Dirección de Carrera en conjunto con la Dirección de Registro.

Los criterios para la recepción serán los siguientes:

1. Una vez defendido el trabajo final deberá el estudiante realizar el depósito del TFG en el repositorio institucional, para dicho fin se encuentra a disposición del estudiante una plataforma online. (Para hacerle llegar el procedimiento al estudiante es necesario que el Departamento de Registro nos haga llegar cada cuatrimestre la lista oficial de los estudiantes matriculados en el requisito de graduación)
2. El colaborador de registro verificará el cumplimiento de las disposiciones requeridas, para ello contará con un acceso a la plataforma, realizado esto procederá a darle el visto bueno para que el CENIT realice la última revisión. (Para llevar el control de cuáles TFG cuentan con el VB de Registro, se contará con un formato en Excel que se encontrará ubicado en la carpeta compartida entre Registro y el CENIT)
3. El colaborador de biblioteca deberá verificar que el archivo enviado por el estudiante cuente con los requerimientos establecidos (Formato PDF, carta tutor, lector, filólogo, declaración jurada y licencia de autorización de los autores), una vez realizada la revisión se procederá a dar el visto bueno final.
4. Como parte de las cartas que debe contener el documento se encuentra la licencia de autorización de los autores, con el fin de que el documento quede a disposición de los usuarios en la Biblioteca Digital. (Ver anexo)
5. Una vez que el estudiante cuente con el visto bueno final y siempre y cuando no tenga pendientes en biblioteca, se pondrá a su disposición el Paz y Salvo para que proceda realizar el pago de los derechos de graduación (Los colaboradores del CENIT se encargaran de genera los Paz y Salvo y compartirlos con Registro por medio de la carpeta compartida).

La presente entra en vigor de manera inmediata a su conocimiento y fecha, siendo los 12 días del mes de 8 de 2024 en San José, Costa Rica.

---

Dirección de Registro

---

Dirección del CENIT

v

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, agosto 12, 2024.

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Kristel Pamela Orellana Alvarado con número de identificación 1-18430307 autor (a) del trabajo de graduación titulado Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético presentado y aprobado en el año \_\_\_\_\_ como requisito para optar por el título de licenciatura en derecho;  (SI / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 . 1-1843-0307.  
Firma y Documento de Identidad

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA CENTRO DE INFORMACION  
TECNOLOGICO

POLITICA DE ENTREGA DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION (TFG)

El Centro de Información Tecnológico (CENIT), resguardará los TFG y los tendrá a disposición de los usuarios.

El proceso de confección del TFG será dictado por la Dirección de Carrera en conjunto con la Dirección de Registro.

Los criterios para la recepción serán los siguientes:

1. Una vez defendido el trabajo final deberá el estudiante realizar el depósito del TFG en el repositorio institucional, para dicho fin se encuentra a disposición del estudiante una plataforma online. (Para hacerle llegar el procedimiento al estudiante es necesario que el Departamento de Registro nos haga llegar cada cuatrimestre la lista oficial de los estudiantes matriculados en el requisito de graduación)
2. El colaborador de registro verificará el cumplimiento de las disposiciones requeridas, para ello contará con un acceso a la plataforma, realizado esto procederá a darle el visto bueno para que el CENIT realice la última revisión. (Para llevar el control de cuáles TFG cuentan con el VB de Registro, se contará con un formato en Excel que se encontrará ubicado en la carpeta compartida entre Registro y el CENIT)
3. El colaborador de biblioteca deberá verificar que el archivo enviado por el estudiante cuente con los requerimientos establecidos (Formato PDF, carta tutor, lector, filólogo, declaración jurada y licencia de autorización de los autores), una vez realizada la revisión se procederá a dar el visto bueno final.
4. Como parte de las cartas que debe contener el documento se encuentra la licencia de autorización de los autores, con el fin de que el documento quede a disposición de los usuarios en la Biblioteca Digital. (Ver anexo)
5. Una vez que el estudiante cuente con el visto bueno final y siempre y cuando no tenga pendientes en biblioteca, se pondrá a su disposición el Paz y Salvo para que proceda realizar el pago de los derechos de graduación (Los colaboradores del CENIT se encargaran de genera los Paz y Salvo y compartirlos con Registro por medio de la carpeta compartida).

La presente entra en vigor de manera inmediata a su conocimiento y fecha, siendo los 12 días del mes de 08 de 2024 en San José, Costa Rica.

---

Dirección de Registro

---

Dirección del CENIT

## Carta del tutor

## CARTA DEL TUTOR

San José, 29 de agosto de 2024

**Destinatario**  
**Carrera**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimado señor:

Las estudiantes Anara Chacón Pérez  
 cédula de identidad número 1-1500-0657, y  
Kristel Pamela Orellana Alvarado cédula de identidad número  
1-1843-0307, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de  
 investigación denominado

"Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo  
de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético  
 el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura en Derecho.


En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Cédula identidad N 103960443  
 Carné Colegio Profesional N 20069

## Carta del lector



### CARTA DE LECTOR

San José, 6 de noviembre de 2024

**Piero Vignoli Chesler**  
**Director Carrera de Derecho**  
**Universidad Hispanoamericana**

### CARTA DEL LECTOR

La estudiante Andrea Chacón Pérez y Kristel Orellana Alvarado., cédulas de identidad números 1-500 y 1-1841 respectivamente, han presentado, para efectos de lectura y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "**Viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético**".

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	10%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		90%

En virtud de la calificación obtenida, se avala la aprobación de la Tesis Final de Graduación. Atentamente,

Atte.

WALTER  
 MUÑOZ TUK  
 (FIRMA)  
 Lic. Walter Muñoz TUK  
 Cédula: 1-0558-0420.  
 Carné: 4570

Firmado digitalmente  
 por WALTER MUÑOZ  
 TUK (FIRMA)  
 Fecha: 2024.11.06  
 12:15:17 -0600

## **Dedicatoria**

Queremos dedicar esta tesis a todas las personas que, con valentía y fuerza, enfrentan la difícil batalla contra una enfermedad terminal grave o incurable, a aquellos que continúan luchando día a día por mantenerse vivos, a pesar del dolor y las adversidades que enfrentan.

A quienes tristemente han perdido la batalla contra una enfermedad terminal, pero cuyo legado de coraje y resistencia sigue vivo en nuestros corazones, su lucha no fue en vano, y su recuerdo nos inspira a seguir adelante con fortaleza.

A las familias que han sufrido la dolorosa pérdida de un ser querido, les dedicamos esta obra con profundo respeto y empatía, su amor y apoyo incondicional son un testimonio del poder del vínculo humano, que trasciende el dolor y el sufrimiento.

Finalmente, dedicamos este trabajo a quienes soportan dolores intensos y continúan enfrentando cada día con determinación, que encuentren consuelo y esperanza en medio de las dificultades, y que su lucha nunca pase desapercibida.

## **Agradecimientos**

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que nos acompañaron y apoyaron en este arduo pero gratificante camino.

En primer lugar, a nuestros padres, quienes nos brindaron su amor incondicional, apoyo constante y sabiduría, gracias por enseñarnos el valor del esfuerzo, la perseverancia y la importancia de nunca rendirse. Sin ustedes, este logro no hubiera sido posible.

A nuestros esposos, por ser nuestros compañeros en cada paso de este viaje. Gracias por su paciencia, comprensión y por brindarnos un refugio de amor y tranquilidad en los momentos más difíciles, su apoyo ha sido fundamental para alcanzar este logro.

A nuestro tutor, le agradecemos profundamente por su guía, paciencia y compromiso durante todo este proceso, sus consejos y conocimientos han sido clave para la realización de este trabajo, y su dedicación como mentor es algo que valoramos enormemente.

A todos ustedes, muchas gracias, esta tesis es el resultado del esfuerzo compartido y del amor que nos han brindado en cada paso del camino.

Por último pero no menos importante, el profundo y más sincero agradecimiento a mi compañera de tesis, trabajar contigo ha sido una experiencia enriquecedora y gratificante, tu dedicación, compromiso y pasión por este proyecto han sido una fuente constante de inspiración.

Gracias por tu apoyo incondicional, por compartir tus ideas y por estar siempre dispuesta a enfrentar juntas los retos que surgieron en el camino.

Nuestra colaboración ha sido clave para la realización de esta tesis, y estoy profundamente agradecida por todo lo que hemos logrado juntas, este trabajo es un reflejo del esfuerzo compartido y de la sinergia que hemos construido a lo largo de este proceso.

Gracias por ser una excelente compañera y amiga en esta etapa tan importante.

**Tabla de contenidos**

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	xviii
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	10
<b>Justificación del tema</b> .....	12
<b>Objetivo General</b> .....	15
<b>Objetivos Específicos</b> .....	15
<b>Alcances</b> .....	15
<b>Limitaciones</b> .....	17
<b>Maco metodológico</b> .....	19
<b>Métodos de Investigación</b> .....	19
<b>Enfoque</b> .....	19
<b>Fuentes de Información</b> .....	20
<b>Técnicas de investigación</b> .....	21
<b>Marco Teórico</b> .....	22
<b>Capítulo I: Eutanasia, muerte, enfermedad y dignidad humana</b> .....	22
<b>Eutanasia y suicidio asistido: Análisis histórico y tipos</b> .....	24
Respecto al modo .....	27
Respecto a la intención .....	28
Respecto a la voluntad .....	28

<b>Muerte, clasificación y tipos .....</b>	<b>30</b>
<b>Tipos de muerte.....</b>	<b>33</b>
<b>Enfermedad en fase terminal, grave e incurable.....</b>	<b>35</b>
<b>Dignidad humana, concepto de persona .....</b>	<b>39</b>
<b>Autonomía de la voluntad, capacidad jurídica y capacidad de actuar .....</b>	<b>46</b>
<b>Capítulo II: En busca de una muerte digna, relación entre el derecho a la salud y los cuidados paliativos .....</b>	<b>49</b>
<b>Derecho a la salud .....</b>	<b>51</b>
<b>Cuidados paliativos, una visión global .....</b>	<b>57</b>
<b>De la calidad de vida y muerte digna .....</b>	<b>68</b>
<b>El duelo .....</b>	<b>74</b>
<b>Tipos de duelo.....</b>	<b>76</b>
<b>Etapas psicológicas ante una enfermedad en fase terminal .....</b>	<b>80</b>
<b>Cuidados Paliativos en Costa Rica .....</b>	<b>87</b>
<b>Control de síntomas y alivio del dolor.....</b>	<b>95</b>
<b>Capítulo III: Ejercicio profesional de la medicina desde un enfoque bioético en pacientes con enfermedad terminal.....</b>	<b>102</b>
<b>Bioética, definición e historia .....</b>	<b>104</b>
<b>Principios de la Bioética .....</b>	<b>110</b>
<b>El juramento Hipocrático, el Código de Nüremberg y el Código de Helsinki.....</b>	<b>114</b>

<b>Bioética al amparo de los derechos humanos y la aplicación del Código de Ética</b>	
<b>Médica en Costa Rica .....</b>	<b>123</b>
<b>Derecho a la vida .....</b>	<b>124</b>
<b>Derecho del paciente/usuario a emitir su consentimiento libre y de forma expresa ante cualquier intervención médica .....</b>	<b>126</b>
<b>Derecho a la confidencialidad .....</b>	<b>130</b>
<b>Derecho a la no discriminación .....</b>	<b>130</b>
<b>Derecho a recibir la información adecuada y oportuna .....</b>	<b>131</b>
<b>Derecho a conocer o no la condición de salud .....</b>	<b>132</b>
<b>Derecho a recibir un buen trato .....</b>	<b>132</b>
<b>Derecho a que se tome en cuenta su opinión y decisión de negar o rechazar un tratamiento .....</b>	<b>133</b>
<b>Derecho a una muerte digna .....</b>	<b>134</b>
<b>Derecho a tener acceso a medicamentos para el alivio del dolor .....</b>	<b>136</b>
<b>Bioética en Costa Rica .....</b>	<b>138</b>
<b>Capítulo IV: Derecho comparado .....</b>	<b>146</b>
<b>Regulación de la eutanasia en otros países .....</b>	<b>148</b>
<b>España .....</b>	<b>148</b>
<b>Países Bajos .....</b>	<b>157</b>
<b>Bélgica .....</b>	<b>160</b>

<b>Luxemburgo</b> .....	163
<b>Canadá</b> .....	166
<b>Portugal</b> .....	170
<b>Nueva Zelanda</b> .....	173
<b>Suiza</b> .....	175
<b>Estados Unidos</b> .....	176
<b>Latinoamérica</b> .....	177
<b>Colombia</b> .....	178
<b>Ecuador</b> .....	180
<b>Perú</b> .....	182
<b>Costa Rica</b> .....	186
<b>Capítulo V: Propuestas actuales sobre proyectos de Ley en Costa Rica relacionados a la Eutanasia</b> .....	193
<b>Regulación de la eutanasia en el actual sistema jurídico costarricense</b> .....	194
<b>Primer proyecto de Ley - “Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal”. Año 2014.</b> .....	199
<b>Bienes jurídicos tutelables: Derecho a la vida y su relación con el derecho a la salud</b> .....	202
<b>De la voluntad anticipada y el derecho a decidir</b> .....	213

<b>Abordaje de los cuidados paliativos y toma de decisiones en pacientes menores de edad .....</b>	<b>216</b>
<b>Impresiones iniciales ante la presentación del proyecto .....</b>	<b>222</b>
<b>Segundo proyecto de ley – “Ley sobre muerte digna en pacientes en estado terminal”. Año 2019 .....</b>	<b>223</b>
<b>La vida considerada como un bien jurídico tutelado .....</b>	<b>224</b>
<b>Derecho a la vida y su relación con el derecho a la salud .....</b>	<b>225</b>
<b>Sobre el derecho a la salud y su relación con el derecho a una muerte digna ....</b>	<b>229</b>
<b>Resolución 01915-1992, de las 14 horas y 22 minutos del 22 de julio de 1992 Sala Constitucional.....</b>	<b>231</b>
<b>Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25.....</b>	<b>232</b>
<b>Convenio sobre los Derechos Económicos, Sociales y culturales, el artículo 12 indica .....</b>	<b>232</b>
<b>Encarnizamiento terapéutico .....</b>	<b>234</b>
<b>Enfermedad en fase terminal .....</b>	<b>234</b>
<b>Eutanasia.....</b>	<b>235</b>
<b>Muerte digna .....</b>	<b>235</b>
<b>Consideraciones jurídicas.....</b>	<b>240</b>
<b>Impresiones iniciales ante la presentación del proyecto .....</b>	<b>247</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>252</b>

**Referencias Bibliográficas..... 260**

## **Resumen Ejecutivo**

La eutanasia, es entendida como la acción de provocar de forma intencional la muerte de una persona que padece una enfermedad terminal, grave o incurable con el objetivo de evitarle sufrimientos intolerables, los cuales condicionan la calidad de vida de la persona enferma, además, es considerado como un tema controvertido que desafía las barreras no solo del derecho, sino también de la ética y los derechos humanos.

En la actualidad, en Costa Rica, la discusión sobre la legalización de la eutanasia debe ser abordada con base en los esquemas internacionales en materia de derechos humanos, las normativas de otros países los cuales ya tienen esta práctica regulada, así como el derecho comparado para abordar la posibilidad de que sea una práctica viable en el territorio nacional y los principios bioéticos que regulan la práctica médica.

La eutanasia, es una temática de profundo debate social, el cual conlleva a diversas implicaciones éticas, legales y morales significativas, dentro del contexto costarricense, la viabilidad jurídica de la eutanasia en el marco de los derechos humanos se muestra como un desafío multidimensional que requiere un análisis exhaustivo desde una perspectiva bioética.

Esta investigación, tiene como objetivo determinar los fundamentos éticos y legales que rodean la viabilidad de la eutanasia en Costa Rica, abordando los principios de autonomía, dignidad humana y derecho a la salud, el cual es decisivo para el final de la vida.

Al comparar las prácticas y marcos legales de otros países que han legalizado la eutanasia de forma activa, se pretende identificar áreas de mejora para el futuro abordaje de un marco legal y la posible aplicación y análisis a nivel país, así como la posibilidad futura para la construcción de un marco regulatorio adecuado, coherente y respetuoso para regular la práctica de la eutanasia sin que esto represente una violación a los derechos humanos en Costa Rica, asimismo, se busca no solo explorar la viabilidad jurídica de la eutanasia en el país, sino también considerar sus implicaciones éticas y sociales.

## **Introducción**

A lo largo de los años, la muerte ha sido un tema de especial importancia en la existencia del ser humano y en todo lo que lo rodea, es probable que todas las personas en algún momento de su vida hayan contemplado su existencia y se cuestionaran si hay algo más allá de la vida, cómo sería su muerte y en el caso de poder elegir, cuál sería la mejor forma de morir.

Naturalmente, la idea de morir no es un tema de discusión agradable ya que esta se puede situar en diversos escenarios: puede ser dolorosa, prolongada y angustiante, puede ser pacífica, no consciente, impredecible, rápida, entre otros.

Aún así, la muerte siempre estará presente de una manera u otra en la cotidianidad humana, ya sea por interés político, interés económico, guerras, accidentes de tránsito, accidentes domésticos o laborales, enfermedades, actos delictivos o incluso aplicación de la justicia a través de una pena de muerte, entre otros posibles eventos.

Un aspecto común en estos escenarios es que la muerte llega por medios fuera del control de una persona o la sociedad, salvo la pena de muerte, la cual surge por una decisión estatal. Esto ha moldeado las sociedades en diversos aspectos, lo que generalmente no se considera en estas situaciones es la muerte autoinfligida, que a menudo recibe opiniones negativas y se le atribuye como un acto de desprecio y vergüenza a la persona que la provoca, considerándose desde una perspectiva social como un acto deshonesto.

Esto se debe a diversos motivos culturales, morales y religiosos, como la influencia de la iglesia católica y de las demás denominaciones también, la valoración de la vida que

se ha inculcado a nivel social y cultural, atribuyendo una percepción de desperdicio o fallo personal a quienes toman esta decisión.

Muchos de estos aspectos pudieron estar justificados hace algunos siglos atrás, no obstante, muchas de estas reglas carecen de utilidad y sostenibilidad jurídica en la actualidad a nivel de muchos países del planeta, bloqueando la decisión de una persona a poner fin a un sufrimiento irremediable; es por estos motivos, que la eutanasia ha cobrado importancia en las últimas décadas.

El desenlace de las enfermedades terminales, graves e incurables ha llevado a que cada vez más personas consideren este método para tener una muerte tranquila, menos dolorosa y con dignidad, sin embargo, este tema sigue siendo objeto de gran debate en todo el mundo y se plantean posiciones diversas las cuales consideran que la eutanasia sigue siendo un acto de homicidio o suicidio puro.

Actualmente, la visión sobre la eutanasia ha evolucionado con el pasar de los años. A lo largo de esta investigación, se observará cómo distintos precedentes han contribuido a una mayor flexibilidad ética desde diferentes perspectivas, la religión, la medicina y los sistemas jurídicos han desempeñado roles cruciales en este debate.

La ética médica ha tenido que equilibrar el juramento hipocrático de "no hacer daño" con el alivio del sufrimiento de los pacientes; algunos sistemas legales han comenzado a considerar el derecho a una muerte digna como una extensión de los derechos humanos fundamentales. Por su parte, las doctrinas religiosas han enfrentado dilemas morales complejos, con algunas tradiciones adaptando sus interpretaciones para aceptar la eutanasia en casos extremos.

En definitiva, el debate sobre la eutanasia no solo cuestiona los límites de la autonomía personal y la dignidad humana, sino también cómo la sociedad entiende y acepta la muerte y el sufrimiento, con el tiempo, es probable que la discusión continúe evolucionando, reflejando los cambios en valores culturales, avances médicos y desarrollos legales.

Otro aspecto relevante de estudio es la relación existente entre la muerte y la dignidad humana, dado que esta última es fundamental en todo lo relacionado con la eutanasia, considerando la dignidad humana no solo como el pilar de los derechos humanos, sino también de la medicina y la bioética, considerándose este concepto como central, el cual fomenta la consideración del consentimiento individual y la autonomía en decisiones cruciales sobre la vida y la muerte.

En este contexto, la dignidad humana se manifiesta en el derecho a elegir una muerte digna, permitiendo que la vida, hasta su fin, se ajuste a los ideales y creencias del paciente, esto incluye la posibilidad de vivir o no según su ideología personal y sus deseos respecto a la calidad de vida.

Además, la dignidad humana juega un papel crucial en la justicia social, combatiendo las desigualdades y enfrentando las opiniones extremistas de la sociedad respecto a decisiones personales, la protección de la dignidad implica garantizar que todas las personas, independientemente de su condición, puedan ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas sobre sus propias vidas, libres de coerción y discriminación.

Este enfoque no solo respeta la autonomía individual, sino que también refuerza la idea de que cada persona merece un trato compasivo y respetuoso, tanto en la vida como en

la muerte, por lo tanto, la dignidad humana, es esencial para construir una sociedad más justa y equitativa, donde todos los individuos puedan vivir y morir con respeto y honor, conforme a sus propios valores y creencias.

Todo lo antes expuesto conlleva un análisis respecto a su viabilidad de aplicación en Costa Rica, examinando asimismo las complicaciones e implicaciones posibles mediante el uso del derecho comparado para analizar el estado actual de otros países respecto al tema de la eutanasia y así obtener nuevos enfoques.

Además, se analizarán casos excepcionales de personas que lucharon por ser escuchadas, que clamaron por recibir un derecho antes no concebido y desencadenar un movimiento social dentro de su respectivo país. Lo anterior con el fin de obtener una respuesta sobre si la eutanasia es viable y cuán amparada está desde un enfoque bioético, sin violar los valores del pueblo costarricense.

Es importante recalcar que en Costa Rica la eutanasia activa está explícitamente prohibida; es la eutanasia pasiva la cual sí está permitida indirectamente, tal y como se estudiará más adelante, consiste en la facultad del paciente enfermo terminal, grave e incurable, de desistir de su tratamiento o someterse a aquellos métodos que le mantengan con vida de manera artificial, esto con el fin, de evitar todos aquellos síntomas dolorosos que pueda conllevar el tratamiento o bien utilizar el tiempo restante de vida para descansar en su hogar en paz.

Con base a lo anterior descrito, es importante destacar que, en algunos escenarios, la eutanasia puede estar habilitada mediante leyes que podría tener muchas interpretaciones y

podrían permitir el uso de técnicas médicas como la sedación paliativa; esto hace que Costa Rica no sea completamente ajeno a un tema tan delicado como lo es la eutanasia activa.

Adicionalmente, las sociedades contemporáneas, incluida la costarricense, han abordado el derecho a una muerte digna con base en los distintos avances médicos y las normativas legales vigentes, esto a través de un enfoque de derecho comparado en el cual, se toma en consideración todos aquellos parámetros que fueron establecidos y tomados en cuenta para legalizar o no la eutanasia.

Las perspectivas éticas que han evolucionado en respuesta a estos desarrollos, considerando la creciente importancia de la empatía y la compasión en la atención médica. A medida que la sociedad avanza, es crucial para evaluar cómo se pueden integrar estos principios para garantizar que todos los individuos tengan acceso a una muerte digna, alineada con sus valores y creencias personales.

La situación de la eutanasia en Latinoamérica es diversa y compleja, reflejando la variedad de influencias culturales, religiosas y legales en la región, a pesar de que algunos países han avanzado en reconocer el derecho a una muerte digna mediante cuidados paliativos y leyes de voluntad anticipada, la legalización de la eutanasia activa sigue siendo un tema que genera controversia y se encuentra en constante debate.

Investigar la eutanasia en Costa Rica y compararla con otros países latinoamericanos, al ser cercanos geográficamente y con importantes similitudes tanto culturales, jurídicas, políticas e históricas, puede proporcionar aprendizajes valiosos para que en un futuro Costa Rica pueda tomarlos como base y desarrollar un marco jurídico para legalizar esta práctica, siempre respetando la dignidad humana, la autonomía personal y los

valores culturales del país, tema el cual se profundizará más adelante y se abordará la situación actual de la eutanasia en Costa Rica.

Además, se examinarán minuciosamente los diversos proyectos de ley presentados en años anteriores, los cuales buscaban su legalización o reconocimiento, como una de las propuestas la cual regulaba aspectos relacionados con el homicidio piadoso y la extinción de la pena.

Actualmente, Costa Rica se encuentra en una encrucijada respecto a la posible legalización de la eutanasia activa. Aunque no se cierra a esta idea, resulta imperativo que cualquier proyecto de ley al respecto sea sólido y capaz de sortear los filtros políticos.

La ambigüedad en los conceptos y la falta de regulación en aspectos críticos, como la situación de los menores de edad o posibles contradicciones con la legislación actual, han obstaculizado que la eutanasia sea siquiera considerada en la legislación costarricense.

Uno de los puntos más sensibles en el debate es la influencia religiosa en la sociedad. Aunque Costa Rica se caracteriza por una fuerte tradición católica, también existe una diversidad de creencias religiosas y posturas éticas que deben ser consideradas, además, el tema debe de ser considerado desde una óptica ética y no meramente religiosa, personal o moral.

Si bien es importante respetar las convicciones religiosas, estas no deben ser el único factor determinante en la discusión sobre la eutanasia. Es esencial abordar este tema desde una perspectiva amplia y objetiva, que tome en cuenta tanto los aspectos médicos como los éticos y legales involucrados.

Además, se debe considerar el derecho fundamental de las personas a una muerte digna y el respeto a su autonomía, en el cual la eutanasia, cuando se practica en un marco legal y ético adecuado, puede ser una opción compasiva para aquellos que enfrentan sufrimientos intolerables y enfermedades terminales.

La implementación de una legislación sobre eutanasia debe ir de la mano con medidas robustas de protección y salvaguarda, especialmente para grupos vulnerables como los menores de edad y las personas con discapacidades que vulneren su capacidad de externar su voluntad o la misma esté limitada.

Otro aspecto importante por tomar en cuenta es que la decisión sobre la legalización de la eutanasia en Costa Rica debe basarse en una cuidadosa consideración de todos los aspectos antes señalados; si bien la influencia religiosa es parte importante del tejido social del país, no debe ser un obstáculo para abordar este tema de manera responsable y compasiva, lo mismo respecto a temas de valores, temas científicos y éticos, pues estos deben avanzar al ritmo que lo hagan los mismos ideales sociales.

Para alcanzar una comprensión más exhaustiva del tema en cuestión, es imprescindible explorar en detalle las cuatro dimensiones que conforman la dignidad humana: la religiosa, la ontológica, la ética y la social, estas facetas nos permiten comprender desde una visión más holística el por qué se enfatiza tanto en este concepto y cómo se erige como un pilar fundamental en la existencia misma del ser humano.

Un punto de suma importancia radica en el principio de la autonomía de la voluntad, el cual se sustenta en la libertad inherente que posee todo individuo para moldear su propia conducta y llevar a cabo acciones de su elección, siempre y cuando estas acciones

estén en concordancia con el ordenamiento jurídico, es decir, con la ley. Es fundamental considerar la importancia de respetar la autonomía individual en la toma de decisiones y acciones, siempre dentro del marco legal establecido.

Otro punto clave es el derecho a la salud. En la actualidad, el concepto de este derecho va más allá de la mera existencia biológica, a lo largo de este estudio, se analizará en profundidad cómo este aspecto sienta un precedente significativo para la comprensión de la idea de vida digna, tal como se concibe en la sociedad contemporánea.

Adicionalmente, es vital educar a la sociedad sobre la eutanasia y el derecho a una muerte digna, así como informar a la población sobre sus derechos, opciones y las implicaciones éticas y legales de la eutanasia, siendo esto esencial para fomentar un debate informado y respetuoso, este enfoque no solo ayudará a desestigmatizar el tema, sino que también permitirá que las decisiones sobre el final de la vida se tomen de manera consciente y con el debido apoyo tanto médico como emocional.

El estudio de la eutanasia ha ganado relevancia en diversas esferas académicas y profesionales debido a su complejidad ética, legal, médica y social, y no es para menos, ya que representa todo un fenómeno, que implica la decisión consciente de terminar con la vida de una persona que sufre de una enfermedad terminal incurable o un dolor intolerable, generando intensos debates a nivel mundial.

La eutanasia ha sido objeto de controversia debido a las diferentes concepciones sobre el valor de la vida, la autonomía individual y la dignidad humana. Con un enfoque investigativo y orientado a la viabilidad de su aplicación o no, este estudio busca comprender las experiencias, percepciones y significados asociados con la eutanasia, tanto

de aquellos directamente involucrados en su práctica o discusión, como de aquellos que la observan y reflexionan desde distintos ámbitos sociales y profesionales.

A través de análisis de documentos y revisión bibliográfica y siguiendo un enfoque comparativo, se pretende profundizar en la complejidad de este fenómeno y sus implicaciones en diversos aspectos de la sociedad contemporánea.

El propósito de esta investigación es contribuir al entendimiento de la eutanasia, ofreciendo perspectivas que enriquezcan el debate público y la toma de decisiones informadas, mediante un enfoque interdisciplinario y reflexivo, que pretende enfocarse sobre las múltiples dimensiones de la eutanasia, promoviendo un debate que realmente analice los beneficios, fortalezas, debilidades, así como las ventajas y desventajas de su aplicación, además de explorar aquellos casos en los que los requerimientos que resultan vitales han sido obviados y como esto podría significar un retroceso respecto a su aplicación y aceptación.

## **Planteamiento del problema**

¿Es realmente la vida humana inviolable desde la óptica de los derechos humanos?

Dentro de la Constitución Política en el artículo 21, se encuentra que la vida humana es inviolable, además, el Código Penal castiga en el artículo 116 a cualquier persona que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, no obstante, es contradictorio al analizar el Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en su artículo 36, el cual menciona textualmente que:

Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos. El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pedido del paciente en plena capacidad y estado de conciencia, es lícito que el médico, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días. Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.

Con base en lo anterior, es evidente la contradicción existente entre las normas y la interpretación de estas con base en los derechos fundamentales como la vida, la salud, la calidad de vida y la muerte digna.

Actualmente la eutanasia de forma pasiva en Costa Rica es una realidad, desde un punto de vista bioético, cada persona debería ser libre de escoger el final de su vida ante una enfermedad terminal, no obstante, ¿Qué le impide a Costa Rica legalizar la eutanasia en comparación a otros países del orbe que ya la regulan dentro de su marco normativo?, ¿Es acaso un tema de derechos humanos, político-social, religioso o cultural?

## **Justificación del tema**

Actualmente el tema de la bioética relacionada al derecho es un ámbito innovador, de gran interés y apertura, además la relación que existe con los derechos humanos lo hace aún más atrayente con el objeto de mantener la constante búsqueda de mejoras a la salud y el fin de preservar la dignidad humana.

La bioética se entiende como aquella disciplina dentro de las ciencias de la salud encargada del desarrollo biotecnológico, así como la protección integral de los sujetos participantes en investigaciones biomédicas, el manejo de distintas patologías y condiciones, así como las prácticas asistidas y la gestión de servicios de salud.

Dentro de la frase "morir con dignidad", existe la oportunidad de poder elegir por sobre la vida propia, así como sus condiciones y el fin de esta, sin embargo, el tema de la eutanasia se convierte en objeto de debate, y por lo tanto surgen varias interrogantes, ya que no se puede imponer a una persona a seguir viviendo con un sufrimiento extremo, sin embargo, no se puede decidir por sobre la vida de este.

Algunas de esas interrogantes que se manifiestan son:

- ¿Es éticamente moral el procedimiento de la aplicación de la eutanasia?
- ¿Existen medios alternativos como la medicina paliativa para el paciente terminal?
- ¿Actualmente, se cuenta con opciones para que el final de la vida sea menos doloroso?

Por eutanasia, se entiende que es la muerte sin dolor o por piedad, compuesta por dos palabras griegas, "eu" que significa buena y "thanatos" que significa muerte, es decir,

es la facultad de poner fin a la vida de una personas sin dolor a razón de su sufrimiento, dentro del actual marco jurídico penal se contempla el homicidio por piedad, el cual abarca el dar fin a la vida de un ser humano debido a una enfermedad incurable o el padecimiento de dolores crueles, con el fin de ocasionar una muerte libre de dolor.

Hoy día, Costa Rica experimenta una serie de cambios sociales, tecnológicos y como consecuencia jurídicos, dentro del campo de la bioética, se puede llegar a ser muy extenso y poco profundizado. En la presente investigación se analizará todo lo relacionado a los valores sociales, éticos y morales asociados a la eutanasia, aunque puede llegar a ser un tema controversial, la realidad es que está presente en la sociedad.

La muerte forma parte del ciclo natural de la existencia, sin embargo, acceder a ella, muchas veces puede llevar a un camino lento y doloroso implicando un agravio en la salud, calidad de vida y en la dignidad de las personas, por lo tanto, es importante analizar cómo Costa Rica está llevando a cabo este tema en su legislación y conocer cómo esto está impactando a su sociedad y si en algún momento el derecho podrá tener una respuesta que se adapte a las necesidades sociales.

En el mundo, otros países como Bélgica o Canadá han instaurado la eutanasia y es completamente legal, siempre que sea por un tema en relación con la salud y a calidad de vida, sin embargo, en Costa Rica aún no es aprobada la eutanasia activa, únicamente de forma pasiva donde el paciente puede rechazar o desistir de un tratamiento que le alargue la vida de forma innecesaria, además, cuando la ayuda que se le suministra al enfermo no evita una muerte próxima.

Por supuesto, el dilema actual es que se encuentra en juego el principal derecho humano existente, el derecho a la vida y es bien sabido que se ha planteado que esta debe protegerse y resguardarse a toda costa, sin embargo, entra una interrogante ¿no es la autonomía, la dignidad y la salud parte de tener una vida digna?

La eutanasia entra en el campo de la bioética, ya que tal como se mencionó al inicio, esta conlleva una serie de factores sociales y éticos, también entran otros como religiosos, políticos, biológicos y científicos. Es claro que, si bien no se puede llegar a un punto políticamente correcto, se puede al menos llegar a un punto medio y entender el por qué podría o no aplicarse, pero más importante aún, cómo ponerlo en práctica sin quebrantar los intereses y derechos de la persona por fallecer, asegurando una muerte asistida, digna y voluntaria, así como libre de dolor u afección.

Actualmente es importante analizar la realidad jurídica del país respecto al tema, pues aún hay que analizar hasta dónde es legal y en dónde no lo sea, tomar en cuenta la responsabilidad penal para la persona que asista a la muerte de otra, incluso, tomar en cuenta la responsabilidad civil en caso de que esta no sea llevada a cabo correctamente causando un daño a la persona y sus familiares.

## **Objetivo General**

- Determinar la viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica con base en los derechos humanos.

## **Objetivos Específicos**

- Identificar el rol de la bioética en relación con la eutanasia.
- Analizar la eutanasia desde la óptica de los derechos humanos como norma superior a lo establecido en Costa Rica.
- Analizar la bioética en relación con los derechos humanos y su relación jurídica con la eutanasia.
- Analizar la aplicación de la eutanasia dentro del marco jurídico costarricense.
- Evaluar el impacto social de la aplicación actual de la eutanasia dentro del marco jurídico costarricense.

## **Alcances**

A través de la presente investigación, se determinará la viabilidad de la eutanasia activa en Costa Rica en el contexto costarricense, considerando aspectos éticos, jurídicos y sociales, además de utilizar el derecho comparado como base para analizar su aplicabilidad.

Además, se explorará el impacto ético, jurídico y social de la eutanasia y el suicidio asistido examinando como estos son percibidos y regulados en diversos contextos internacionales, identificando complejidades y debatiendo prácticas exitosas y problemáticas.

Al analizar normativas internacionales y su aplicación en el exterior se realizará un análisis exhaustivo de las leyes y políticas de otros países respecto a la eutanasia, voluntades anticipadas y cuidados paliativos, con el objetivo de identificar posibles adaptaciones y aprendizajes aplicables en Costa Rica.

De igual manera al estudiar proyectos de ley previos de Costa Rica y sus implicaciones, se pretende abordar intentos legislativos anteriores relacionados con la eutanasia en el país, identificando obstáculos y lecciones aprendidas que puedan influir en futuras iniciativas legislativas.

A través del estudio respecto a la ética médica en el contexto de la eutanasia, se analizará cómo se aplican e interpretan las normas éticas dentro de los distintos marcos jurídicos en situaciones de enfermedades terminales, tomando en consideración aquellas medidas que pudieran proteger los derechos del personal de salud y promover prácticas médicas éticamente responsables, sin importar la posición del personal de salud respecto al tema.

Evaluando la infraestructura y calidad de los cuidados paliativos en Costa Rica se investigará la disponibilidad y la calidad de los servicios de estos cuidados a nivel país, subrayando la importancia de alternativas humanas y efectivas para la gestión del sufrimiento terminal.

De esta manera se cumple con el objetivo de contribuir al conocimiento jurídico y académico, ya que a través de la presente investigación se pretende ampliar el conocimiento

sobre la eutanasia y sus implicaciones legales y académicas en Costa Rica, proporcionando una base sólida para futuras investigaciones y debates informados.

Por último, se desea formar una posición sobre la eutanasia ofreciendo un análisis detallado y multidimensional que pueda influir en el debate público y en la formulación de políticas relacionadas con la eutanasia en Costa Rica, promoviendo una toma de decisiones basada en evidencia y ética.

Estos alcances delimitan los objetivos específicos que guiarán la investigación y que se espera aborden de manera integral la complejidad y los desafíos en torno a la eutanasia en el contexto costarricense.

### **Limitaciones**

Durante la elaboración de esta tesis, se encontraron algunas limitaciones significativas, tales como el que la información sobre el tema dentro de la jurisdicción costarricense era escasa y faltaban antecedentes suficientes sobre algunas figuras jurídicas en el país.

El uso del derecho comparado se vio afectado por barreras lingüísticas, lo que dificultó la búsqueda de jurisprudencia y doctrina en otros idiomas, además, algunas fuentes de información tenían restricciones geográficas, lo que dificultó el acceso a documentos clave, no obstante, se realizaron todos los esfuerzos posibles para obtener información verídica y relevante para la investigación.

La percepción pública sobre el tema también representó una limitación, aunque la eutanasia es un tema discutido desde hace muchos años y ha ido ganando aceptación, sigue siendo un tabú en los ámbitos religioso y social, en Costa Rica, una nación con fuertes raíces religiosas, hay resistencia en ciertos sectores de la sociedad hacia la legalización de la eutanasia.

Por último, está el contexto en el que se aplicará la información recopilada, esto debe entenderse dentro del marco de cada país, considerando su cultura, economía y aspectos jurídicos y éticos, por lo tanto, dicha información debía examinarse con especial atención para comprenderla de la mejor manera posible.

## **Maco metodológico**

### **Métodos de Investigación**

El fin de esta investigación es determinar la viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica, la cual se aborda desde su concepción histórica y actual, analizando las presentes leyes, así como las propuestas de ley, haciendo una comparación con otros países los cuales ya legalizaron esta práctica de forma activa.

El estudio se sirvió de diversos métodos de investigación, como punto de partida se utilizó el histórico; con el cual se pretendía abarcar el tema desde sus inicios y el cómo esta práctica era utilizada en otras culturas. Además, se hizo uso del método sistemático; este por su parte, es para recolectar la información de forma completa y ordenada con el fin de analizarla y compararla en su totalidad.

Otro método que sustentó la tesis es el analítico; este se refiere al análisis que se aplica a la información obtenida y se utilizó para examinar el tema de forma completa, partiendo de la información general a la específica con el fin de comprender a cabalidad la temática y el cómo aplicarla en el contexto social actual que vive el país e incluso, en diferentes países que tienen la práctica de la eutanasia activa regulada.

### **Enfoque**

La presente investigación se ejecutó bajo un enfoque cualitativo, tal como mencionan Hernández et al (2014), tiene como característica principal el analizar diversas realidades subjetivas sin base alguna en la estadística, todo lo contrario, la indagación y el

análisis de la literatura existente, promovieron la formulación y adquisición de nuevos conceptos, teorías y puntos de vista, así como la posibilidad de analizar la variedad de conceptos que se tienen con relación al tema de investigación, además generó nuevas interrogantes en otras áreas, lo cual permitió abarcar el tema desde todos los aspectos de su realidad.

Además, al ser un enfoque cualitativo, conlleva a evaluar la realidad de una manera más subjetiva generando un proceso inductivo en donde se examina y se detalla la forma en la que se aborda el tema de investigación no solo en la actualidad, sino en tiempo antiguos, así como en diversos países y culturas.

Los datos obtenidos en el proceso de investigación y recolección de información tienen como propósito el comprender mejor la realidad del cómo la eutanasia es concebida, sin dejar de lado la necesidad de que sea vista de una manera holística, permitiendo la construcción del conocimiento, al igual que su viabilidad dentro del marco jurídico costarricense.

### **Fuentes de Información**

El estudio utilizó fuentes indirectas, necesarias para la recopilación de conceptos e información sobre el tema de investigación, así como para el desarrollo de la investigación y análisis. Entre ellas: jurisprudencias, leyes y códigos nacionales y extranjeros, proyectos de ley, derecho comprado, libros y revistas jurídicas digitales e impresas, al igual que otros medios informativos como periódicos y programas de radio o televisión.

### **Técnicas de investigación**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo central el determinar la viabilidad jurídica de la eutanasia activa en Costa Rica al amparo de los derechos humanos y el derecho comparado desde un enfoque bioético. Para la obtención de información fue importante revisar documentación porque, según Hernández et al (2014), este procedimiento permite consultar información recopilada y elaborada por otras personas, organizaciones e instituciones, con el fin de conocer la realidad que se estudia.

La información obtenida de la investigación realizada fue analizada y utilizada de forma descriptiva y comparativa con el fin de determinar cómo es concebida la eutanasia en Costa Rica, además de la viabilidad de aplicar una eutanasia activa en un futuro cercano, en donde el análisis de información y la aplicación de esta práctica en otros países, permite que se pueda comparar y considerar la posibilidad de llegar a optar por esta práctica en el país.

## Marco Teórico

### Capítulo I: Eutanasia, muerte, enfermedad y dignidad humana

El término eutanasia va más allá que la muerte voluntaria y planificada de una persona en fase terminal, se conciba erróneamente, como la decisión deliberada de tomar posesión de la vida de otros y ponerle fin, cuando así sea más favorable. No obstante, más que una muerte intencionada es la oportunidad de darle al paciente terminal una alternativa para así poder, por sí mismo, decidir sobre su vida y optar por una muerte digna.

La muerte es una realidad ineludible para todo ser humano, independientemente de la apertura por aceptarla o negarla como un evento individual. Se trata de un proceso intrínseco a la mera existencia humana, y se espera que transcurra de manera serena y reconfortante.

Resulta difícil concebir que alguien desee enfrentarse a una muerte prolongada, trágica y dolorosa, pues nadie quisiera atravesar por todo ese dolor y sufrimiento, sin embargo, aunque lo ideal sería no tener que pasar por dicha situación, esta dolorosa realidad no es ajena a muchos.

Precisamente y ante estas circunstancias es que la eutanasia se ha convertido en una opción, porque representa para personas en fase terminal, la oportunidad de liberarse del dolor ocasionado por una enfermedad grave e incurable que les aqueja; consiguiendo así, una muerte digna y el respeto a su integridad.

La intención que se pretende con el desarrollo de este primer capítulo es ofrecer al lector un análisis histórico sobre la eutanasia, desde el cómo se aplicaba en tiempos

antiguos sin que fuese considerado un delito, sino más que todo una tradición y el cómo con el pasar de los años, tanto la práctica como el concepto han cambiado en diversos países.

Además, se abordará el concepto de persona, pues es clave para considerar la viabilidad de la eutanasia activa. Incluso, según la condición de cada uno de ellos, la toma de decisiones varía respecto a quien decide:

- La persona enferma debe tener la capacidad de decidir por sí misma, para así establecer que es lo que más le conviene.
- En el caso de los menores de edad, son sus padres quienes están a cargo de tomar decisiones. En otros casos, serán otros representantes legales establecidos por un juez e incluso, en temas de salud, cuando los representantes toman decisiones contrarias a la protección del menor, serán los médicos quienes podrán decidir.
- Para las personas discapacitadas, es esencial tener conciencia y ser responsables de sus propios actos. Caso contrario serán los representantes legales establecidos por ley o así indicados por un juez de la República.

Lo anterior, para proporcionar a cada una de ellas, la posibilidad de decidir cómo quieren vivir sus últimos días respecto a vivirlos con calidad. Incluso, podría valorarse en esta toma de decisiones, también respecto a valorar la posibilidad de optar por una muerte digna, según así lo defina una eventual ley que se aprobara.

Elegir una muerte corta y pacífica, parece ser mejor opción que tener una vida larga, agobiante y dolorosa, sin embargo, el considerar una muerte pronta y aliviadora pudiera ser visto en ocasiones con repudio al pensar que es una opción fácil de liberarse de la

enfermedad y no luchar por la vida misma, siendo, además, catalogado como un suicidio si lo ejecuta la misma persona que sufre la enfermedad o un asesinato en caso de que sean otros quienes participen en la conclusión indolora de la vida de la persona enferma.

Sin embargo, es de suma importancia el analizar las razones por las cuales muchas veces el optar por una muerte liberadora es válido, dentro de este apartado, también se abordan los diferentes tipos de enfermedades, así como aquellas que son consideradas como terminales, graves e incurables y se realizará la diferenciación entre estas.

Es importante tener en cuenta que la eutanasia, ya sea activa (de manera intencional y efectiva) o, pasiva, (cuando se deja de suministrar el tratamiento), no aplica para todas las enfermedades o sintomatologías por igual, de la misma manera como no todos los medicamentos aplican para todos los pacientes en la misma condición, cada caso se debe de analizar y abordar por separado, ya que, no todas las personas poseen los mismos síntomas ni el mismo efecto para todos los medicamentos y tratamientos.

### **Eutanasia y suicidio asistido: Análisis histórico y tipos.**

Para efectos de esta investigación, es importante iniciar con el concepto de “eutanasia” la cual deriva su origen del griego y está compuesta por dos términos, así como lo indica Carrasco (2020): “eu” que significa: bueno y “thanatos” que significa: muerte.

Esta palabra compuesta, hace referencia a una buena muerte, la cual refiere a la posibilidad de poner fin, sin dolor, a la vida de una persona o por piedad, a razón de su sufrimiento. Esta práctica se realiza por medio de un profesional médico quien está a cargo de provocarle la muerte a la persona, atendiendo la solicitud de la ayuda para morir que

solicita el paciente, o incluso que solicita su representante legal, si así lo contemplara una eventual norma que regule el tema.

La eutanasia, es una práctica que ha estado presente desde los albores de la humanidad, a medida que la sociedad ha avanzado en diferentes aspectos de la vida, como la subsistencia, la cacería, el nomadismo y la agricultura, también ha tenido que abordar el tema de cómo lidiar con la muerte de sus miembros.

La necesidad de tomar decisiones sobre el final de la vida de personas cercanas ha sido una constante en la evolución social, a lo largo de la historia, las comunidades han desarrollado diversos enfoques y normas para enfrentar este dilema, reflejando las creencias, valores y circunstancias específicas de cada época y cultura.

La eutanasia, como parte de este proceso, ha sido objeto de discusión y debate en diferentes contextos culturales y éticos. Su práctica y percepción han variado a lo largo del tiempo y entre diferentes sociedades, reflejando la complejidad y la sensibilidad de este tema a lo largo de la historia humana.

Así, como lo indican Campos et al (2001), en su escrito sobre las Consideraciones acerca de la Eutanasia, algunos pueblos primitivos acostumbraban a matar o abandonar a los ancianos o personas muy enfermas, además, se practicaba la “eutanasia voluntaria”, la cual se abordará a detalle más adelante, sin embargo, hace referencia a la voluntad de la personas enfermas o ancianas de decidir sobre su vida y muerte, así como en la etapa antigua, la práctica más común, era que el hijo mayor del familiar enfermo estaba obligado a proporcionarle una buena muerte a su padre viejo o terminal.

No obstante, la tradición cambia en los pueblos judíos, en donde estas prácticas eran castigadas, ya que se concibe que el único que puede decidir sobre la vida o muerte de una persona es su Dios, Jehová; dentro de los textos bíblicos se puede encontrar en el Segundo Libro de Samuel, un extracto de un capítulo en donde se relata que después de un conflicto armado, el Almaceita da muerte por piedad a Saúl al verlo apoyado sobre su lanza y éste le suplica que lo mate, para que lo libere de su angustia, no obstante más adelante, el Almaceita es castigado y herido de muerte por haberle quitado la vida al ungido de Jehová. (Reina - Valera 2009).

Continuando con el análisis histórico, los pueblos griegos y romanos, abordaron el tema de la eutanasia y el suicidio asistido de una forma distinta e interesante, ya que en estas sociedades, se les brindaba a las personas la posibilidad de suministrarle veneno a quienes fueran capaces de demostrar y convencer a los miembros de la corte el deseo genuino de acabar con su vida para poner fin a un dolor o sufrimiento específico.

En la etapa medieval y moderna, la eutanasia y el suicidio asistido adquieren una nueva interpretación y se contextualizan de manera distinta, durante estos períodos históricos, se observa que estas prácticas fueron contempladas en contextos específicos, principalmente en relación con los soldados gravemente heridos en el campo de batalla, para aquellos que se encontraban en una situación de sufrimiento extremo e irremediable, se consideraba una medida compasiva permitirles poner fin a su dolor de forma rápida y sin prolongar su agonía.

Sin embargo, a pesar de estas excepciones, para las comunidades cristianas de la época, la eutanasia y el suicidio asistido eran considerados actos despreciables, la creencia

predominante sostenía que el sufrimiento debía ser aceptado como parte de la voluntad de Dios, y que era necesario sobrellevarlo hasta el final como una muestra de devoción y fidelidad al Todopoderoso.

Esta visión, arraigada en principios religiosos, implicaba que cualquier intento de acortar deliberadamente la vida de una persona era considerado contrario a la voluntad divina y moralmente censurable.

Durante esta misma época, el inglés Francis Bacon, mencionado por Bont et al (2007), promovía la investigación de métodos para disminuir el sufrimiento y no ver la enfermedad como una fatalidad terminal, sino como una oportunidad de aprendizaje y avance científico, Francis creía que se podía ir más allá y que el trabajo del médico no se centraba únicamente en mejorar la salud de sus pacientes sino que, de forma humana, se podían buscar alternativas para aliviar la angustia y el dolor del paciente y que de esta forma pudiese llevar su vida más fácil y con menos sufrimiento.

Como parte de su avance histórico, la eutanasia se ha logrado clasificar en diferentes tipos, según el modo, la intención y la voluntad del paciente, los cuales se abordarán a continuación de acuerdo como lo indica Behar, (2007):

Respecto al modo

- Eutanasia activa: Es también conocida como eutanasia positiva, la cual interviene en el proceso de morir y se realiza con la intención de provocar la muerte del paciente por medio de una acción determinada. La decisión puede ser tomada por la misma persona enferma, así como por las familias antes ciertos casos específicos.

- Eutanasia pasiva: Este tipo de eutanasia consiste en la abstención de proporcionar el medicamento o tratamiento por decisión del paciente o la suspensión de este con el fin de evitar prolongar el sufrimiento de la persona al no tener mejoría alguna con el procedimiento, no obstante, se continua con el acompañamiento al enfermo brindando cuidados paliativos, así como diversas terapias y ciertos medicamentos para la sedación con el fin de aliviar los dolores del paciente.

#### Respecto a la intención

- Eutanasia directa: Es la acción u omisión por medio de un acto médico con el cual se busca el poner fin a la vida de la persona enferma.
- Eutanasia indirecta: Este tipo de eutanasia busca el evitar el sufrimiento y el dolor de la persona por medio de medicamentos como lo son analgésicos o drogas opioides como la morfina, el fentanilo, tramadol, entre otros.

#### Respecto a la voluntad

- Eutanasia voluntaria: Es en donde la persona con el padecimiento solicita con su consentimiento la finalización de su vida.
- Eutanasia no voluntaria: En esta situación, a diferencia de la eutanasia voluntaria, no se tiene en cuenta la voluntad del paciente.

Sin embargo, este último tipo de eutanasia es considerada como un acto reprochable, ya que se estima que ni el Estado ni otra persona tiene derecho a decidir sobre la vida de una persona sin su consentimiento pleno y previamente informado o bien, sin tener una razón viable o considerable entre las excepciones.

Además del término eutanasia, conviene abordar otros términos relacionados a este como lo es la distanasia y la ortotanasia, Giraldo (2008), indica que el primer término busca el retraso de la muerte del paciente por medio de terapias o medicamentos de una forma excesiva, sin tener calidad de vida, luchando desmesuradamente contra la muerte para así evitarla.

Contrario al anterior, la ortotanasia hace referencia al abordaje que se le da a la enfermedad del paciente, donde se le brinda ayuda tanto a este como a la familia de este para poder enfrentarla, y a su vez, procurar alivio al dolor y sufrimiento respetando la dignidad de la persona.

Además de abordar el tema de la eutanasia y sus tipos, cabe hacer una diferenciación entre este término y el concepto de suicidio asistido, que si bien ambos poseen semejanzas son términos diferentes, los cuales no deben de confundirse ya que son aplicados en distintos escenarios bajo premisas jurídicas diferenciadas.

Tal y como se mencionó al inicio de este apartado, la eutanasia consiste en la ayuda que se le brinda a una persona de morir, la cual ha solicitado a raíz de su enfermedad, dolor y sufrimiento, y es el profesional médico quien provoca la muerte del paciente; diferente del suicidio asistido el cual se da, como lo indica Bertolín (2022), cuando la persona que desea morir es quien pone fin a su propia vida por medio de la ingesta de un medicamento letal, donde es el personal médico está a cargo de proporcionar la receta del medicamento.

En ambos casos, lo que se pretende es poner fin a la vida del paciente, sin embargo, el medio por el cual se llega a ese objetivo es distinto, en la eutanasia, es el médico quien se

encarga de suministrarle al paciente el medicamento y en el suicidio asistido, es la misma persona la que se encarga de suministrarse a sí mismo el fármaco bajo autorización y supervisión médica.

Se resalta también que, para cada caso se debe de realizar un análisis y evaluación detallada de las razones por las cuales la eutanasia sería una opción para poner fin a la vida de alguien, esta no es una decisión deliberada, sino que debe de ser analizada la condición de vida del paciente, así como su deterioro a causa de la enfermedad siendo este el punto medular de análisis, en donde se abordará más adelante lo que se considera por enfermedad, así como la diferenciación entre enfermedad terminal, grave e incurable sin dejar de lado la dignidad humana de la persona.

### **Muerte, clasificación y tipos**

El fallecimiento de una persona es un acontecimiento de gran importancia en la mayoría de las culturas alrededor del mundo, este se convierte en un tema para la reflexión a lo largo de la vida, provocando preguntas como ¿Cuándo ocurrirá? ¿Dónde será? ¿De qué manera sucederá? y, por supuesto, la eterna incógnita de si existe algo más allá del término de la vida. Este proceso inevitable lleva a contemplar aspectos profundos de la existencia e invita a reflexionar sobre el significado de la vida y la muerte.

El fenómeno del fallecimiento ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales y es un proceso intrínsecamente natural en la existencia humana, sin embargo, la percepción de este varía significativamente según la región, cultura y sistema jurídico en el que cada uno se encuentre, para algunos, el fallecimiento evoca sentimientos de tristeza, mientras que para otros puede representar un sentido de alivio o liberación.

Este último punto es especialmente relevante, ya que, en muchos casos, la muerte está precedida por una dolorosa y prolongada agonía debido a enfermedades terminales, la manera en que cada individuo, sociedad o grupo cultural enfrenta y comprende este proceso final de la vida puede ser un reflejo de sus creencias, valores y experiencias personales

No obstante, para comprender algo tan complejo, se debe comenzar por definirla; la palabra muerte, según la Real Academia Española (2024) viene del latín *mortis* y *mors*, refiriéndose al término de la vida, en algunas culturas y religiones esta conlleva, además, la separación del alma y del cuerpo, pues representa un tema más que corporal, espiritual.

Echeverría et al (2004), determinan que la muerte de una persona es cuando termina su vida biológica por diversas causas y factores, dando paso a la descomposición y desintegración de su organismo, ante esto, surge la duda ¿Cómo se declara muerta a una persona desde la medicina?

El mismo autor, menciona que la muerte se declara por medio de un equipo médico y legal, el cual certifica la defunción del paciente por medio de un documento llamado certificado o acta de defunción y este se emite una vez se vean detenida todas las funciones vitales en varios sistemas, como el respiratorio, cardiovascular y neuronal.

La reflexión anterior se enlaza con una serie de fenómenos inherentes al ámbito de la tanatología, una disciplina dedicada al estudio de la muerte y los fenómenos asociados a ella, la tanatología por su parte aborda diversos aspectos relacionados con el proceso de fallecimiento.

Como lo señala la Clínica Universidad de Navarra, (s.f), tales como la rigidez cadavérica, la pérdida de temperatura corporal, la cianosis (coloración azulada de la piel), la lividez cadavérica (manchas de posición), la deshidratación y el inicio y avance de la putrefacción, entre otros, estos fenómenos, estudiados por la tanatología, ofrecen una comprensión más profunda de los procesos físicos y biológicos que acompañan al final de la vida humana.

De acuerdo con Echeverría et al (2004), actualmente se reconocen dos criterios para el diagnóstico de muerte; cardiovascular y encefálico.

- Diagnóstico de muerte cardiovascular: Las funciones vasculares y cardio respiratorias se ven estrechamente relacionadas entre sí, estas están ligadas al proceso de aporte de nutrientes y oxígeno a nivel de las células y tejidos, provocando que sin estas sea imposible la sobrevivencia, por ende, el cese irreversible de este proceso da con el término de la vida.
- Criterio de muerte encefálica: Hasta finales de la década de los sesenta, únicamente se contaba con el criterio de diagnóstico de muerte cardiovascular, sin embargo, con base en una serie de criterios neurológicos se logró determinar que no es esta la única razón por la cual se diagnostica la muerte de un paciente.

Este último criterio también se conoce como muerte cerebral, que se refiere a un daño grave e irreversible en las funciones cerebrales. Aunque las funciones cardiovasculares del individuo pueden permanecer activas, el daño cerebral es tan extenso que la vida tal como se conoce resulta imposible.

En este estado, el paciente entra en un coma del cual no se recuperará, lo que implica que se requiere mantener equipo médico e instalaciones ocupadas sin perspectivas de mejoría para el paciente, este diagnóstico plantea dilemas éticos y médicos importantes, ya que desafía la noción convencional de la muerte y plantea cuestiones sobre el manejo de los cuidados intensivos y la donación de órganos a beneficio de pacientes con mejores expectativas de vida.

Ahora bien, el concepto de muerte cerebral adquiere relevancia debido a la donación de órganos, pues como se señaló previamente, en estos casos, el paciente conserva la actividad cardiovascular, pero ha perdido de manera irreversible las funciones cerebrales.

Es decir, el cuerpo permanece con vida, pero el individuo ha dejado de tener actividad cerebral, esta distinción es fundamental en el proceso de donación de órganos, ya que permite determinar el momento en que un individuo puede ser considerado como donante potencial, la comprensión precisa de este concepto es esencial para garantizar la integridad ética y médica de los procedimientos de donación de órganos.

### **Tipos de muerte**

Según Montagud (2021), existen diversas maneras en las que se clasifica un fallecimiento las cuales se mencionan a continuación:

- Muerte natural: esta es por envejecimiento, ya que es completamente normal que al llegar a una edad avanzada el organismo se vaya deteriorando cada vez más y

ciertas funciones o algunos órganos fallen, siendo esto completamente normal y dentro del proceso de la vida.

- Muerte aparente: este tipo era más común en la antigüedad, ya que era cuando se creía a una persona fallecida, porque cumplía con una serie de fenómenos que hacían creer que ya no estaba con vida, es decir, por medio de un estado transitorio aparentaba estar muerta, pero en realidad no.

En la antigüedad, esto provocaba que muchas personas fuesen enterradas vivas.

- Muerte súbita: esta se caracteriza por un deceso rápido e inesperado, pues no hay sospecha de una enfermedad o una posible enfermedad a corto plazo, esta es común en recién nacidos.
- Muerte violenta: las causas de esta son completamente ajenas a cualquier funcionamiento del cuerpo, como por ejemplo, un accidente automovilístico o una caída.
- Homicidio: en esta, alguien más es quien termina con la vida de otro deliberadamente.
- Muerte accidental: en este caso, el individuo si bien, no muere por algo propio de su organismo, tampoco sucede porque él o alguien más tuviese la intención de hacerlo, sino que es meramente un accidente, como por ejemplo una caída de alto impacto.
- Suicidio: en esta, la persona es quien decide por voluntad propia culminar con su vida. Este tipo de muerte está asociada a padecimientos mentales, como la depresión o el estrés en exceso.
- Suicidio asistido: puede que se parezca bastante a un simple suicidio, ya que, si bien existe la voluntad del individuo de acabar con su vida, no lo ejecuta él mismo, sino

que es realizado por alguien más a través de un proceso estricto y minucioso, ya que se da por medio de medicamentos letales, los cuales deben tener una dosis correcta, buscando una muerte sin dolor y agonía.

Por lo general se opta por ello cuando existe una enfermedad en fase terminal que genera un intenso dolor y ya no tiene cura.

- Muerte somática: en este caso, la muerte no es provocada por una sola falla, sino que varios sistemas u órganos fallan al mismo tiempo, provocando la muerte de manera muy rápida y en algunos casos, instantánea.
- Muerte síncope: esta es provocada por un fallo cardíaco, ya que no llegan impulsos nerviosos y provoca que la sangre no circule adecuadamente.
- Astenia: cuando el flujo sanguíneo es débil, provoca patologías cardíacas.
- Necrosis: en este caso, muere una o varias células, debido a patógenos, provocando que se descomponga la zona afectada, en incluso puede viajar al resto del cuerpo.
- Necrobiosis: al igual que la necrosis, consiste en la muerte de células, sin embargo, en este caso es de manera programada que en realidad no causa problemas, no obstante, sí cuando es provocada por la activación de un gen o patología.
- Muerte clínica: en este concepto se toma más que todo lo necesario para conceptualizar la muerte, de manera que se describe como una falta de emisión de impulsos nerviosos por cuenta del paciente.

### **Enfermedad en fase terminal, grave e incurable.**

Ciertos padecimientos resultan en una gran agonía y dolor en el paciente, generando no solo un malestar y desgaste físico, sino también emocional y mental, comprometiendo

su calidad de vida, por tanto, es imperativo, que en primer lugar se pueda comprender lo que se entiende como una enfermedad que se ha dictaminado como fase terminal; esto es, grave e incurable.

La Ley 7756 (1998), hace referencia en su artículo 3, a todos aquellos padecimientos avanzados, que no son posibles de curar y por el contrario solo avanza, en este caso, desafortunadamente no hay expectativa alguna sobre el tratamiento aplicable, la expectativa de vida es igual o menor a seis meses, aunque puede ser que el paciente pueda prolongar un poco el plazo, resultado de una respuesta positiva al medicamento. En el caso de personas menores de edad el tratamiento queda a consentimiento de sus encargados legales.

De acuerdo con Amado y Oscanoa (2020), el hecho de que en la actualidad el acceso a la tecnología y los avances médicos hayan contribuido a una mayor longevidad del ser humano, no lo exenta de padecer enfermedades crónicas, sin embargo, estos padecimientos se tornan más soportables cuando gracias a un correcto tratamiento, la calidad de vida se ve mejorada hasta cierto punto.

Los autores antes mencionados definen y dividen las enfermedades en fase terminal de la siguiente manera:

- Enfermedad en fase terminal: se refiere a la etapa terminal de una enfermedad avanzada y progresiva, en esta el daño a la salud del paciente es irreversible, por tanto, no existe un tratamiento curativo, todo lo contrario, la enfermedad solo limita

cada vez la vida del paciente, teniendo una esperanza de vida corta, síntomas cambiantes y fragilidad.

- Enfermedad oncológica en fase terminal: el cáncer con diagnóstico histológico (a nivel de tejidos) en estado clínico cuatro, con metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple.

En este caso el paciente ha recibido tratamiento que, aunque puede o no haber resultado de manera eficaz, llega a un punto en el cual ya no responde de manera positiva al tratamiento, teniendo una respuesta muy poca o nula.

- Enfermedad no oncológica en fase terminal: en este caso el daño proviene de un órgano en específico, este agravio es irreversible, se encuentra en fase terminal cuando el daño solo avanza sin tener respuesta al tratamiento especificado.
- Situación de últimos días o agonía: en este lapso, el paciente se encuentra en su periodo final de su ciclo vital. Resulta ser un plazo bastante angustiante para el paciente y sus familias, pues presenta síntomas irreversibles de muerte, como la alteración de los signos vitales.

Para una mejor comprensión del tema, se analizará qué tipos de enfermedades son consideradas como terminales, graves e incurables, haciendo la diferenciación entre ellas, Amado y Oscanoa (2020), especifican aquellos criterios determinantes de estas enfermedades:

- Paciente oncológico: cáncer avanzado, progresivo e incurable, con diagnóstico histológico demostrado en fase IV, metástasis cerebral, modular, hepática o

pulmonar múltiple. Haber recibido tratamiento estándar eficaz y/o tener una situación escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo.

- Paciente no oncológico: padecimientos cardiacos como el poco bombeo de sangre de uno de los ventrículos (eyección), la falta de recepción de oxígeno.

Algunos otros ejemplos son:

- Insuficiencia respiratoria con disnea basal y/o saturación de oxígeno basal.
- Insuficiencia renal crónica en estadio 5.
- Hepatopatía crónica con datos clínicos de hipertensión portal, con posibilidad de insuficiencia hepatocelular grave en estadio C.

En los casos anteriores, se considera fase terminal si el paciente no es candidato a un trasplante o a un tratamiento sustitutivo.

Los padecimientos neurológicos considerados terminales son la demencia en estadio 7 y enfermedades cerebrovasculares, esclerosis lateral amiotrófica y múltiple, así como la enfermedad de Parkinson (en estadio 5), estos padecimientos se toman como terminales en el caso que se presente un deterioro cognitivo y funcional de las actividades básicas de la vida cotidiana.

Con relación a las enfermedades graves, Bravo et. al (2000), mencionan que este concepto, es muy distinto al de una enfermedad en fase terminal, ya que la gravedad de una enfermedad radica en la condición de amenaza potencial para la vida del paciente enfermo sin que esto sea una razón para declararlo en fase terminal.

Es decir, un enfermo que esté con la salud muy comprometida y que su enfermedad amenace potencialmente su vida no precisamente es considerado un enfermo en fase terminal ya que pueden existir una serie de alternativas para abordar la enfermedad y tratarla con el fin de que esta mejore ya sean terapias, medicamentos, trasplantes, entre otros, es decir el enfermo grave tiene alternativas.

Con base en lo anterior, es importante resaltar un ejemplo clave y entendible muy reciente vivido a nivel mundial, durante la pandemia del COVID-19, los pacientes que necesitaban asistencia respiratoria o ubicados en salas de cuidados intensivos eran considerados en condición grave, no obstante, no eran considerados enfermos terminales, la gravedad de la enfermedad no es sinónimo de terminalidad, muchos superaron la enfermedad, para otros la realidad fue muy distinta, sin embargo, la gravedad de la enfermedad no determinaba el fin de la vida.

La incurabilidad es otro factor determinante en una enfermedad diagnosticada, cuando la enfermedad que afronta el paciente no posee ninguna cura médicamente establecida, no significa que por este motivo se deba declarar como un enfermo terminal ya que, así la enfermedad amenace la salud del paciente, la condición puede ser tratable por medio de terapias y/o medicamentos que favorecen la continuidad de la vida de la persona y permiten que pueda llevar una vida con total normalidad y no por este motivo se debe de considerar como un padecimiento terminal.

### **Dignidad humana, concepto de persona**

El concepto de dignidad humana varía según la posición o enfoque que se le atribuya, sin embargo, es una expresión meramente ética, tal y como lo abordó Kant,

mencionado por Michelini (2010), la dignidad se concibe como un valor intrínseco de la persona moral, además, coloca a la autonomía moral como el fundamento de la dignidad humana ya que se considera al ser humano como un fin en sí mismo, el cual puede distinguir lo justo de lo injusto, lo moral de lo inmoral, así como actuar de forma responsable.

Con base en lo anterior, la dignidad humana es considerada el punto medular que hace posible la diferenciación entre los seres humanos de los animales, todo ser humano es acreedor de la dignidad humana, así como de la autonomía, voluntad y la capacidad ética y moral por el solo hecho de pertenecer a la especie humana, esta está estrechamente ligada a la existencia del hombre en sí y esta afirmación es clave para determinar los demás derechos que nacen gracias a la vida misma.

Además, la dignidad humana está intrínsecamente relacionada con los derechos humanos ya que se considera, como lo menciona Samayoa (2021), el valor fundador de todos los derechos humanos, es decir, se considera como la principal fuente para que de esta forma los demás derechos humanos puedan cobrar valor.

Por su parte, Ruiz, citado por Samayoa (2021), menciona que la dignidad humana posee una categoría pluridimensional la cual se desarrolla en 4 dimensiones: religiosa, ontológica, ética y social. La primera dimensión hace referencia a la concepción de la persona desde un punto de vista del cristianismo en la cual se concibe al ser humano como la creación perfecta a imagen y semejanza del mismo Dios forjando de esta forma un vínculo divino.

La segunda dimensión, hace énfasis en la inteligencia racional que posee el ser humano, la conciencia que tiene de sí mismo como un ser de acción y razón,

La tercera dimensión se enfoca más en la autonomía moral, la conciencia sobre los modelos de conducta, si su actuar es aceptable o no, así como la diferenciación de los buenos o malos actos, su responsabilidad y consecuencias.

Por último, la dimensión social se refiere al comportamiento conforme al decoro, la gravedad de sus actos o la aceptación social que posea el individuo, es decir, la dignidad humana muchas veces está comprometida por el factor social que impera alrededor de la persona y el cómo es esta vista entre sus iguales ya que esto es determinante para una aceptación social necesaria, así como un óptimo desenvolvimiento en sociedad.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), hace referencia a la dignidad humana y la intrínseca relación con los derechos humanos en su artículo tercero, el cual indica que la dignidad humana debe de ser plenamente respetada, así como los derechos humanos y las libertades fundamentales, siendo prioridad el bienestar de la persona y sus intereses por sobre el interés de la ciencia o de la sociedad.

Además, la Organización Mundial de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su primer artículo, hace referencia a que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos, así como dotados de razón y conciencia, además, menciona que deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Es decir, la dignidad humana se encuentra, tal y como se mencionó, intrínseca en el ser humano únicamente por ser de la especie humana, sin embargo, se menciona en el desarrollo del artículo que el ser humano nace libre y en condiciones de igualdad en dignidad, el punto clave está en el “nacer” que indica la base o el punto de partida para este derecho, no obstante, derivado de lo anterior, nace la duda, ¿Qué pasa con las personas no nacidas? ¿Son estas poseedoras de dignidad humana y derechos?

Para Jürgen Habermas, mencionado por Michelini (2010), la dignidad humana está relacionada con los avances e investigaciones bioéticas desde antes del inicio de la vida, durante la manipulación de esta y el cómo se aborda el final del ciclo vital, es decir, durante todo el ciclo vital del ser humano.

Sin embargo, Habermas, no concordaba en la posibilidad de que los embriones fuesen considerados seres humanos con igual dignidad que los individuos nacidos, ya que, para considerarse persona, primero debía de nacer, y se excluía a todo ser no nacido capaz de poseer dignidad o derechos, se marcaba el nacimiento como la línea divisora, sin embargo, consideraba que estos merecían un trato especial, pero, a lo anterior puntualizado, ¿Qué se puede entender por persona?

Por otro lado, Fortunat, (2016), indica que el concepto de persona posee tres funciones precisas: abstraer, clasificar y provocar sentimientos, en relación con la primera función de abstraer, el ser humano se individualiza y se abstrae para ser considerado un sujeto de determinados derechos dentro la sociedad civil, se habla de determinados derechos ya que no todos poseen el mismo derecho a la vez.

A modo de ejemplo según lo descrito, todos los costarricenses poseen el derecho a votar, sin embargo, ese derecho se puede ejercer únicamente hasta que se cumpla con la mayoría de edad, es decir 18 años, por lo tanto, es necesario abstraer al individuo para disponer de ciertas reglas generales a nivel de un sistema jurídico funcional.

Con respecto a la función de clasificar, esta se centra en el estatus que se le da a la persona dentro de la sociedad, es decir, su posición social. La persona posee distintos derechos y obligaciones, siendo su condición muy clara y evidente, la distinción más sobresaliente durante toda la historia de la humanidad es la división que se ha hecho entre personas consideradas libres y los esclavos, el hombre libre puede hacer a voluntad todo lo que no esté prohibido, mientras que el esclavo, únicamente puede actuar conforme lo que se le ordena.

Sobre la función de provocar, cabe resaltar que esta hace referencia a que cada ser humano posee derechos fundamentales y esenciales por el solo hecho de ser considerado persona, estos derechos se hacen evidentes a través del sentido común como por ejemplo, la libertad y la igualdad en dignidad y derechos que poseen las personas.

Tomás de Aquino, en la Suma Teológica, mencionado por Sgreccia (2013), da por concepto de persona el siguiente: “persona est rationalis naturae individua substantia”, siendo su traducción literal: “Una persona es una sustancia individual de naturaleza racional”, este término hace referencia a tres categorías claves que marcan las bases para determinar el concepto en sí de persona, las cuales son:

- la sustancialidad, en la cual indica que la persona es un ente real, en donde se concentra la existencia del individuo en sí mismo y para sí mismo, en virtud de su acto concreto de ser, dotándolo de identidad,
- la individuación, hace referencia al carácter irrepetible y al sentido único de cada ser humano, cada persona posee un código genético determinado el cual es único e irrepetible lo cual permite esa diferenciación los unos con los otros y, por último,
- la naturaleza racional, a este punto el autor señala, que el ser humano es un ser dotado de razón, es decir, es capaz de entender y dar significado a las cosas y acciones, se identifica con la experiencia y la percepción de lo que le rodea, así como de su propia conciencia.

Para Fletcher mencionado por Boladeras (2007), el concepto de persona es entendido por medio de varios indicadores relacionados a la condición humana, en donde se debe de tener conciencia en sí mismo, estar dotado de razón, así como sentido del futuro, presente y pasado, sin dejar de lado la capacidad de relacionarse con otros.

Conjuntamente, Engelhardt, mencionado por el mismo autor, indica que el término persona implica ser un agente moral, en donde, además de ser sujeto de derechos, debe de ser sujetos de obligaciones y responsabilidades, ser consciente y también responsable de sus propios actos, tener un pensamiento racional para ser autorreflexivo y capaz de delimitar ciertas reglas a sus actos desde un pensamiento fundado y moral.

Dentro de la legislación costarricense se puede encontrar en varios artículos donde se aborda tanto el tema de dignidad humana, así como el de persona, dentro de la Constitución Política de Costa Rica (1949), se encuentra dentro del artículo 33 que: toda

persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana.

Este artículo se encuentra ampliamente relacionado con el principio de igualdad en donde se busca que toda persona sea tratada de manera justa y equitativa sin importar su edad, color, género o cualquier otro tipo de condición y garantiza que no se practique ningún tipo de discriminación que vaya en contra propiamente de la dignidad humana.

Además, aborda el tema de la protección a los derechos fundamentales de las personas con el fin de asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos dentro de la sociedad, procurando la igualdad de todas las personas, la justicia y el respeto pleno a la dignidad humana de cada habitante.

Otra legislación que aborda esta temática es la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) (1970), la cual hace mención en su artículo 11 a la protección de la honra y de la dignidad indicando en su primer inciso que: Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

Esta afirmación hace referencia al principio protector, donde se establece la importancia de que cada individuo tiene derecho a ser tratado con respecto y dignidad, preservando su honor y reputación en todo momento sin distinción o discriminación alguna.

Dentro de la legislación costarricense, en el Código Civil de Costa Rica (1887), se encuentra en el artículo 31, el concepto de persona, el cual indica lo siguiente:

La existencia de la persona física principia al nacer viva y se reputa nacida para todo lo que la favorezca desde 300 días antes de su nacimiento. La representación

legal del ser en gestación corresponde a quien la ejercería como si hubiera nacido y en caso de imposibilidad o incapacidad suya, a un representante legal.

Para efecto de la legislación costarricense, para determinar la existencia de la persona física, el nacimiento es considerado el punto clave, no obstante, se menciona que se estima como nacida para todo lo que le sea favorable desde los 300 días antes de nacer, es decir, el no nato posee derechos desde antes de su nacimiento y adquiere otros más al momento de nacer con vida, esto último es clave también, se debe de nacer con vida para que los derechos nazcan a la vía jurídica y sean aplicables.

### **Autonomía de la voluntad, capacidad jurídica y capacidad de actuar**

Es imperativo resaltar un concepto clave, el cual es, la autonomía de la voluntad, la cual radica en esa libertad que tiene todo ser humano de construir su propia conducta y de realizar cualquier acción que desee siempre y cuando esa acción o ese comportamiento no esté en contra del ordenamiento jurídico, es decir la ley.

Aramayo, mencionado por Di Sanza, (2014), en su investigación: La autonomía de la voluntad o el retorno de la libertad como ley, hace referencia a la tesis establecida por Kant sobre el concepto de autonomía de la voluntad, en la cual se considera lo siguiente:

Las acciones no encuentran su valor moral en el propósito que ha de ser alcanzado, sino en la máxima que nos ha determinado a ejecutarlas. El valor moral de nuestros actos estriba en el principio que regula nuestro querer y no en el objeto perseguido por nuestra volición. (p.147).

Es decir, los seres humanos al ser considerados libres se caracterizan por los actos realizados a voluntad y por las razones que llevaron a cometer esos determinados actos, esas normas morales ya establecidas en nuestras acciones son las que establecen la autonomía de la voluntad de cada individuo.

Para Mardomingo, citado por Ángel (2016), la autonomía de la voluntad va estrechamente ligada a la moral, siendo esta última la relación de las acciones una con la otra en donde se les atribuye noción e índole moral a los actos, además, considera que la autonomía de la voluntad es el principio soberano de la moralidad y para llegar a la pureza moral ésta debe pasar por un filtro llamado autonomía.

Hernández y Guerra, mencionados por el mismo autor Ángel (2016), mencionan que:

La autonomía de la voluntad está formada por dos partes: la primera responde “al poder atribuido a la voluntad respecto de la creación, modificación y extinción de las relaciones jurídicas, y la segunda al poder de esa voluntad referido al uso, goce y disposición de poderes, facultades y derechos subjetivos. (p.74).

Como se ha reiterado, la autonomía de la voluntad y la moral se deben de considerar como una sola acción, en donde los seres humanos poseen la libertad de ejecutar distintas acciones a voluntad, sin que estas acciones vayan en contra de lo que está establecido en la legislación, es decir la ley, sin olvidar el valor moral de esos actos, el cómo se rige el ser humano y la conciencia que posee del bien y del mal.

Además del concepto de autonomía de la voluntad, es importante abordar el tema de la capacidad tanto jurídica como la capacidad de actuar, primeramente, se abordará el concepto por sí solo de lo que se entiende por capacidad natural, esta se concibe, según el Centro de Información Jurídica en Línea (CIJUL) (2007), como la que ostenta cada persona con base en su desarrollo biopsicogenético el cual le permite emitir juicios válidos y sanos.

La capacidad jurídica va entrelazada estrechamente con el concepto de persona ya que esta es la aptitud que poseen las personas para adquirir derechos y de esta forma contraer obligaciones, en donde se resalta la capacidad de goce y se liga a la capacidad de actuar, en donde la persona puede ejercer esos derechos a voluntad y tomar responsabilidad y conciencia por sus obligaciones.

Asimismo, la capacidad jurídica indica la posibilidad de ligar, limitar o de modificar los actos y efectos jurídicos de las personas conforme la ley así lo indica, dentro de la legislación costarricense esto se puede encontrar dentro del Código Civil de Costa Rica (1887), el artículo 36 el hace referencia a la capacidad jurídica de las personas e indica lo siguiente:

La capacidad jurídica es inherente a las personas durante su existencia, de un modo absoluto y general. Respecto de las personas físicas, se modifica o se limita, según la ley, por su estado civil, su capacidad volitiva o cognoscitiva o su capacidad legal; en las personas jurídicas, por la ley que las regula.

Los artículos siguientes y concordantes hacen referencia a esas modificaciones o limitaciones existentes como es el caso de la delimitación de la mayoría de edad, así como

las responsabilidades que poseen ciertas personas o la incapacidad en algunas otras según su edad.

Con relación a la capacidad de actuar, esta hace referencia a la que posee toda persona como actor y productor para realizar actos jurídicos por sí sola, es decir, la capacidad de actuar designa una posibilidad de ejecutar ciertos actos y comportamientos los cuales al ser manifestados promueven efectos jurídicos, explicado de otro modo, la capacidad de actuar es la aptitud para ejercer un derecho y por ende el cumplimiento de la obligación.

## **Capítulo II: En busca de una muerte digna, relación entre el derecho a la salud y los cuidados paliativos**

El derecho a la salud es por sí solo una necesidad de todo ser humano, con el fin de que su estado no solo físico sino emocional y social, se encuentren en armonía, cuando se habla de derecho a la salud no es únicamente a la asistencia médica que debe de recibir cada ser humano, sino a una serie de factores que permiten que la persona se encuentre en un estado de completo bienestar como la adecuada alimentación y nutrición, el ejercicio físico, la educación no solo académica sino que también en el ámbito de salud, higiene y control de enfermedades así como la vivienda digna.

A nivel de salud, Costa Rica se toma muy en serio el tema, no solo en tener un sistema de salud de calidad sino también en mantenerla, donde sus habitantes puedan contar actualmente con un seguro médico y hacer uso de los diferentes servicios de salud

física e integral que brinda el sistema médico, así como optar por medicamentos, tratamientos y terapias para las diversas enfermedades que puedan tener.

Actualmente, Costa Rica es uno de los países que cuentan con un gran desarrollo y atención cuando de cuidados paliativos se trata, además, de tener la profesión médica como una especialidad, cuenta también con un amplio apoyo por parte de diversos centros médicos, así como de profesionales especialistas en el área de cuidados paliativos los cuales brindan servicio tanto dentro como fuera del centro de salud.

Además, del servicio que se les brinda a los pacientes enfermos terminales, es de gran valor resaltar la atención que se le extiende a los familiares cercanos del paciente, así como de su cuidador, en la actualidad, diversos centros de salud brindan charlas y campañas enfocadas al bienestar de los cuidadores con el fin de que su labor se vea beneficiadas al adquirir mayor conocimiento y a la vez su salud se mantiene de forma íntegra al cuidar también de su salud tanto física como mental.

Para brindar cuidados paliativos de calidad, el país cuenta con todo un equipo multidisciplinario el cual atiende al paciente terminal y a los miembros de la familia, además del médico especialista, este equipo está conformado por nutricionistas, terapeutas físicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros, los cuales brindan un servicio integral y de calidad para de esta forma procurar el bienestar tanto del paciente enfermo terminal como de sus familiares y personas cercanas, favoreciendo a que la situación sea manejada de una forma más positiva y sana para todos los involucrados.

Todos los miembros que conforman el equipo multidisciplinario, antes mencionado, son de gran necesidad y valor para la atención de los pacientes y de las familias, sin embargo, un miembro clave y pieza fundamental en el servicio que se brinda en los cuidados paliativos, es el psicólogo, el cual funciona como mediador entre las partes tanto el médico como el paciente, así como la relación familiar existente, donde además de promover una óptima comunicación y entendimiento entre los doctores y el enfermo, es una guía en el proceso de afrontar la realidad de la situación a la que se enfrentan desde un enfoque más sano y manejable para todos.

### **Derecho a la salud**

Desde el momento en que se constituye la Organización Mundial de la Salud en 1946, se estableció como un derecho humano inherente a la persona sin exclusión alguna, todo ser humano tiene derecho a ella sin importar su religión, rango económico o etnia y se considera como un peligro cualquier desigualdad aplicada en ciertos países o aun grupo de personas todo aquello relacionado con la salud y el control de enfermedades, primariamente las que son transmisibles.

Así mismo, es considerada como un estado de completo bienestar no solo físico, sino que mental y social, sin que esto excluya las enfermedades o afecciones, que puedan presentarse durante la vida y se le deposita a los gobiernos la responsabilidad sobre la salud de los pueblos en donde se debe procurar la información a todas las personas con el fin de lograr un alto estándar de salud, adoptando medidas sanitarias y teniendo una cooperación activa a nivel de comunidad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, establece en su artículo 11 lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Con base en el artículo anterior, es imperativo resaltar el valor y la importancia que se le da al tema de la salud como un derecho humano reconocido, como un derecho propio a la existencia humana como tal, no es un derecho que los estados deban de crear, sino que, reconociendo su existencia deben de propiciar las herramientas necesarias para permitir el acceso de todas las personas, así como la información y la calidad del servicio.

Al ser un derecho de este tipo cuenta con ciertos principios, los cuales le permiten regirse en un ámbito más completo, promoviendo la no exclusión en ningún espacio o bajo ninguna condición.

Como lo menciona Chinchilla (2018), existen cinco principios de los derechos humanos, los cuales se mencionan a continuación:

- Principio de universalidad: Este principio reconoce que los derechos humanos no pueden suprimirse ya que son inherentes a todo ser humano.
- Principio de interdependencia e indivisibilidad: Este principio se enfoca en la relación existente entre los derechos humanos haciendo énfasis en la importancia que poseen todos sin considerar uno más valioso que otro.

- Principio de progresividad: Hace referencia a que los estados no son quienes deciden la existencia de un derecho o no, sino que deben de reconocerlos y velar por que se cumplan.
- Principio de irreversibilidad: Este principio hace referencia al reconocimiento de los derechos humanos una vez que son declarados, donde se debe de velar y garantizar su cumplimiento.
- Principio de no discriminación: Este principio es fundamental, ya que, prohíbe cualquier acto discriminatorio basado en la identidad de las personas, su género, religión, entre otros.

Por tanto, la salud es un derecho inherente, reconocido y permite que las personas logren una vida digna ya que la salud también va ligado a otros derechos humanos como lo es la sana alimentación, la vivienda digna, la igualdad, el acceso a la información, entre otros, permitiendo que el ser humano se desenvuelva en un ambiente sano y completo.

Conforme la Ley 7907 de 1999, llamada: Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador", en su décimo artículo, propone lo siguiente:

- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Por lo tanto, con base en el artículo citado, se puede destacar tanto la importancia del derecho a la salud, así como la responsabilidad por parte de los estados para velar por el cumplimiento de este, dando pase a la atención médica como primer lugar, así como la correcta educación a la población y la prevención de las enfermedades.

Dentro del ordenamiento jurídico costarricense, no existe una referencia propia al derecho a la salud, sino que se considera el artículo 21 de la Constitución Política de Costa Rica (1949), como la base para el cumplimiento y reconocimiento de los otros derechos humanos fundamentales.

La protección del derecho a la salud es más que solo brindar el servicio y contar con la presencia de médicos especialistas, es determinar los factores externos que juegan un papel fundamental en el óptimo desarrollo de la salud como lo son las condiciones y estilos de vida, el factor genético y biológico, la condición de los centros de atención de salud, entre otros, lo cual genera un estudio interdisciplinario.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud, es el encargado de garantizar el oportuno cumplimiento y proporcionar mejoras en lo que a salud se refiere, así como proteger por que se abarque a cabalidad la promoción de la salud y el acceso tanto al servicio como a la información.

La Ley 5395 de 1973, Ley General de Salud, regula todo lo conexo al tema de salud de forma general y se le da gran importancia a este derecho desde su primer artículo el cual hace énfasis en la responsabilidad que tiene el Estado de tutelar el derecho a la salud de la población como interés público.

Además, el artículo 9, hace referencia a los derechos y deberes de las personas con respecto a la salud personal, el cual indica lo siguiente:

Todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y salud mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad. La atención se realizará, principalmente, en el ámbito comunitario; para ello, se utilizarán los recursos

asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio.

Por lo tanto, se establece el derecho que tienen todas las personas al acceso de la salud no solo física, sino mental, con la ayuda de diversos grupos multidisciplinarios que velan por la adecuada atención en todos los ámbitos personales, así como se resalta la atención médica, la cual no solo se desenvuelve en el centro de salud, sino que se extiende a las afueras de los centros médicos y se utilizan diferentes recursos como lo es la atención domiciliar, lo cual es un punto clave para el correcto funcionamiento de los cuidados paliativos.

Seguidamente, el artículo 10 del mismo cuerpo normativo hace referencia a los derechos y deberes relativos a la promoción y conservación de la salud personal y familiar, dentro del cual se establece lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar.

Con base en este artículo, se puede determinar el factor elemental de la importancia de la salud no solo a nivel personal sino que también a nivel familiar, para efectos de esta investigación, es indispensable que tanto la persona enferma como la familia estén informados en su totalidad sobre la enfermedad que vive el paciente, así como la correcta administración de medicamentos, las acciones a tomar para el control de los síntomas, así

como la asistencia por parte del equipo multidisciplinario no solo para abordar la salud física sino que también el aspecto mental tanto con el paciente como con los miembros del hogar.

### **Cuidados paliativos, una visión global**

Dentro del derecho a la salud, se encuentra íntimamente relacionado los cuidados paliativos los cuales buscan proveer una atención integral tanto a los pacientes con enfermedades terminales avanzadas, así como a sus familiares cercanos, su principal objetivo es aliviar el dolor físico del paciente, así como brindar herramientas necesarias para el manejo de los síntomas de la enfermedad y brindar apoyo emocional para todo el grupo familiar en general, con el fin de que los pacientes puedan gozar de una vida digna sus últimos días.

Al incluir los cuidados paliativos dentro de la atención médica pronta y oportuna, se obtiene como beneficio una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes enfermos, además, el grupo multidisciplinario favorece también a la familia para que estos puedan afrontar el duelo anticipado y a la vez puedan ser un apoyo para el familiar terminal.

Los cuidados paliativos, como lo indican Barbosa et al (2015), tiene por objetivo la humanización del cuidado, en donde se vea a la persona como ser humano que es y no a la enfermedad que lo atormenta, la disminución del sufrimiento por medio de medicamentos adecuados para la enfermedad, así como ayuda de todo un equipo multidisciplinario y la preservación de la calidad de vida de la familia y del paciente durante su enfermedad terminal.

La familia también es un pilar importante en el abordaje de los cuidados paliativos, ya que son ellos quienes están presentes para cuidar, así como para ser apoyo y guía para el familiar enfermo, sin dejar de lado, que ellos también sufren un duelo anticipado, el cual se abordará más adelante, por la muerte inminente que le espera a su ser querido.

El apoyo del equipo médico también se hace presente para la familia, en donde el psicólogo cumple un rol de suma importancia al ser un mediador y un apoyo no solo para el enfermo terminal, sino que para todos los miembros de la familia y principalmente para el cuidador primario del enfermo.

Es de gran valor resaltar que los cuidados paliativos no se aplican con el fin de acelerar ni detener el proceso de la enfermedad terminal, así como no pretenden tampoco alargar la vida del paciente, únicamente están presentes para que los días que le resten al enfermo sean libres de dolor, en donde éste se mantenga consciente y con los síntomas de la enfermedad controlados.

El equipo multidisciplinario a cargo de brindar los cuidados paliativos se hace presente para brindar su conocimiento médico científico con el fin de que el paciente pueda vivir sus últimos días con dignidad contando no solo con el apoyo médico para el ámbito físico, sino que, a la vez, brindan ayuda psicológica para proveer al paciente un apoyo emocional y espiritual durante el término de su vida.

Es importante conocer un poco de la historia de los cuidados paliativos, el cómo se crearon, cual fue la necesidad existente al momento para que diera paso a la creación de tan

importante labor, así como el objetivo y la población meta del momento, a continuación, se hará un recorrido de los precedentes históricos de los cuidados paliativos.

Como lo indica Centeno (1997), el origen de los cuidados paliativos comienza desde la Edad Media, mejor conocidos como “hospitium” (hospicios), este término proviene del latín y tiene por significado: casa de huéspedes, refugio, albergue, asilo, estos lugares no tenían una finalidad clínica sino más bien un fin de caridad, de acogida y se ubicaban en lugares estratégicos en donde pasaban las rutas más transitadas.

Estos hospicios se crearon como una necesidad debido a las peregrinaciones cristianas que se realizaban al momento en esa época hacia lugares santos, al ser distancias tan largas que podían durar meses o inclusive años, muchos de los peregrinos enfermaban y tenían la necesidad de pausar su viaje para recuperarse y así poder continuar, es por esta razón que nacen los hospicios los cuales no tenían por objeto el sanar o curar al paciente, sino que buscaban ayudar a aliviar el dolor y el sufrimiento de los caminantes.

En muchas ocasiones estos peregrinos enfermaban de muerte y al no existir tanto avance médico científico, muchos morían sin alivio, sin embargo, eran cuidados por los habitantes de la zona hasta el final procurando una muerte digna llena de bienestar espiritual así no fuera libre de dolor.

El primer hospicio que se creó data del siglo V, en Roma, Italia, el cual era dirigido por una mujer conocida como Fabiola discípula de San Jerónimo y tenía por objetivo el atender a los peregrinos que llegaban al puerto de Roma desde el Este, así como de África y Asia, estos hospicios ofrecían alojamiento y alimento a las personas que lo necesitaran

Inicialmente los hospicios eran dedicados al servicio de los peregrinos, no obstante, San Vicente de Paul y Santa Luisa de Marillac fundaron varios hospicios por toda Francia con el fin no solo atender a peregrinos, sino también a los pobres y a los enfermos permitiendo que su fe cristiana y el amor al prójimo se extendiera por más regiones.

Al siglo siguiente, los protestantes imitaron estas prácticas y crearon la Fundación Kaiserwerth en Prusia, siendo estos quienes sirvieron de inspiración para que otras personas con el paso del tiempo fueron creando más y más hospicios en diferentes lugares, provocando así una expansión de estos servicios a lo largo del continente.

No fue hasta la década de 1960 que se fundó el primer hospicio con una visión holística del ser humano, llamado Hospicio San Christopher ubicado en Londres a cargo de la enfermera Cicely Saunders, quien buscaba cuidar a los enfermos terminales utilizando un método más humano, procurando el alivio del dolor y el control de los síntomas, con lo cual generó nuevas herramientas para el abordaje de la muerte, así como del duelo.

Los cuidados paliativos se hacen presente al momento en el que ya el paciente enfermo no tiene más alternativas para prolongar su vida y los tratamientos implementados ya no surten los efectos deseados, el término paliativo como lo indica Da Silva et al (2013), proviene del latín “pallium” que significa manto, haciendo referencia a ese manto protector y abrigador para aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente terminal.

Bifulco y Iochida, mencionados por el mismo autor, indican que los cuidados paliativos son un proceso que deben de ser llevados de principio a fin, desde el momento en el que se da el diagnóstico de la enfermedad terminal, así como al momento más avanzado

de la enfermedad, en donde el objetivo es proveer alivio a cada paciente humanizando más el tratamiento.

La Organización mundial de la Salud (2020), indica que los cuidados paliativos poseen un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida del paciente, sin importar su edad, así como la de su familia, el fin de estos cuidados es prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente enfermo terminal por medio de la identificación temprana de la enfermedad, la evaluación y el tratamiento correcto para aliviar no solo el dolor físico sino también aspectos psicosociales, emocionales y espirituales.

Cuando se refiere a la calidad de vida, no se intenta únicamente centrar el concepto a nivel salud, sino que se busca dar un término más amplio, al considerar una adaptación a la nueva realidad de la persona enferma, se procura el bienestar y un adecuado equilibrio entre sus emociones, su rol en familia y sociedad, el fin es buscar que el paciente se sienta empoderado y logre encontrar un balance entre su enfermedad y el cómo poder sobrellevarla en su día a día sin que esto le haga sentirse derrotado.

Todo lo anterior se debe lograr con el apoyo integral de un equipo multidisciplinario en donde se incluyen a distintos profesionales de la salud para que le brinden la atención médica y el acompañamiento no solo al paciente enfermo sino también a sus familiares, brindándoles apoyo psicológico sin dejar de lado las necesidades individuales de cada persona.

Actualmente, los cuidados paliativos son reconocidos como un derecho humano a la salud y estos deben ser ofrecidos por medio de servicios de salud integrados y adaptados a

cada necesidad, como lo indica el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948):

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Por consiguiente, la salud es un derecho fundamental para el óptimo vivir y desarrollo del ser humano y esta debe de estar presente en todo momento de su vida hasta cuando ya la misma está culminando, además, la asistencia médica desempeña un papel fundamental en el proceso y los servicios de salud deben responsablemente brindar acompañamiento, información y atención médica a todas las personas por igual.

Para poder brindar cuidados paliativos es importante contar con un grupo de especialista de la salud los cuales puedan abordar las diferentes necesidades del paciente terminal durante el proceso, además de los médicos que diagnostican la enfermedad, Da Silva et al (2013), mencionan que es necesario contar con enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, entre otros especialistas requeridos para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad de una forma más ligera y menos dolorosa.

Es relevante destacar, que además de profesionales de la salud, el apoyo espiritual que se le pueda brindar al paciente es de gran ayuda ya que se pueden habilitar espacios

para reflexionar sobre la existencia, vida, muerte, perdón, culpa, vida eterna, entre otros temas que pueden ayudar al paciente a afrontar su enfermedad con más calma y aceptación.

Este tipo de cuidados paliativos además de ser un apoyo para el enfermo, son también, una ayuda para las familias, al momento de afrontar la no tan favorable noticia de la enfermedad terminal del familiar, la cual, al instante de ser dada, cambia por completo la perspectiva de la vida como se conocía hasta ese momento, es por esta razón la importancia de que se les brinde apoyo y guías adecuadas para el correcto abordaje del tema.

Según Soto et al (2023), existe un informe dentro del plan operativo del año 2022, el cual hace referencia a la “Guía práctica de cómo dar malas noticias en el paciente hemato-oncológico”, es decir, el procedimiento para comunicar la información referente a la condición del paciente, su salud y fase de su enfermedad. Esta estrategia se desarrolla en los siguientes pasos:

- Organizar una conversación: en este paso, se busca tener un espacio adecuado para dar la noticia, además de preparar un equipo multidisciplinario que acompañe al emisor para apoyarlo brindando la información necesaria al paciente o allegados.
- Percepción: se refiere a la comunicación que quieren tener los receptores y hasta dónde quieren saber y no dar más o menos información que la solicitada o necesaria.
- Invitación: de esta manera se integra al paciente en la noticia y este decide si se integra o no en la conversación.

- Comportamiento e información por compartir: de esta manera el emisor debe procurar tener una comunicación asertiva y clara, de manera que sea lo más digerible y entendible posible para los receptores.
- Emociones empáticas: el no ser indiferente con el paciente y allegados es de vital importancia para el acompañamiento, además de estar en alerta sobre las posibles reacciones que estos puedan tener, desde la empatía y un correcto manejo, el objetivo es regular la emoción sin minimizarla.
- Estrategia y resumen: la información debe ser clara y concisa, además debe ser relevante y esperanzadora, no necesariamente el paciente puede mejorar, pero sí existen otras maneras de acompañarle y estar presente.

Parte de la estrategia, es cuidar la salud mental tanto del paciente enfermo como de la familia y el poder asimilar las noticias y las emociones de manera que no impacte negativamente, es vital para un correcto acompañamiento y tolerancia de la enfermedad.

El mismo autor, expone además algunos principios bioéticos con los cuales se aplica un correcto procedimiento para dar noticias sobre un diagnóstico perjudicial, entre ellos destacan:

- Consentimiento
- Dignidad y derechos humanos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Responsabilidad social
- Respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Aunque existen más principios, estos destacan por enaltecer la dignidad, la individualidad y la voluntad, el saber sobre su pronóstico y diagnóstico, así como decidir cuanto saber sobre este conforman el primer paso para así poder tomar las decisiones futuras que conllevan la enfermedad, así como los tratamientos y medicamentos.

Dentro del Código Civil de Costa Rica (1887), se encuentra que: toda persona puede negarse a ser sometida a tratamiento médico, cirugía o examen siempre y cuando no vaya contrario a la ley de acuerdo con ciertos supuestos.

Lo anterior se encuentra estrechamente ligado con los principios mencionados, pues a partir de un diagnóstico o noticia, el paciente podrá tomar decisiones respecto a su salud, incluyendo la eutanasia pasiva, basándose en que en todo momento debe respetarse su integridad, dignidad y voluntad, sin que sea objeto de prejuicios o bien, se le impida acceder a este derecho.

De acuerdo con lo emitido en el pronunciamiento 049-J, Patiño (2020), lo anterior encuentra sustento normativo en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, donde el principal objetivo es el respeto por la autonomía y la responsabilidad individual

El artículo 22 de la Ley 5395, Ley General de la Salud (1973), estipula que no se puede someter a una persona a llevar un tratamiento médico o a someterse a una cirugía que ponga en grave riesgo su vida, integridad física o salud, para ello es necesario el consentimiento o el de la persona llamada a darlo si el paciente no pudiese expresar su consentimiento por él mismo a menos que sea un caso de urgencia.

La Organización mundial de la Salud (2020), menciona que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida no solo del paciente sino de la familia, ya que, al enfrentarse a un diagnóstico terminal de una enfermedad, la salud emocional, no solo del paciente, se desestabiliza ya que también la familia se enfrenta a una serie de cambios, limitaciones y privaciones, así como a un duelo anticipado y la impotencia de no poder hacer nada al respecto de la enfermedad.

Generalmente un miembro de la familia cercano, al conocer de la enfermedad terminal de un familiar, se convierte en su cuidador principal y, por ende, el tomar este rol de forma activa, el estilo de vida cambia, esta responsabilidad muchas veces ocasiona un deterioro, no solo a nivel físico, sino también a nivel emocional se ve afectado.

Debido a esto, se han creado diversas estrategias de intervención, según Pino et al (2019), el cuidador tiene a su disposición grupos de apoyo, programas psicoeducativos, charlas, talleres, entre otros servicios, al igual que al enfermo, los cuidados paliativos también prestan cercana atención al cuidador y a la familia en general.

Un dato de suma relevancia es que además del apoyo que reciben las partes, el equipo médico tiene la responsabilidad de educar al paciente, así como al cuidador sobre la enfermedad de forma completa, tanto aspectos positivos como no tan favorables, así como el medicamento a utilizar, dosis, tiempos de uso, efectos secundarios, posibles síntomas entre otros.

Dentro del equipo médico también se encuentra la figura del nutricionista, el cual, instruye al cuidador y al paciente sobre las dietas que debe de seguir el enfermo terminal,

alimentos que debe de evitar y la forma en la que deben de ser administrados, ya que muchos enfermos utilizan sonda para alimentarse, tiempos de comida y diversos suplementos que le ayuden al enfermo a nutrirse y alimentarse de una forma completa, así como la correcta manipulación y limpieza del equipo.

Otro especialista que educa tanto al paciente como al cuidador es el terapeuta físico, el cual aporta diversas rutinas de ejercicios y/o masajes que se pueden realizar a favor del paciente, más en los casos de enfermos encamados o pacientes en estado vegetativo, el cómo cambiar de posición al enfermo para que éste pueda sentirse a gusto y de esta manera evitar lesiones en la piel, o para mejorar su estado de ánimo, así como para favorecer su tono muscular con diversas rutinas de ejercicio y terapias, sin que este esfuerzo físico llegue a afectar la salud del cuidador, sino que se le brinda el correcto modo de como ejecutar la acción sin que esto le provoque ninguna lesión física a corto, mediano o largo plazo.

Los cuidados paliativos, no son únicamente abordados en los centros de salud, sino que en ocasiones es permitido que los pacientes sean atendidos desde su hogar, donde pueden estar acompañados de sus seres queridos, así como de la comodidad misma de su morada. Ahora bien, aun cuando la persona paciente está en su domicilio sigue recibiendo el acompañamiento por parte del equipo médico para dar seguimiento a la enfermedad e incluso velar por el estado emocional de ellos y el de sus familiares.

De esta manera, en el equipo multidisciplinario, se requiere de la presencia del psicólogo, ya que este sirve como mediador entre el paciente y el equipo médico en el abordaje de la carga emocional que provoca un diagnóstico en estas situaciones.

Asimismo, la familia cuenta con el apoyo del equipo multidisciplinario con el fin de que se sientan acompañados y guiados en el duro proceso de enfrentar una enfermedad terminal, así como prepararse para el duelo anticipado al que se enfrentarán.

### **De la calidad de vida y muerte digna**

Para comprender el concepto de muerte digna es necesario en primer lugar entender el concepto de vida y calidad de vida, Aristóteles mencionado por Boladeras (2007), comprende a los seres vivos desde una dinámica funcional tomando en cuenta la integración de sus partes y su individualización desde un enfoque potencial y activo, Zubiri, por su parte, mencionado por el mismo autor, concibe la vida de un modo activo en donde la persona es consciente de sí mismo, de su propia existencia, cargado de estímulos en busca de un equilibrio natural.

Es decir, se considera la vida desde un enfoque funcional, desde la acción misma de ejecutar y actuar, procurando una vida activa, digna y sostenible, pero ¿Qué pasa con la vida ante una enfermedad terminal, al no ser posible mantener una vida funcional activa? Se ha mencionado en diversas ocasiones que ante una enfermedad terminal se busca una calidad de vida para el paciente con el fin de que tenga una muerte digna, sin dolor y sufrimiento.

Pero ¿Qué se entiende realmente por “calidad de vida”? según Schalock y Verdugo (2013), el concepto de calidad de vida se entiende como:

Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas

dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica. (p. 446)

Es decir, una persona tiene calidad de vida cuando puede satisfacer principalmente sus necesidades personales y a la vez, puede engrandecerse en otras áreas como lo son la independencia en todos los aspectos que esta pueda abarcar, como la independencia física, financiera, emocional, racional entre otras, así como la participación social y el bienestar tanto físico como mental.

Los mismos autores, proponen una serie de dimensiones centrales las cuales fomentan y promueven la calidad de vida de las personas las cuales se mencionan a continuación:

- Bienestar emocional: Se refiere a la tranquilidad que puede experimentar la persona, el sentirse satisfecho, seguro, en calma, sin ningún factor que lo perturbe o inquiete.
- Relaciones interpersonales: Hace referencia al contacto social positivo con los amigos, la familia, la pareja y conocidos. La sana relación existente con todos los grupos anteriores.
- Desarrollo personal: Dícese de la capacidad de aprender nuevas cosas, adquirir nuevos conocimientos, crear nuevas destrezas, tener oportunidades de aprendizaje, desarrollo de habilidades no solo físicas, sino que también emocionales y personales.

- Bienestar físico: Es considerado como una de las dimensiones principales, la cual hace referencia a la buena salud, la sana alimentación, la atención sanitaria, así como a las diversas actividades físicas que fomentan hábitos saludables.
- Bienestar material: Esta dimensión se enfoca tanto en corto como en largo plazo, se busca una buena vida y la adquisición de activos materiales, el tener una vivienda digna, un trabajo estable, el poder solventar gastos tanto básicos y necesarios como distintos lujos, viajes, carros entre otros, así como el tener ahorros y un plan de retiro para así poder gozar de una pensión para el futuro.
- Autodeterminación: Esta dimensión se enfoca en la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones por sí mismo, la autonomía de decidir cómo quiere llevar su vida, como gestionar su tiempo, su entorno, elegir sus metas y preferencias.
- Inclusión social: Hace referencia al sentirse parte de la sociedad, integrado, tomado en cuenta, contar con el apoyo de distintas personas, poder participar libremente de distintas actividades sin sentirse perseguido, minimizado o discriminado.
- Derechos: Esta dimensión se enfoca en la igualdad de derechos que poseen las personas, el derecho a ser tratado libre de discriminación, a que sus decisiones y opiniones sean respetadas, así como su intimidad, su libertad y que pueda ejercer sus derechos sin limitaciones o condiciones en ninguna circunstancia.

Todo lo anterior descrito, son considerados como factores que promueven la calidad de vida, permitiendo de esta forma una vida digna, donde se cumplan las expectativas de felicidad y plenitud de todo ser humano, bajo condiciones dignas como alimentación, salud,

seguridad, vivienda, familia, sociedad, siendo estos algunos factores que son determinantes para considerar una vida digna.

Ante esto, es importante mencionar que la calidad de vida en muchas ocasiones se ve condicionada no solo por falta de algunos de los aspectos mencionados, sino por una condición determinada como la indigencia, el estar privado de libertad, el rechazo o una enfermedad terminal.

Siendo esta última, el tema de interés, gracias a los cuidados paliativos, que tanto los pacientes terminales como sus familiares pueden encontrar apoyo profesional no solo médico, sino que también psicológico y de otros especialistas quienes conforman el equipo multidisciplinario para que el tener una calidad de vida sea un logro en los últimos días del paciente terminal.

Se ha mencionado lo que se considera como una vida digna y la importancia de la calidad de vida, no obstante, es imperativo abordar el tema de la muerte y aún más comprender lo que es una muerte digna y lo que este proceso conlleva para los involucrados tanto pacientes como familiares.

La muerte siempre ha estado y estará presente como un acontecimiento real en la existencia humana, es una condición propia de la vida, no obstante, es una realidad que para muchos no es considerada como parte de un proceso finito de la existencia ya que se interpreta como un paso a una vida eterna desde un punto de vista emocional y espiritual.

Para muchas personas, se ha convertido en la etapa más trágica de la vida humana y se ha transformado en una búsqueda inalcanzable por la inmortalidad, una oportunidad de

hacer hasta lo imposible por no permitir el deceso de las personas, mucho menos de las más cercanas, se forma un apego de mantener “a salvo” a alguien sin permitir que su proceso natural continúe con su ciclo necesario.

Debido a lo anterior, la eutanasia se ha concebido como un medio para poner fin al agotador sufrimiento que vive un paciente enfermo y de esta forma obtener una muerte digna, aun cuando es considerada como una práctica repudiada ya que se considera como el fin de la vida desde una posición de desinterés, o la mínima lucha que se debe de hacer por mantener a alguien con vida, sin importar su condición.

En muchos países ya se practica la eutanasia de forma activa, la cual se centra en la persona como sujeto moral dotada de voluntad y conciencia para tomar la decisión de poner fin a su vida y al intenso dolor y sufrimiento que su enfermedad le provoca.

Sin embargo, dentro de la legislación costarricense, la eutanasia activa aún no es un medio legal para poner fin a la vida, sino que, se practica únicamente de forma pasiva con el objeto de proveer al paciente terminal terapias, medicamentos y asistencia para hacer menos agobiantes sus últimos días, en efecto, el Código Penal de Costa Rica (1970) en su artículo 116 considera como un hecho punible a quien por un sentimiento de piedad de fin a la vida de un enfermo grave o incurable así el enfermo sea quien lo solicite.

No obstante, esto también es considerado como un pensamiento egoísta muy humano de mantener con vida a una persona la cual ya no está teniendo calidad de vida para vivir y se prefiere la duración a la calidad, siendo esto una posición desfavorable para el paciente enfermo, en donde lo que se busca es que sus últimos días sean de calidad, sin

sufrimiento ni dolor, no en alargar aún más su enfermedad, por ejemplo aquellas personas que dependen de una máquina para respirar o de dolorosos tratamientos para posponer un esperado final.

Así es como surgen las siguientes interrogantes, ¿Hasta dónde es éticamente aceptable, el prolongar la vida de alguien que ya no tiene posibilidad de recuperación? Ahora bien, a partir de estas interrogantes, nacen otras, ¿Quién decide si una vida es mejor que otra o si es al menos justo el condenar a muerte a una para salvar otra? Todas estas interrogantes son clave para comprender a cabalidad el cómo se debe de abordar el tema de la eutanasia y muerte digna, no obstante, el tema de vida y muerte es aún un tópico que posee muchas aristas de interpretación y análisis.

El morir con dignidad no es más que la posibilidad del paciente terminal de morir su propia muerte, como lo indica Amaro (1998), es la oportunidad que tiene la persona de conocer cómo y cuándo sucederán los hechos al estar próximo a su hora final, que pueda decidir desde lo más simple y sencillo como los arreglos fúnebres hasta lo más complejo de determinar un día y la hora para poder de esta forma poner fin a su enfermedad y liberarse de ese mal que lo agobia, es el derecho que tiene la persona enferma de decidir por sí solo su final y morir dignamente.

Para Martínez (2000), existe una autonomía de la decisión moral, así como es posible decidir cómo se quiere vivir, también es posible, decidir cómo se quiere morir, siendo esto un derecho ya que, el fin de la existencia, es parte de la condición humana, es esa autonomía moral la que permite que la muerte digna sea una opción para las personas, el poder decidir sobre la misma, cómo, cuándo y de qué manera.

Desde tiempos antiguos en Roma, se contemplaba con grandeza lo favorable de una muerte oportuna, así como lo resalta el escritor romano del siglo I, Plinio el viejo, mencionado por el mismo autor: ...de los bienes que la naturaleza concedió al hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptimo es que cada cual pueda dársela a sí mismo.

Además, Séneca mencionado por el mismo autor, expresa que: no siempre es mejor la vida más larga o la muerte que más se prolonga, su vida cada cual debe hacerla aceptable a los demás, su muerte a sí mismo: la mejor es la que más nos agrada.

Conforme lo anterior descrito es importante resaltar el cómo desde tiempos antiguos la muerte más que considerarla como esa desfavorable enemiga, se consideraba como una fase muy propia de la existencia humana, formando parte de la condición humana como se mencionó anteriormente, es decir, se prefería una muerte digna y corta que una prolongada y sufrida, siendo esto un acto ético con el fin de evitar dolores y sufrimientos evitables.

### **El duelo**

El duelo, proviene del latín “duellus”, “dolus”, el cual significa dolor, combate, lucha y este dolor viene acompañado de incredibilidad provocado por la impactante noticia de la pérdida, es una reacción natural e inherente a todo ser humano ante la pérdida de algo o de alguien significativo en nuestras vidas, al romperse ese vínculo afectivo, la persona entra en esa etapa de duelo.

El cómo afrontar la muerte propia o de un ser allegado, no tiene una guía definitiva, al contrario, lejos de esto, cada duelo y preparación es distinta, sin embargo, existen

algunos preceptos que ayudan a entender mejor el proceso y cómo afrontarlo de una manera más sana.

Ibáñez, citado por Saucedo (2014), indica que cada persona maneja, siente y aborda el duelo de distintas formas y esta diferencia radica en ciertos factores como lo son la personalidad y el vínculo que se tenía con la persona ya fallecida o enferma, además, es un proceso no estático, ya que cambia las reacciones y emociones constantemente.

Es importante abordar la distinción del duelo entre un suicidio y la eutanasia, ya que las condiciones en las que se desarrollan y las razones por que se llega a ambas decisiones, son muy distintas, como indica Rocamora, mencionado por Santos (2023), en la eutanasia se conoce de la enfermedad del paciente y se vive un duelo anticipado, no obstante en el caso de un suicidio, el duelo se vive de una forma muy distinta, más abrupta, surgen sentimientos de abandono e ira ligados al sentimiento de culpa o vergüenza, dando como resultado un duelo doloroso y extenso.

Es indispensable que para que nazca el duelo, el vínculo afectivo con el objeto o con la persona se haya roto, esa desvinculación genera el duelo, ese dolor desde una óptica del desamor, ya que la persona debe ir retirando ese sentimiento de amor que tenía depositado en el objeto o en el ser querido y empezar un proceso de separación y adaptación.

Existen diversos tipos de dolor, Nassio, nombrado por Saucedo (2014), indica que existe el dolor psíquico y el dolor mental, en donde el primero hace referencia al dolor inmediato que se genera al momento de la separación, y el segundo se refiere a la

experiencia que esa separación genera, en donde de forma escabrosa la pérdida del amor y la desvinculación provocan un golpe emocional inesperado o no aceptado por la persona.

Este dolor, además de provocar un sufrimiento emocional, genera un daño físico, la persona experimenta mareos, náuseas, presión en el pecho, pérdida de apetito, insomnio, por mencionar algunas, además, las afecciones psíquicas se hacen presentes, provocando tristeza, ansiedad, llanto, angustia, entre otros síntomas que se pueden presentar al momento de atravesar por una etapa de duelo.

### **Tipos de duelo**

Existen diversos tipos de duelo los cuales no necesariamente se viven después de que la persona fallezca, sino que muchos de estos duelos se viven desde antes, con el avance de la enfermedad o desde que se da el diagnóstico terminal al paciente.

Seguidamente se mencionarán algunos tipos de duelo conforme así lo indica Ramos (2013):

- **Preduelo:** Este duelo nace a raíz del cambio que ha sufrido la persona terminal a causa de su padecimiento, en muchas ocasiones dependiendo del padecimiento, el paciente enfermo deja de hablar, no se alimenta de la misma manera que antes, no camina o queda postrado en cama, todos estos cambios en la rutina normal de la persona y el cambio de quien era, genera un duelo en la familia ya que el sufrimiento se hace presente al saber que ya ese ser amado no es el mismo.

- Duelo por muerte súbita: Este tipo de duelo es uno de los más difíciles ya que la persona no está preparada, ni se preparó antes para poder afrontar esta noticia, el doliente no lo cree y se niega ante la posibilidad de que eso sucediera.
- Duelo colectivo: Este duelo es muy común que se genere después de una muerte trágica y violenta, los familiares o parientes cercanos al fallecido sufren todos la pérdida al mismo momento y se hace presente el deseo de castigar al culpable y así buscar justicia.
- Duelo ambiguo: Este caso representa un desequilibrio emocional en la persona afectada, muchos reconocen que la persona físicamente no está, pero psicológicamente se encuentra aún presente en sus recuerdos y pensamientos, sin embargo, en muchos otros casos, creen que la persona sigue viva, solo que se fue a otro lugar o anda de viaje y pronto volverá y se aferran a esa idea, siendo esto una reacción de protección para no tener que afrontar con el dolor.
- Duelo anticipado: El familiar o ser querido sufre la pérdida lentamente sin que esto aún suceda, la persona se enfrenta con una muerte anticipada y esto le genera un profundo dolor e impotencia al saber que no es posible hacer nada para cambiar esa realidad, solo aprender a sobrellevarla. Cada día es un duelo inagotable ya que se va perdiendo poco a poco al familiar conforme pasa el tiempo.

Este último, es una oportunidad para que tanto la familia como el enfermo terminal se preparen para una muerte irrenunciable, en donde el dolor se va a ir transformando en paz y es posible prepararse con tiempo y con la ayuda profesional para lo que vendrá, este tipo de duelo permite que se pueda vivir el dolor de una forma sana, sin remordimientos o

culpas, sino que brinda la oportunidad de ir abordando la muerte desde una perspectiva más tolerable.

Guzmán (2022), expone la necesidad de dar a entender el sufrimiento y la aceptación de este, humanizando la postura de la eutanasia, lejos de verlo como un simple duelo que hay que procesar. Es por ello por lo que surge la importancia de los cuidados paliativos, porque consideran todas las insuficiencias del paciente y allegados, incluyendo las mentales antes, durante y después de la muerte.

En este sentido, el profesional de la salud mental tiene una serie de objetivos para una correcta asimilación de la eutanasia:

- Ayudar a adaptarse a la realidad
- Promover un comportamiento de adaptación y crecimiento
- Disminuir la afectación emocional en las profesionales a través de un manejo saludable del vínculo emocional con el paciente y allegados.

De esta manera, la intervención del profesional de la salud mental resulta de vital importancia durante todo el proceso de eutanasia, de manera que aquellos sentimientos negativos, como la culpa o el resentimiento puedan ser manejados de la mejor manera, buscando una repercusión menor.

Worden, mencionado por Neimeyer (2017), propone algunas tareas las cuales considera necesarias para poder cerrar el proceso de duelo y lograr un equilibrio emocional, las cuales se abordan a continuación:

- Aceptación de la realidad de la pérdida: Esta tarea representa un shock para la persona quien la vive, ya que la noticia del fallecimiento de un ser querido suele provocar confusiones mentales, en muchas ocasiones se recurre a la negación y la conmoción genera desórdenes fisiológicos.

Es un proceso normal por el cual pasan la mayoría de las personas ante una pérdida, necesario para lograr una aceptación y un equilibrio de emociones, lo primero que se debe de hacer es aceptar la realidad de que la persona se marchó y no volverá.

- Abordaje de las emociones y el dolor ante la pérdida: El sufrimiento debido a la separación provoca ansiedad e inseguridad, la tristeza y el llanto se hacen presentes en esta fase y es importante que la persona durante esta tarea conozca sus emociones, las entienda y acepte, así como el debido proceso que debe de darle a cada una.

Es normal sentir frustración y depositar la culpa en el fallecido ante el abandono provocado, sin embargo, es necesario abordar cada emoción y sanarla con tal de superar las etapas sanamente.

- Adaptación al medio, aceptar la pérdida del ser querido: Esta tarea y la siguiente van muy de la mano, ante la pérdida de un ser querido, ese espacio queda vacío y genera un desvinculo profundo, es acá en donde el doliente empieza a centrar sus emociones en otras actividades, sin dejar de lado el espacio que ocupaba esa persona en su vida según haya sido el vínculo que tenían.

En esta etapa, la persona doliente debe de adaptarse a nuevos roles los cuales eran ejercidos por el fallecido y esto representa un desequilibrio en la rutina existente, además de un descontrol no solo emocional, sino que también físico al tener que enfrentarse a nuevas realidades y rutinas.

- Recolocación de la persona fallecida, poder vivir sin esa persona: Todo lo anterior se da con el fin de llegar a esta tarea, con el pasar del tiempo, la personas doliente va logrando adaptarse a un rol distinto, sin la presencia de su ser querido y es aquí donde las emociones comienzan a estabilizarse un poco más, sin olvidar que van a existir diversos momentos que van a remarcar su dolor, como ciertas festividades, cumpleaños, días especiales, entre otros y es acá en donde muchas veces el proceso avanzado flaquea y el doliente hace un retroceso en su avance, volviendo al apego hacia la persona fallecida, sin embargo, es una tarea diaria el ir asimilando la pérdida y adaptarse a la nueva realidad.

Además de estas tareas, para lograr abordar el duelo, es importante mencionar las diversas etapas psicológicas que abordan tanto al paciente como a la familia desde el comienzo del proceso terminal, estas etapas abordan la realidad desde que el paciente terminal es diagnosticado con la enfermedad terminal hasta que llega el inevitable momento de su partida.

### **Etapas psicológicas ante una enfermedad en fase terminal**

Tanto el paciente como la familia ante el recibimiento de un diagnóstico terminal pasan por varias etapas psicológicas, y es acá en donde el profesional de la salud experto en

psicología debe de participar para ser guía tanto del paciente enfermo como de sus familiares, las cuales, como lo describe Kübbler-Ross (1996), son:

- Primera etapa: Negación y aislamiento

Esta etapa comienza al momento en que se brinda el diagnóstico, ante tal resultado, el enfermo terminal, así como la familia entran en una etapa de negación en donde se preguntan el porqué de la enfermedad y negándolo manifiestan que no puede estar pasando esto.

En algunas ocasiones los pacientes solicitan una reevaluación y que se vuelvan aplicar los exámenes ya que no concuerdan con el inminente resultado, además, la familia rechaza la idea de que su familiar esté enfermo y a la espera de una muerte apremiante, esta negación es un intento de protección hacia sí mismo para huir del dolor y no se acepta el propio sufrimiento.

El rol del psicólogo en esta etapa entra como un apoyo para ayudarle al enfermo a poder sobrellevar ese resultado y prepararse para lo que vendrá, es inevitable la muerte, pero, el profesional de salud debe de utilizar diversas herramientas para que sea el paciente quien decida cuándo y cómo abordar el tema a cabalidad, así como el apoyo familiar para que puedan afrontar el proceso y prepararse para un duelo anticipado.

Conjuntamente, la familia cumple un rol vital, al ser ese apoyo en casa del paciente, siendo un soporte para que pueda sobrellevar la enfermedad de una forma menos difícil y se sienta acompañado, ya que muchos pacientes tienden a aislarse y en algunas ocasiones hasta intentan provocarse su propia muerte.

Asimismo, el psicólogo, brinda también asistencia a las familias para que puedan aceptar el diagnóstico y ser ayuda para su familiar enfermo ya que muchos entran en depresión o dejan de hacer actos básicos para la vida como lo es comer o bañarse, escudándose en que de igual forma su muerte es apremiante.

Además, de la presencia del psicólogo, así como de la familia, el equipo médico, está también presente, apoyando al paciente en su enfermedad, brindándole el medicamento necesario para su alivio, así el paciente se encuentre en casa, el personal médico se hace presente activamente para dar continuidad a la evolución de la enfermedad del paciente enfermo, así como de la evolución de la enfermedad, el control de síntomas y el avance de los medicamentos, dosis y formas de administración.

- Segunda etapa: Enojo

En esta etapa el paciente enfermo experimenta sentimiento de enojo y no acepta que su destino se vea tan distinto de lo esperado, se preguntan el ¿Por qué? es él quien está enfrentando este diagnóstico y no otra persona hasta de la misma familia, que posee más edad, o está con su salud comprometida, entre otros.

El paciente enfermo, empieza a ver la vida en muchas ocasiones con desprecio, siente resentimiento, se enoja al ver a otras personas felices y plenas, y se frustra al saber de las limitaciones que tiene debido a la condición de la enfermedad que afronta y la condicionante que lo espera en su futuro, se quejan con mucha frecuencia por casi todo, critican, sienten culpa y hasta vergüenza.

Esta etapa es muy retadora para todo el personal multidisciplinario, para los médicos, enfermeras y también para la familia, es una constante lucha para que el paciente tome sus medicamentos a tiempo y cumpla con ciertos horarios, así como para el nutricionista ya que el paciente muchas veces no desea alimentarse ni querer estar saludable para poder afrontar mejor su malestar, además para el personal psicológico, en muchas ocasiones el paciente rechaza toda ayuda y consejo y culpa de no entender a quienes no están viviendo lo mismo que él.

Asimismo, la familia se enfrenta a un reto aún mayor, al saber que su familiar está dándose por vencido y no procura ayudarse o vivir bien los días que le quedan, además, vive renegando y con coraje a diario por su condición presente y por la incertidumbre de lo que vendrá más adelante con el avance de su enfermedad, la familia ante esta etapa no debe de tomar las cosas personales, ni reaccionar con más ira.

El avance de la enfermedad complica aún más las cosas al momento en el que el paciente empieza a tener más dependencia de las personas que lo rodean y se ve más limitado para realizar actividades por sí solo, es ahí cuando el problema se agrava y la frustración se vuelve aún mayor para todos los involucrados ya que se torna un estado de dependencia inevitable para realizar desde la acción más sencilla hasta la más compleja.

Otro aspecto importante en esta etapa es el resentimiento, el paciente enfermo no quiere morir y siente que aún le faltan cosas por vivir, aferrándose aún más a la vida, además, tiene resentimientos, muchos de ellos de hace años, con familiares, amigos y hasta con él mismo.

- Tercera etapa: Negociación

Durante esta etapa el paciente enfermo generalmente inicia una secreta negociación de fe con su creador, implora fervientemente su sanación a cambio de algo que cree importante para su santidad, ya sea hacer caridad, dedicarse a la iglesia, entregarse a los pobres, a los huérfanos, a los más necesitados o convertirse en la fe.

Esta etapa surge por el sentimiento de culpa proveniente de la etapa anterior, donde el paciente se siente culpable por las emociones y sentimientos vividos anteriormente, por su actitud, su rebeldía y el rechazo a la vida y busca reivindicarse a cambio de una promesa o compromiso, a dar algo de valor a cambio con tal de que su situación se transforme y sea más favorable.

Los pacientes enfermos, no quieren morir e imploran a su divinidad un tiempo más a cambio de lo que sea con tal de llegar a cumplir objetivos propuestos como el ver a sus nietos crecer, o ver a sus hijos graduarse, o aún sienten la necesidad de vivir por alguien más, para no dejar a sus hijos o padres desamparados o a sus parejas solos, o simplemente porque consideran que aún tiene mucho por lo que vivir y desean cumplir sus metas y objetivos propuestos.

En esta etapa, el paciente se encuentra más en calma, más sereno, con la convicción fija y esperanzadora de que suceda un milagro, en muchas ocasiones desde una posición positiva y alentadora, cuidando sus pensamientos y actitudes, procurando no recaer en reproches, no obstante, al no ver mejoría y al continuar recibiendo noticias no tan favorables el paciente pasa a la siguiente etapa.

- Cuarta etapa: Depresión

El paciente terminal, al ver que su condición de salud cada vez se compromete más y al entender que ni su enojo, ni su ira, negación o negociación no dieron resultado, entra en una fase de tristeza profunda y vacío, empieza a comprender que su muerte es una realidad, debido a esto se aísla, no desea recibir visitas y pasa la mayor parte del tiempo llorando o lamentándose.

En muchas ocasiones el paciente desea adelantar el proceso de su muerte ya que, no tiene incentivos para vivir, también la familia sufre y ese dolor no tiene respuesta ni solución, es considerada la etapa más dura del proceso de duelo ya que es cuando el enfermo y la familia caen en la realidad de que deben de comprender y aprender de la situación que están viviendo, el proceso es muy difícil y el rechazo de la realidad es inevitable.

La familia acompaña al familiar enfermo y lo alientan con tal de que su estado de ánimo no decaiga a tan nivel de complicar aún más la salud del enfermo, procurando ser una compañía activa, así como una guía día con día, sin embargo, es un reto para la familia el ser guía y apoyo cuando ellos mismos están viviendo un duelo anticipado ante la situación.

Es aquí, donde el rol del especialista en psicología cumple un papel fundamental en esta etapa al procurar que el paciente y su familia se encaminen en llegar a una aceptación de su enfermedad, sin que desee atentar contra su vida para hacer que el camino de todos sea menos doloroso.

- Quinta etapa: Aceptación

La etapa de aceptación es la última de las etapas psicológicas por las que atraviesa la familia y el paciente terminal, no significa que el paciente se resignó ante la muerte inminente que le espera debido a su enfermedad, sino que, tanto el paciente como la familia suelen optar por una actitud más de apertura y adaptación para poder sobrellevar la condición de una forma más positiva, no debe de interpretarse como una etapa de felicidad plena, pero sí de tranquilidad y tolerancia.

El paciente tiende a ser consciente de su realidad y su lamentable destino, empieza a descartar expectativas poco realistas y procura ir aceptando la realidad desde una posición de calma, claridad mental y aceptación, haciendo reflexiones sobre su propia vida sabiendo que su fin se acerca.

Esta etapa representa un período de adaptación no solo para el enfermo terminal sino para la familia en general, aquí, todos los involucrados pasan por un estado de adaptación y aceptación, así como de empatía para con las personas que sufren el dolor como para los familiares que se enfrentan a la pérdida.

Asimismo, durante esta etapa existe un sentido de reconocimiento en donde se procuran buscar métodos o estrategias para superar la depresión, así como el abordaje del tema, se convierte en algo más manejable y se puede hablar de la muerte con un poco más de propiedad.

## **Cuidados Paliativos en Costa Rica**

En Costa Rica, según Acuña (2017), los cuidados paliativos iniciaron en el año 1987, gracias a los conocimientos que aportó la Dra. Quesada Tristán, la cual realizó estudios en el Hospital San Lucas Roosevelt, en Estados Unidos sobre cuidados paliativos y fue la encargada de difundir sus conocimientos en esta rama de la medicina a otros profesionales de la salud tanto públicos como privados.

Seguidamente, para el año 1990, se funda la primera unidad de cuidados paliativos especializada en niños en el Hospital Nacional de Niños, quien, brindaba sus servicios tanto dentro como fuera del centro médico, además, es pionera en realizar las primeras Jornadas Médico Científicas en Cuidados Paliativos de Costa Rica y Centroamérica.

El Hospital Calderón Guardia se unió a los otros centros médicos y creó la Clínica del Dolor en 1991 y seguidamente en el año 1993, el Hospital Max Peralta en Cartago formó un Comité de Cuidados Paliativos, siendo la primera institución no gubernamental sin fines de lucro, la cual permitió la creación de la Asociación Caminemos Juntos que tenía por objeto dar atención a pacientes terminales de cáncer y VIH-Sida de la provincia.

El Comité de Cuidados Paliativos, en 1994, establece una Fundación la cual brindó gran soporte no solo económico, sino que, también ayudo a mejorar la atención a los pacientes gracias a la apertura de recursos disciplinarios que se habilitaron aumentando la capacidad de atención a todos los pacientes referidos de todo el país, no solo atención médica en el centro de salud, sino también en el hogar.

En el año 1998 se promulga la Ley N.º 7756, Ley de Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal, la cual se modificó en el 2007, y cambió su nombre en el 2017 para: Ley 8600: Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas, cambio el cual se abordó dentro de la Ley N.º 9470 llamada Ley para garantizar el interés superior del niño, la niña y el adolescente en el cuidado de la persona menor de edad gravemente enferma.

Esta ley tiene por objetivo el beneficiar a los encargados del cuidado de pacientes en fase terminal o menores de edad gravemente enfermos, de esta forma las personas que fueran activamente asalariadas no tenían que renunciar a sus labores para poder dedicarse al cuidado del familiar enfermo.

Es importante resaltar y amparados en la ley, lo que se entiende por paciente en fase terminal y menor gravemente enfermo; el primero, es considerado cuando la persona presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable cuya expectativa de vida es menor o igual a seis meses y; el segundo concepto, hace referencia a los menores que sufren una enfermedad significativa en su salud que amenaza al paciente con una muerte temprana.

Conforme lo indica el artículo primero, cuarto y quinto de la ley, las personas cuidadoras gozarán de una licencia para hacerse cargo de su familiar enfermo, durante un plazo de cada treinta días calendario pudiendo este plazo ser renovado o removido a criterio del médico, además, recibirán un subsidio el cuál se calculará, como la misma ley lo indica, con base en el promedio de los salarios consignados en las planillas procesadas por la Caja Costarricense de Seguro Social, durante los tres meses inmediatamente anteriores a la

licencia, para de esta forma poder tranquilamente velar por las necesidades del enfermo y aun así estar recibiendo un ingreso fijo para subsistir y poder solventar sus necesidades.

En 1999, la Clínica del Dolor se convirtió en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y se han creado más de 20 de estos centros a lo largo y ancho del país, facilitando la atención de primera mano de pacientes con enfermedades como el cáncer y otras patologías incurables, además, ha servido de escuela para muchos especialistas en donde pueden además de investigar, capacitarse en temas de salud a nivel nacional.

Asimismo, se crea la Fundación Pro-Unidad de Cuidados Paliativos la cual sirve como base para crear el Albergue San Gabriel ubicado en San José en el año 2000, el cual dentro de sus servicios ofrece un centro diurno de asistencia paliativa, así como el préstamo de equipo paliativo y actividades recreativas, para el año 2007, se crea el Albergue Dr. Gastón Acosta Rúa en Pérez Zeledón, el cual brinda cuidados paliativos pediátricos en la zona. Con el paso de los años, otros centros médicos se han sumado a la creación de cuidados paliativos.

En el año 2008, de acuerdo con Mayorga (2017), se promulgó el reconocimiento de la Especialidad de Medicina Paliativa por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y en el año 2009, se inició la especialidad de Medicina Paliativa para médicos en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Actualmente, Costa Rica, para el 2021, reportó tener 73 equipos de cuidados paliativos, como lo indica Centeno et al (2021), en donde 1 brinda servicio intrahospitalario

con equipo móvil, es decir los que se brindan únicamente en el centro de salud, 50 ofrecen servicio extrahospitalario, en los cuales se brinda atención médica tanto fuera como dentro del centro de salud a servicio de la comunidad, 2 son considerados como hospicios y 20 son catalogados como equipos mixtos.

La responsabilidad de honrar y salvaguardar la dignidad de quienes padecen enfermedades terminales emana del principio de dignidad humana la cual es inviolable en cada fase de la existencia, es por esto que los cuidados paliativos tienen como objetivo principal el mejorar la calidad de vida de los pacientes, con el fin de promover el máximo bienestar y evitar problemas físicos y emocionales y así impedir el tratamiento agresivo, respetando siempre la voluntad del enfermo terminal, lo cual requiere una comunicación honesta y clara entre el médico a cargo y el paciente.

Es por esta razón que en la actualidad Costa Rica tiene a disposición además de centros especializados en cuidados paliativos, diversas fundaciones sin fines de lucro las cuales centran sus esfuerzos en brindar a la comunidad atención paliativa de calidad para los pacientes, tanto niños como adultos, oncológicos o no oncológicos, con dolor y dolor crónico, además, de ser un apoyo para las familias y los cuidadores de estos.

Estas fundaciones tienen un fin común, el cual es ofrecer atención de calidad, como se mencionó y de forma integral enfocándose en diversos ámbitos como lo son el físico, emocional, social, espiritual y psicológico a pacientes terminales o con una limitante de vida, además de asistir a sus familiares cercanos y a sus cuidadores con capacitaciones y apoyo para que puedan abordar la enfermedad de una forma más favorable.

Dentro de los servicios que se brindan en las unidades de cuidados paliativos y medicina integral, se encuentra la atención interdisciplinaria en varias áreas de las ciencias de la salud, así como las consultas externas, visitas domiciliarias a pacientes que tienen movilidad limitada y telemedicina para pacientes que se encuentren lejos de la fundación.

Asimismo, se brinda capacitación mediante charlas y talleres a toda la comunidad y a la vez se promueve una sensibilización por medio de diversas empresas e instituciones locales las cuales, además de informarse, colaboran en la atención de temas de importancia como el envejecimiento saludable de las personas de la comunidad, así como la labor de los cuidados paliativos con el fin de convertirse en una ciudad compasiva.

Muchos de estas fundaciones brindan servicios a sus pacientes, familiares y cuidadores todos los días de la semana, las 24 horas del día, a cargo de profesionales experimentados en medicina los cuales dan asistencia médica presencial o virtual con el fin de dar seguimiento a la enfermedad del paciente así como orientación ante posibles emergencias médicas para que las personas a cargo del paciente puedan abordar la situación de una forma correcta a favor del paciente y evitando traslados innecesarios a los centros de salud.

Con respecto a las fundaciones encargadas de cuidados paliativos pediátricos, además de la asistencia médica que se brinda, se ofrecen centros diurnos también llamados albergues infantiles, ellos son el punto medio entre la casa y el centro médico, brindan educación tanto a los padres como a los cuidadores de los menores velando porque sus derechos se cumplan no solo en el centro médico, sino que también en el hogar.

En el año 1997, la Dra. Quesada, así como lo indica la Fundación Pro-Unidad de Cuidado Paliativo Pediátrico (s.f.), enlista una serie de derechos de los niños con enfermedad terminal los cuales hacen énfasis en la importancia de considerar al menor como un sujeto de derechos y no únicamente como propiedad de los padres, en donde sea tomada la decisión y opinión de ellos sin que se le oculte ningún detalle sobre la condición o enfermedad, así como el derecho a negar un tratamiento cuando ya no exista cura para el padecimiento.

Además de brindar apoyo médico gracias al equipo multidisciplinario que se encarga de brindar cuidados paliativos, se suministra asistencia en el préstamo de equipo hospitalario como camas especiales, sillas de ruedas, bastones, andaderas, sillas para baño y servicio sanitario durante todo el plazo que sea necesario, en su mayoría sin costo alguno ya que la institución cubre los costos, otras fundaciones si cobran por el préstamo de equipo médico una suma simbólica ya que esas ganancias son parte fundamental para el correcto funcionamiento de la institución.

Conjuntamente, estas fundaciones también brindan ayuda con suplementos necesarios según la condición del paciente como pañales tanto de niños como de adultos, guantes de látex, aceites, cremas y fórmulas que permiten que el paciente se pueda nutrir sin que su condición sea una limitante, como por ejemplo los pacientes que se alimentan por medio de una sonda o los que tienen una alimentación limitada, pueden seguirse nutriendo sin ninguna restricción.

Otro de los servicios esenciales que brindan estas fundaciones es el apoyo a las familias en duelo, cuyos hijos, padres o seres queridos han fallecido y necesitan ayuda para

abordar este proceso, en donde se brindan terapias tanto individuales como grupales con el fin de que se pueda aceptar la situación y abordar el duelo de una forma más sana.

Anteriormente se mencionó el interés de crear ciudades compasivas, pero ¿Qué es una ciudad compasiva? ¿Existe en Costa Rica ciudades compasivas? ¿Es esto necesario? Es importante comenzar por lo que se entiende por compasión, según la Real Academia Española (2024) la compasión se entiende como ese sentimiento de pena y ternura, además, de la identificación ante los malestares de los demás.

Una ciudad compasiva es aquella que se forma cuando los habitantes de la comunidad reconocen la necesidad de cuidar y acompañar a los miembros de su misma comunidad, los cuales muchas veces están atravesando una situación de salud compleja, muchos de ellos con enfermedades graves o terminales o con capacidades motoras o mentales limitadas, en muchas ocasiones la comunidad como tal no se da cuenta de la condición que están atravesando muchos de los vecinos y el poder ayudarles en las actividades de su diario vivir puede hacer una diferencia radical en la persona enferma.

Parte de la labor que hace la diferencia en una ciudad compasiva, es acompañar al enfermo en su dolor, asistir en el desarrollo de ciertas actividades, las cuales por más pequeñas que parezcan, marcan una diferencia en la vida de la persona enferma, el acompañar al enfermo a una cita médica, retirar un medicamento en la farmacia, dedicar calidad de tiempo para conocer su estado de salud, ayudar con los niños de la casa, una labor doméstica o brindar algún alimento es lo que hace posible que un lugar se convierta en una ciudad compasiva, las mismas personas del lugar de una forma empática pueden ser

pilares fundamentales para la vida de muchos enfermos que lo necesitan, algunos son adultos mayores que viven solos o madres jefas de hogar sin apoyo alguno.

Las ciudades compasivas nacieron en España mediante la fundación New Health, la cual se fundó en el año 2013, siendo una acción reconocida por la Organización Mundial de la Salud, en donde se pretende sensibilizar a toda la comunidad en general, desde centros educativos y empresas tanto públicas como privadas sobre la importancia de los cuidados paliativos desde la metodología “Todos contigo”, siendo un apoyo para las personas en condiciones de salud crítica o muy comprometida, así como soporte también para sus familiares.

Como lo indica la Fundación New Health, (2021), el objetivo de esta institución es brindar apoyo por medio de la formación, sensibilización, educación, innovación, compasión, vocación e investigación en las comunidades con el fin de desarrollar diversas redes de cuidado y acompañamiento no solo para las personas enfermas sino para las familias.

Actualmente existen ciudades compasivas en otros países tanto de América como lo es Colombia a cargo de la Fundación Keralty y Ami Pallium, en Chile por medio de la Fundación RAFA, en Argentina a cargo de Pallium Latinoamérica, en Costa Rica a cargo de la Fundación Partir con Dignidad y en Europa, en Portugal por medio de la Oficina da Compaixão.

En Costa Rica, el cantón central de la provincia de Cartago se convirtió en la primera ciudad compasiva, como lo indica el Dr. José Ernesto Picado Ovarés, creador de la fundación Partir con Dignidad, Unidos para dar amor. Así, este es el primer cantón

compasivo en el año 2022, en atención al alto índice de envejecimiento poblacional, el cual tiene por objetivo que cada persona con una enfermedad avanzada, terminal o con alta dependencia reciba una atención integral y de calidad gracias a la ayuda de los miembros de la misma comunidad, los cuales pueden hacer posible la ayuda.

Este paso, lo da Costa Rica ante la necesidad de incrementar y garantizar el bienestar de toda la población por igual, proporcionando acceso a una calidad de vida digna, así como cuidados paliativos de calidad para el final de esta, promoviendo el envejecimiento exitoso o el abordaje de las enfermedades graves y terminales desde un punto de vista más humano, permite que otras comunidades en un futuro se sumen a esta iniciativa de convertir más y más comunidades compasivas con el fin de que se convierta en un país compasivo en su mayoría.

### **Control de síntomas y alivio del dolor**

El control de los síntomas y el alivio del dolor son la base y el objetivo de los cuidados paliativos, como se ha desarrollado previamente, no obstante, es imperativo conocer la forma actual en la que se abordan estos síntomas y el cómo es clasificado el dolor del paciente, para de esta forma tener un punto de partida para el tratamiento a aplicar.

El dolor, como se indica en la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2006), se clasifica según la fisiopatología, la cual se entiende como la disciplina médica que estudia la fisiología, la patología y la bioquímica con el fin de determinar las alteraciones del cuerpo humano y encontrar una razón a las diversas enfermedades que puedan aparecer (Uribe, 2018) y la duración.

En relación con la fisiopatología, se clasifica en:

- Dolor somático: este tipo de dolor es debido a la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas cutáneas, tanto profundas como superficiales.
- Dolor visceral: es causado por la compresión o distensión de los órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.
- Dolor neuropático: la causa principal de este tipo de dolor es la lesión directa de las estructuras nerviosas, debido a la invasión tumoral, quimioterapia o infecciones.
- Mixto: En este caso el paciente enfermo puede experimentar diversos tipos de dolor al mismo tiempo.

En cuanto a la duración, se clasifica en:

- Agudo: es el dolor que se hace presente de forma brusca y rápido, su duración es un plazo corto.
- Crónico: se considera crónico cuando el dolor dura más de un mes.
- Irruptivo: hace referencia al dolor moderado o severo que aparece sobre un dolor crónico.

Para evaluar la intensidad del dolor, actualmente se utilizan diversas escalas a nivel mundial como lo son las visuales analógicas, verbales y numéricas, así como diferentes cuestionarios como el Cuestionario Breve del Dolor y la Lista de verificación de evaluación del dolor para Personas mayores con capacidad limitada para comunicarse.

Dentro del control de síntomas, además, de dar la atención primaria al alivio del dolor y a la parte emocional, psicológica y psiquiátrica, también se encuentra un amplio

enfoque a los diversos sistemas del cuerpo humano, los cuales se ven comprometidos según la enfermedad y conforme esta vaya avanzando.

Asimismo, es de gran valor determinar estos síntomas y sus afectaciones ya que de esto va a depender la administración de medicamentos, que tipos y en que cantidades o el análisis para optar por otros tipos de medicina alternativa.

Como se menciona en la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2006), con relación al sistema respiratorio, se analiza si el paciente presenta algún tipo de disnea, la cual hace referencia a la molestia presente al respirar, así como la tos sea intermitente o constante, estos síntomas se analizan con el fin de determinar si están o no ligados a la enfermedad y establecer qué tipo de medicamento se puede suministrar al paciente, ya sea fármacos de bajo impacto u opioides.

Referente al sistema digestivo, el control de síntomas se amplía y se vela por el adecuado cuidado de:

- La boca, la xerostomía y la mucositis: Es de vital importancia mantener la salud bucal lo óptima posible, para evitar sequedad, infecciones, placa bacteriana, así como procurar que la boca en general tanto dientes como encías se encuentren limpios.

No obstante, muchos procedimientos químicos como lo son la quimioterapia y radioterapia provocan úlceras y cambios en el sentido del gusto.

- Candidiasis: Esta condición es generada en pacientes oncológicos debido a tratamientos de quimioterapia, sin embargo, también se presenta en pacientes no

oncológicos debido a la deficiente higiene bucal o el uso de tratamientos como antibióticos.

- Disfagia: Suele suceder ya al final de la vida de los pacientes y hace referencia a la dificultad que tienen los pacientes para la deglución (tragar). Estos suelen suceder por los factores antes mencionados, como úlceras o trastornos en la boca.
- Náuseas y vómitos: Estos síntomas son producto de las sesiones de radioterapia y quimioterapia, el personal médico procura brindar ciertos medicamentos los cuales ayudan a calmar estos síntomas o disminuirlos, sin embargo, este malestar va disminuyendo al segundo trimestre de tratamientos.
- Estreñimiento, diarrea y obstrucción intestinal: Estos síntomas se presentan en su gran mayoría en pacientes oncológicos y en algunos casos al final del ciclo de la vida debido a la dieta y a la inmovilidad del paciente, así como los cambios en su metabolismo y en el cuerpo en general debido al uso constante de medicamentos. Estos padecimientos deben de ser abordados de forma individual con el fin de poder brindarle al paciente el correcto medicamento para que no afecte otras áreas de su cuerpo y para que ayude al control de los síntomas.

Otro aspecto de gran importancia es la atención que se le da al cuidado de la piel, muchos pacientes en cama suelen tener afectaciones en la piel como úlceras, hongos, resequedad o infecciones debido a la posición en la que se encuentran la mayor parte del tiempo, además, el aseo, la higiene y la correcta hidratación cumplen un papel fundamental en pacientes de cuidados paliativos ya que estos aspectos permiten que la salud del paciente no empeore por factores externos a su enfermedad como lo sería un descuido en sus hábitos de higiene.

Parte de los cuidados paliativos es aliviar el dolor del paciente enfermo, por medio de medicamentos esenciales, la Organización Mundial de la Salud en el año 2021, emitió la versión número 22 sobre la lista modelo de medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor en cuidados paliativos, a continuación, se nombran los siguientes según su categoría:

- No opioides
  - Ácido acetilsalicílico
  - Ibuprofeno
  - Paracetamol
- Opioides
  - Codeína
  - Fentanilo
  - Morfina
  - Hidromorfona
  - Oxycodona
  - Metadona

Otros medicamentos para síntomas comunes en cuidados paliativos

- Amitriptilina
- Ciclizina
- Dexametasona
- Diazepam
- Docusato de sodio
- Fluoxetina

- Haloperidol
- Butilbromuro de hioscina
- Bromhidrato de hioscina
- Lactulosa
- Loperamida
- Metoclopramida
- Midazolam
- Ondansetrón
- Dolasetrón
  - Granisetrón
  - Palonosetrón
  - Tropisetrón
- Senósidos

En Costa Rica, actualmente se utilizan estos medicamentos con regulación médica según el tipo de fármaco y conforme la enfermedad así lo amerite, generalmente los no opioides no requieren de prescripción médica y al ser fármacos con propiedades analgésicas se utilizan para tratar dolores de leve a moderado, fiebre e inflamaciones.

Dentro de la categoría, los opioides, son considerados fármacos muy fuertes, se utilizan para aliviar el dolor agudo; en Costa Rica se utilizan los siguientes: el fentanilo, la morfina y la oxicodona, estos medicamentos si requieren de una prescripción médica y el equipo multidisciplinario a cargo debe de indicar la dosis ya que son medicamentos que generan adicción.

Bajo Decreto Ejecutivo 29561 (2001), el cual tiene como objetivo general la "provisión de servicios, la educación, la capacitación y la disponibilidad de opiáceos", se aborda el tema tanto de los medicamentos y la disponibilidad de estos, así como la capacitación y educación no solo a enfermo, sino que a toda la familia.

Dentro del apartado primero, exactamente en el inciso 1.5.2. normas específicas, se detalla la responsabilidad que tienen las diversas áreas de salud para coordinar la adquisición de medicamentos necesarios para el cuidado de los enfermos los cuales poseen una prescripción específica, así como el correcto uso que se le debe de dar a las donaciones provenientes de diversas fundaciones única y exclusivamente para el cuidado de los enfermos.

En el segundo apartado, educación y capacitación, se indica en la sección 2.3.2. de normas específicas, la capacitación completa que recibe tanto el paciente terminal como la familia, se abordan temas como los horarios de atención, la programación de visitas a domicilio, así como la correcta aplicación de medicamentos, la movilización del paciente encamado, la adecuada higiene, alimentación, manejo de secreciones y el seguimiento de los síntomas.

El tercer apartado, contiene todo lo relacionado a la disponibilidad de los opiáceos como tratamiento y control de diversas enfermedades, así como las sesiones educativas a cargo de la farmacia, la cual debe mantener en su inventario de forma permanente este tipo de medicamentos.

Tanto el farmacéutico como el responsable del centro de salud deben de coordinar el despacho de estos medicamentos teniendo un registro detallado de estupefacientes que el paciente va a utilizar, así como el seguimiento y control del uso que se le dan, dosis y modo de administración por medio de visitas domiciliarias.

### **Capítulo III: Ejercicio profesional de la medicina desde un enfoque bioético en pacientes con enfermedad terminal**

En la actualidad la práctica médica enfrenta día con día diversos conflictos éticos y morales principalmente cuando se trata de pacientes con enfermedades graves, incurables o terminales, por esta razón que la bioética tiene como principal fin el crear una relación médico-científica con tal de mejorar la calidad de vida de los seres humanos y el avance en el campo de las investigaciones científicas, sin dejar de lado el valor ético y el respeto hacia el paciente, los derechos de este y sus valores fundamentales.

La atención médica que se le brinda a los pacientes con enfermedades terminales, más que buscar una cura a su padecimiento, pretende asegurar una calidad de vida hasta el final de la vida del paciente, así como el alivio del dolor y de su sufrimiento desde un enfoque ético y compasivo.

Este apartado propone explorar el ejercicio profesional de la medicina en pacientes terminales partiendo de la autonomía del paciente, respetando sus deseos y opiniones a la hora de tomar decisiones, así como tener la libertad de rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimientos, optando libremente por métodos menos invasivos con el objetivo de vivir sus últimos días con calidad de vida y sin sufrimiento.

La bioética posee una serie de principios básicos los cuales son necesarios para toda investigación médico-científica que se desee realizar en humanos, en donde el médico debe de velar por el bienestar del paciente en primer lugar por sobre el aporte científico, evitando todo posible daño innecesario, garantizando una atención compasiva y respetuosa tanto al paciente enfermo como a la familia cercana de este, porque también sufren un duelo anticipado por la condición terminal que vive su ser querido.

Por su parte, el médico debe de asegurar la atención de cuidados paliativos al paciente cuando se encuentre en el centro de salud, así como, en su casa de habitación, propiciando un alivio al dolor no solo físico, sino emocional y espiritual, siempre respetando la dignidad del paciente y su derecho de optar por una muerte digna.

Al momento de tomar decisiones vitales, el médico debe de informarle al paciente y a sus familiares la situación de forma efectiva, empática, clara, entendible y completa, sin exagerar en ningún diagnóstico ni omitir información sobre la condición que vive el paciente, se debe de reconocer la severidad de la enfermedad así como las posibles vías que tiene el paciente al momento de optar por un tratamiento o procedimiento y en caso futuro de no ver mejoría en la decisión de pausarlo o rechazarlo.

Es importante, que el todo el personal médico, así como el equipo multidisciplinario considere al paciente como un ser integral, respetando todos sus derechos humanos, no ver al enfermo como un objeto preso de un malestar terminal, sino que, con compasión y empatía, el paciente sea valorado, aceptado y respetado, donde se sienta apoyado y comprendido aún más en estos difíciles momentos que atraviesa él y su familia.

Asimismo, este apartado pretende visualizar el accionar de los diversos cuerpos normativos en relación con casos reales ocurridos en territorio nacional por personas con padecimientos terminales, los cuales se abordaron al amparo de la ley y las diferentes declaraciones a nivel mundial sobre derechos humanos, así como la potencial viabilidad que existe a nivel país de abordar la eutanasia de forma activa como una alternativa a morir con dignidad y no como un acto deliberado de acabar con la vida de una persona enferma.

### **Bioética, definición e historia**

Cuando se hace referencia a un enfoque bioético, es imperativo comenzar con la definición misma de la bioética, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) (2022), de la Caja Costarricense del Seguro Social (en adelante, CCSS), define la bioética como, el estudio sistemático de las dimensiones morales y políticas de las ciencias de la vida y la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas dentro de un contexto interdisciplinario.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionado por CENDEISS, define la bioética como, el estudio de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas enfocándose en el cumplimiento de que ese estudio se realice según los valores y principios éticos y morales. Es decir, la bioética ha estado presente en el desarrollo de la biotecnología, manteniendo una estrecha relación entre el usuario y el personal médico desde un enfoque humano centrado en la dignidad de las personas y velando por el respeto y cumplimiento de todos los derechos humanos de cada individuo.

El nacimiento de la bioética surge debido al progresivo avance científico y tecnológico, así como el interés de velar por el cumplimiento de los derechos en pacientes

enfermos, gravemente enfermos y enfermos terminales, sin dejar de lado los avances en la asistencia sanitaria enfocado en el derecho a la salud, todo lo anterior con el objetivo de investigar y avanzar en el conocimiento de enfermedades, patrones genéticos, tratamientos, prevención, detección temprana, y posibles curas a diversos padecimientos.

La bioética nace alrededor de los años 70, según Cassinelli (2017), Van Rensselaer Potter, fue quien por primera vez le dio un término a esta disciplina, acuñando el concepto de bioética, debido al interés del efecto que generaban las nuevas tecnologías emergentes en la salud con el fin de crear una relación entre la ética y las ciencias médicas con el único propósito de mejorar la calidad de vida, este autor publicó varias revistas sobre esta temática llamadas “Bioética: la ciencia de la supervivencia” y “Bioética: puente hacia el futuro” sin embargo, fue hasta en 1972 que Fritz Jahr utilizó por primera vez el término “Bio-Etnik” haciendo referencia a la relación ética entre los seres humanos y todo lo que le rodea como lo son animales y plantas.

Ambos autores, coincidían en el objetivo central de esta disciplina, concibiéndose como el beneficio a la humanidad en los avances científicos y médicos, favoreciendo la evolución biológica sin dejar de lado el factor humano, respetando sus valores, libertades y derechos.

No obstante, este concepto no se limitaba únicamente a los seres humanos, también englobaba a toda la naturaleza en sí, desde los animales hasta las plantas y los recursos mismos como tal para proteger tanto la generación actual como las futuras generaciones, respetando la vida, la libertad humana, la dignidad misma, la igualdad de derechos

presentes en todo ser humano sin importar su condición y promoviendo un trato más humanizado por parte de los encargados de brindar servicios de salud.

Como lo indica el mismo autor, diversas causas hicieron posible la necesidad de crear esta disciplina, entre ellas:

- El carácter científico de la medicina: cuando se habla del carácter científico, se hace referencia a la concepción que se tiene del paciente, el cual en la mayoría de las ocasiones deja de ser sujeto y se convierte en un objeto, se cosifica debido a su condición, en donde se separa por completo el factor humano e integral y se convierte en un objeto de estudio sobre la enfermedad o condición que padece, sin tomar en cuenta su libertad personal e intereses propios.

Es por esta razón que es necesario considerar al paciente como un sujeto moral con carácter racional, capaz de conocer y entender su condición, así como la libertad y derecho a la hora de tomar las decisiones, convirtiendo el estudio científico en una práctica más humana.

- El avance tecnológico: al ser la medicina una ciencia en continuo cambio, es de interés considerar los avances que se han desarrollado, muchos de estos desafiando los fundamentos de vida y muerte a como se conoce en la actualidad, se han desarrollado avances en temas de trasplantes de órganos, los métodos alternativos como los “comas inducidos”, respiradores artificiales, alimentación parenteral (alimentación por vía intravenosa), diálisis, avances en cuidados intensivos, tratamientos, desarrollo de nuevos fármacos, así como avances en la genética y la posibilidad de modificar el genoma humano.

- La necesidad social de las mejoras en el ámbito de la salud: como se indicó anteriormente, la práctica médica se desarrollaba en un ambiente deshumanizado, sin embargo, la primera necesidad de la bioética era cambiar esa relación médico-paciente, en donde el personal médico como especialista y conocedor del campo de la medicina ayuda al paciente vulnerable y afligido por su condición. Ante esta necesidad de cambiar la forma de cómo se concibe al enfermo, es que muchos avances médicos se han enfocado en el manejo de ciertas enfermedades hasta lograr su detección temprana y prevención.

Sobre la segunda causa y la posibilidad de modificar el genoma humano, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó en el año 1977, la Declaración Universal sobre el genoma humano y los derechos humanos, haciendo énfasis en que el genoma humano es la base fundamental de la humanidad permitiendo el reconocimiento de su dignidad y su diversidad intrínseca, es decir, todo ser humano merece el respeto de sus derechos sin que sus características genéticas sean un factor de exclusión.

La presente declaración en su artículo 5, menciona los derechos de las personas interesadas en ser parte de una investigación, tratamiento o diagnóstico en relación al genoma humano, para lo cual es indispensable en primer lugar contar con el consentimiento libre y expreso de la persona interesada, además de una previa evaluación de riesgos y ventajas así como una evaluación previa siempre al margen del respeto de la dignidad de cada persona así como velar por el cumplimiento de sus derechos fundamentales.

Asimismo, para el año 2003, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), aprobó la Declaración Internacional sobre

los Datos Genéticos Humanos la cual dentro de sus objetivos debe velar por el respeto a la dignidad humana y el cumplimiento de los derechos, siendo estas características fundamentales y, tal como se ha podido evidenciar en el desarrollo de este tema, el punto medular de todas las declaraciones, leyes o códigos que tengan relación con la investigación en seres humanos.

Esta declaración aplica para la recolección, análisis, investigación, tratamiento y utilización de datos genéticos, muestras biológicas y datos proteómicos (estudio de la estructura y la función de las proteínas, incluso de la manera en que trabajan e interactúan en el interior de las células Torrades, (2004)).

Estos datos genéticos tienen como finalidad el ser recolectados para la investigación médica y científica con fines de estudio epidemiológicos, así como diagnósticos para el control, prevención y detección de enfermedades y efectividad de ciertos medicamentos o vacunas.

Mainetti, mencionado por Cassinelli (2017), considera que existen varios temas de estudio en la disciplina de la bioética, no obstante, menciona tres grandes capítulos como sus principales, haciendo referencia a:

- Ética médica: esta área comprende la ética profesional es su sentido más restringido, haciendo énfasis en la ética deontológica la cual comprende las normas que rigen a los profesionales de la salud sobre su comportamiento y conducta profesional.

- Bioética general: esta área aborda las relaciones médico-paciente, así como la moral, el avance científico y tecnológico, la investigación en el área de la salud, el medio ambiente y la atención que se brinda en los servicios de salud.
- Bioética especial: este tema de estudio como tal se enfoca en la intervención biotécnica de la vida humana, comprendiendo desde el nacimiento hasta su muerte como por ejemplo: las tecnologías reproductivas, aborto, esterilización, fecundación in vitro, donación de gametos, experimentación humana y animal, así como suicidio asistido, muerte, eutanasia y vida digna por medio de cuidados paliativos.

La bioética como disciplina de las ciencias de la salud, se divide en dos ramas fundamentales: bioética en investigación y bioética clínica y en gestión; la primera rama hace referencia a la protección que se le debe de dar a los participantes que forman parte de la investigación biomédica la cual es fundamental y totalmente necesaria para fortalecer el avance de las ciencias de la salud por medio de evidencia científica, tanto para el aprendizaje, como para el desarrollo y manejo de diversas enfermedades existentes, así como futuras y, la creación de posibles tratamientos, vacunas y curas.

La segunda rama de la bioética clínica y en gestión, hace referencia a la aplicación de la bioética misma en los pacientes, incorporando los principios bioéticos, los cuales serán abordados más adelante, así como la relación con los derechos humanos y la dignidad del paciente dentro de la práctica médica.

Por último, cabe indicar que a la bioética en gestión, esta hace referencia al manejo de los diversos servicios de salud que se brindan, todo lo anterior por medio de estudios

clínicos y análisis de resultados, documentos e información recopilada con el fin de elaborar guías, procedimientos y normativas, así como darle el correcto seguimiento a su uso y aplicación a nivel general en todos los centros encargados de velar por la salud.

### **Principios de la Bioética**

Esta disciplina, presenta una serie de principios los cuales surgen, como indica Siurana (2010), en 1974 cuando el Congreso de los Estados Unidos crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica del Comportamiento con el fin de identificar las pautas básicas que debe de seguir toda investigación clínica que se realice con seres humanos, Beauchamp y Childress, mencionados por el mismo autor proponen cuatro principios básicos que deben seguirse en el ámbito de la ética médica:

- Respeto de la autonomía: como se ha mencionado reiteradamente en otros apartados, la autonomía se entiende como esa libertad que tiene todo ser humano de autogobernarse, poder tomar sus propias decisiones y tener la capacidad de comprender y reconocer las consecuencias que estas pueden acarrear.

La autonomía se cumple cuando se le permite a la persona tomar sus propias decisiones, tener su opinión sobre la situación y actuar conforme sus valores lo permitan, en este caso el personal médico debe de brindar al paciente la información de forma completa y siempre con la verdad, respetando la privacidad y protegiendo la confidencialidad, así como solicitar el

consentimiento del paciente para toda aquella intervención médica que sea necesaria realizar.

- Beneficencia: este principio se refiere a hacer acciones que provoquen el bienestar a otros previniendo el daño o dolor, ya sea de una forma positiva o de una forma útil por medio de actos de buena voluntad, empatía, caridad, amor, compasión o humanidad siempre a la luz de la ética médica.

Para cumplir con el principio de la beneficencia se deben de proteger y defender los derechos de otros alertando sobre todo tipo de daño que pueda suceder eliminando toda posibilidad que ocasione un mal o deterioro para la salud o la integridad de la persona, así como ayudar a los que se encuentran en condiciones de discapacidad, vulnerabilidad o en peligro.

Este principio es considerado como una exigencia no como una alternativa para el personal de salud, siempre y cuando la opinión del paciente sea tomada en cuenta y respetada.

El personal de salud debe de promover en sus pacientes una atención de calidad para prevenir y curar enfermedades, así como determinar el mejor tratamiento para su enfermedad.

Actualmente el Código Civil en el artículo 46 funge como fundamento para la eutanasia pasiva y voluntaria, en donde claramente se indica la libertad de decisión del paciente enfermo de negarse a ser sometido a exámenes, tratamientos o procedimientos quirúrgicos, no obstante, el Código de Ética Médica se contrapone a lo anterior, dentro del abordaje al principio de beneficencia, se recalca la necesidad de hacer todo lo que esté al alcance médico

para salvaguardar la vida y salud del paciente, convirtiéndose así, en muchas ocasiones en el encarnizamiento terapéutico, en donde el principio ético del médico se sobrepone al derecho del paciente de negarse a recibir un tratamiento o de llevar sus últimos días con dignidad y calidad de vida.

- No maleficencia: a diferencia del anterior, este principio hace referencia al deber de no provocar daño de forma intencional ni lesionar los intereses de las personas sean físicos o psicológicos, dentro de sus características se encuentran, el no matar ni causar daño, dolor o sufrimiento alguno que incapacite u ofenda a las personas sin dejar de lado el no privar a otros aquellas cosas que aprecian en la vida.
- Justicia: en el ámbito médico sea público o privado, la justicia es considerada como la obligación de dar un trato equitativo y apropiado a cada persona por igual brindándole recursos y oportunidades, así como una atención y un servicio de salud de calidad sin distinción alguna.

Con base en este último principio, el derecho a la salud y los servicios que se brindan para bien de esta deben de ser distribuidos de forma más equitativa para todas las personas sin que ningún factor externo marque una diferenciación en el trato o en la calidad de servicio que se brinda, tanto el estado como la sociedad deben de velar por que se cumpla la igualdad de oportunidades de todas las personas que conforman la comunidad.

No obstante, ante este principio, es una realidad que existe un gran desafío debido a la diferenciación que se hace entre las personas que necesitan un servicio de salud y los que económicamente pueden cumplir con los gastos, hoy día, los que han tenido la oportunidad

de visitar un centro de salud privado a uno público han podido presenciar una diferenciación abismal, desde la calidad en el servicio, el trato que se ofrece y hasta la premura con que se atiende al paciente, a diferenciación de los servicios públicos en donde los exámenes urgentes y cirugías de necesidad pasan a ser agendadas hasta 5 años después de que se diagnostican.

De Sola, mencionado por Siurana (2010), añade a los anteriores principios una serie de pautas las cuales considera de gran interés para ser consideradas en la práctica médica con el fin de velar por el correcto cumplimiento de la profesión sin dejar de lado el verdadero valor y respeto por el paciente, indicando que:

- El interés del hombre debe sobrepasar los intereses de la sociedad y de la ciencia.
- Las intervenciones médicas deben de ser realizadas de acuerdo con las normas establecidas en la práctica de la profesión.
- Es imperativo el consentimiento informado por parte del paciente para realizar cualquier intervención médica, no obstante, existe una única excepción en la cual el consentimiento informado no se solicite y es cuando en caso de urgencia la vida del paciente corre un gran peligro y es necesario intervenirlo para evitarle un mal mayor
- Es un deber del personal médico informar a toda persona sobre su condición y estado de salud de una forma clara y detallada, sin omitir detalles sobre su enfermedad, así como posibles tratamientos, terapias y medios de prevención.
- Se debe de proteger a todo menor de edad o persona con discapacidad.

- El cuerpo humano o sus partes no deben de ser consideradas como recursos para obtener beneficios.
- Ante posibles o reales incumplimientos de estos principios, el personal médico se enfrentará a diversas sanciones por la falta o faltas graves cometidas en su labor.

En resumen, la base de estos principios es cuidar los intereses del paciente, sin provocarle ningún daño y a su vez no obligarlo ni someterlo a ninguna practica dolorosa con el fin de alargar su vida, Hoose mencionado por el mismo autor, indica que la vida es un valor básico, pero no un valor absoluto, es decir, en caso de que el paciente presente dolores agobiantes y tenga consciencia de su realidad, el prolongar la vida y su agonía no debe de ser la única opción, en caso de que el paciente desee morir, se debe de respetar su voluntad.

### **El juramento Hipocrático, el Código de Nüremberg y el Código de Helsinki**

Hipócrates nació en Grecia alrededor del año 460 a.C., se considera el padre de la medicina y se le atribuye la creación del Juramento Hipocrático el cual resume algunos de los principios éticos los cuales deben de ser aplicados durante todo el ejercicio de la profesión médica, la versión de este juramento ha pasado por varias modificaciones siendo la Declaración de Ginebra la más actual en el año 2017.

Este juramento, como lo indican Sánchez y Taype (2018), aborda dentro de sus principios el dedicar la vida solemnemente al servicio de la humanidad, velando por el respeto a la vida, la salud, la integridad física, moral y emocional, el bienestar del enfermo, así como, respetar su dignidad y autonomía, guardar la confidencialidad y la privacidad

además de guardar los secretos confiados por parte del paciente en todo momento aún después del fallecimiento de este.

Además, se demanda el ejercicio de la profesión conforme a la buena práctica médica, el honor y las nobles tradiciones, además del deber de velar por el respeto, los derechos y las libertades fundamentales del enfermo, como el deber de compartir sus conocimientos en beneficio del paciente, la mejoría de este y el avance de la investigación científica.

Actualmente, en Costa Rica, las juramentaciones de médicos y cirujanos realizan el juramento hipocrático además del juramento institucional, así, el médico jura cumplir con su deber profesional de obrar a favor de los enfermos y el bienestar, velando por el respeto a la vida y a la integridad física, mental y emocional de cada paciente.

Junto con el juramento hipocrático, existe el Código de Nüremberg y el Código de Helsinki, con relación al primero, Chamorro (2002), menciona que su historia y fundación poseen un precedente de gran relevancia y valor, durante la segunda guerra mundial, en la Alemania nazi se consideraba la pureza de la raza aria donde no era posible concebir una mezcla de razas con personas que no fueran nacidos de alemanes.

Es por esta razón que en busca de una raza pura, se empezaron a realizar experimentos e investigaciones en seres humanos vivos, principalmente en los campos de concentración a cargo de Joseph Mengele, estos experimentos se centraban en poner a prueba fármacos o tratamientos para la cura de enfermedades o lesiones que podía

experimentar el personal militar durante la guerra, así como anticuerpos para la prevención de enfermedades como la fiebre, hepatitis o tuberculosis.

Otra área de estudio estaba enfocada en experimentar la supervivencia, muchos de los prisioneros fueron expuestos a bajas temperaturas para poder encontrar un tratamiento efectivo para casos de hipotermia, así como experimentos para comprobar la altura máxima en la que podía ser lanzada una persona sin paracaídas y que sobreviviera, todo esto con el fin de que el cuerpo militar nazi obtuviera datos comprobados para aplicar ellos mismos durante el combate y no poner sus vidas en riesgo.

Una de las mayores ambiciones nazis durante sus experimentos en prisioneros fue la esterilización de judíos, romaníes, polacos y griegos con el fin de evitar la reproducción de estos ya que se consideraban una raza genéticamente indeseable para los alemanes y ponía en riesgo su objetivo de así conseguir una raza considerada como pura, además, muchos prisioneros eran expuestos a enfermedades altamente mortales y contagiosas para poder de esta forma determinar cuál era la raza que más resistía a la enfermedad.

Uno de los objetos de estudio que tenía el Dr. Mengele era la gemelidad, ya que consideraba que si los alemanes lograban reproducirse con gemelos, esto permitía que en un menor tiempo los alemanes pudieran dominar el mundo, no obstante las pruebas que se realizaban en gemelos eran despiadadas y se consideraban como material de guerra.

Al finalizar la segunda guerra mundial, muchos de los que estuvieron a cargo de estos experimentos fueron enjuiciados en el Tribunal de Nüremberg y se les acusó de ser criminales de guerra, no obstante se excusaron justificando sus hechos con varios

argumentos, los cuales hacían constar que estos experimentos fueron totalmente necesarios y al ser prisioneros condenados a muerte, el médico podía actuar libre de responsabilidad, además, abogaron por la necesidad de sacrificar a algunos con tal de obtener beneficios para otros, sin dejar de lado que no existía ninguna regla de ley que lo prohibiera.

En razón de lo anterior, se evidenció la necesidad de redactar el Código de Núremberg, en el cual se instauró el primer modelo ético para toda investigación con seres humanos, considerando la naturaleza esencial del consentimiento por parte de la persona usuaria, la cual debe tener capacidad legal, de hecho y conocimiento claro y completo de todo el procedimiento al que se le va a someter.

Además, dentro de los principios de este código se aclara la salvedad de evitar cualquier tipo de dolor o sufrimiento al paciente, así como evitar todo procedimiento cuando este atente contra la vida misma o exista la posibilidad de ocasionar una lesión irremediable, ante todo procedimiento es necesario que el personal médico calificado cuente con la máxima precaución y capacidad para realizar el procedimiento, velando por la seguridad del paciente y ser consciente de que la persona usuaria puede interrumpir el procedimiento cuando el estado físico o mental se vean comprometidos debido al procedimiento.

En la actualidad, toda investigación que sea llevada a cabo con seres humanos está obligada a procurar el beneficio social e individual en lo que respecta a la salud y a la prevención de enfermedades, procurando ocasionar el menor riesgo posible al paciente, respetando en todo momento la participación de forma voluntaria en el procedimiento y la protección a su privacidad.

El Código de Helsinki por su lado, es considerado como el más importante en relación con la regulación de investigaciones científicas y médicas aplicadas en seres humanos, este código, como indica Mazzanti (2011), se publicó en el año 1964 a cargo de la Asociación Médica Mundial (WMA por sus siglas en inglés) y ha sido modificado en 9 ocasiones desde su primera publicación, siendo en el 2013 la versión más reciente de la declaración efectuada en Brasil.

Este código es una propuesta de principios éticos el cual tiene su función de orientar al personal médico y a sus interesados en realizar investigaciones médico-científicas en seres humanos velando por los intereses de la persona usuaria principalmente en el área de salud.

El continuo avance en las ciencias médicas basadas en la investigación debe de recurrir en muchas ocasiones a la experimentación en seres humanos vivos, es por este motivo que se han implementado pautas a seguir con el fin de proteger la vida y la salud sobre los intereses de la ciencias o sociedad.

Es por esta razón, que es una necesidad el avance en la investigación médica con el fin de comprobar la eficacia, calidad y accesibilidad de los procedimientos preventivos, tratamientos y curas para las distintas enfermedades tanto existentes como futuras.

Un aspecto medular en este código, considerado como un principio básico de toda investigación médica es el siguiente:

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos

individuales. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Es decir, el código se aborda desde un aspecto central por el cumplimiento del respeto y protección primeramente a las normas éticas ya establecidas a nivel Nacional e Internacional, sin dejar de lado, la protección de cada individuo respetando su libre consentimiento, así como su privacidad y la especial protección que se debe de tener para con las personas que no son capaces de consentir una investigación médica-científica por sí mismos.

Con base en las declaraciones descritas, así como en los diferentes enunciados, es de suma importancia resaltar el valor que se le ha dado al avance médico en el área científica y la bioética, siendo esta última una necesaria disciplina de estudio la cual permite el avance en el desarrollo de factores que favorecen la salud y el avance tecnológico en nuevas áreas de desarrollo así como en el perfeccionamiento y la implementación de nuevas terapias, tratamientos, diagnósticos, vacunas y fármacos con el fin de evaluar posibles efectos, beneficios y mejoras a la salud.

Debido a los abusos que se han aplicado a lo largo de la historia en seres humanos con un fin científico y de investigación, es que nacen estas declaraciones las cuales pretenden legislar la correcta aplicación de investigaciones científicas desarrolladas en seres humanos, imperando por el respeto a la vida y la salud del paciente por sobre los

intereses médicos, científicos o tecnológicos, es indispensable que el personal médico cuente con el consentimiento de la persona usuaria junto con el detalle de todo el procedimiento que se aplicará y los posibles efectos o riesgos que este pueda ocasionar en corto, mediano o largo plazo.

Nótese, la importancia del cumplimiento de las normas éticas tanto del país como las que son aplicadas internacionalmente, esto debido al interés de fomentar la búsqueda de una visión universalista cuando de investigaciones en seres humanos se trata, es por esta razón que el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud estableció en el año 2002 las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos, las cuales abordan como fin principal lo siguiente:

el progreso en la atención médica y la prevención de enfermedades depende de la comprensión de procesos fisiológicos y patológicos o de descubrimientos epidemiológicos y, en algún momento, requiere investigación en seres humanos. La obtención, análisis e interpretación de la información surgida de la investigación en seres humanos contribuye de manera significativa a mejorar la salud humana (p. 13).

Es una realidad que para poder avanzar en temas de salud, es necesario el conocer el comportamiento del cuerpo humano cuando se enfrenta a ciertas enfermedades, tratamientos y terapias, así como medios de prevención, al igual que la necesidad de crear anticuerpos a distintas condiciones y estar preparados para futuras afecciones, todo

manteniéndose en un margen de respeto a la dignidad humana del paciente y el cumplimiento de todos sus derechos.

Toda investigación realizada en seres humanos, como se indica dentro de estas pautas éticas incluye el estudio de:

- Procesos fisiológicos, bioquímicos o patológicos,
- Ensayos controlados de intervenciones diagnósticas, preventivas o terapéuticas
- Estudios diseñados para determinar las consecuencias de intervenciones
- Estudios sobre el comportamiento humano

Este documento está conformado por 21 pautas las cuales únicamente se mencionan a continuación:

1. Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos.
2. Comités de evaluación ética.
3. Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente.
4. Consentimiento informado individual.
5. Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación.
6. Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores.
7. Incentivos para participar en una investigación.
8. Beneficios y riesgos de participar en un estudio.

9. Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado.
10. Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados.
11. Elección del control en ensayos clínicos.
12. Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
13. Investigación en que participan personas vulnerables.
14. Investigación en que participan niños.
15. Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
16. Las mujeres como sujetos de investigación.
17. Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
18. Protección de la confidencialidad.
19. Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.
20. Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica.
21. Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud.

Estas pautas tienen como fin la evaluación científica al amparo del cumplimiento de los estándares del país la cual está a cargo de los comités científicos o bien siendo estos patrocinados en un país externo, en donde de igual forma todo procedimiento debe de ser informado de forma libre, voluntaria y expresa, explicándole a cabalidad a la persona

usuaria los beneficios así como riesgos de la investigación, priorizando la salud, la vida y el cumplimiento de los derechos sobre cualquier bien científico o tecnológico.

## **Bioética al amparo de los derechos humanos y la aplicación del Código de Ética**

### **Médica en Costa Rica**

En el año 2005, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos, considerando el acelerado avance en el ámbito científico, tecnológico y de investigación, los cuales impactan directamente la vida humana y la salud.

Dentro de los objetivos de esta ley se encuentran el promover la investigación científica con el fin de beneficiar el avance tecnológico ante la necesidad de crear nuevos procedimientos los cuales favorezcan a los seres humanos para la detección temprana de enfermedades así como patrones de comportamiento ante distintas enfermedades, síntomas y posibles tratamientos, terapias alternativas, vacunas, medicamentos, entre otros hallazgos que favorecen la salud, siempre protegiendo el respeto a la vida, la dignidad humana, el cumplimiento de sus derechos y las libertades fundamentales.

Lo anterior descrito debe de estar ligado al cumplimiento de los derechos humanos de toda persona sin importar su condición médica, no obstante, en muchas ocasiones los pacientes con enfermedades graves o terminales ven sus derechos violentados al no ser respetadas sus decisiones sobre su condición o enfermedad o aún peor sobre su propia vida.

## **Derecho a la vida**

La vida se defiende en su totalidad como el bien máspreciado que todo ser humano puede poseer, es un regalo sagrado y por lo tanto debe conservarse y protegerse, así a como se indica en la Constitución Política, en el artículo 21, el cual defiende la inviolabilidad de la vida.

Por otra parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) (1970), en su artículo 4 menciona que: toda persona tiene derecho a que se respete su vida, este derecho estará protegido por la ley y a partir del momento de la concepción nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1968), indica en el artículo 6 que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, además es un derecho el cual está protegido por la ley y nadie podrá ser privado de la vida de forma arbitraria.

En Costa Rica, el voto 04423-1993 de la Sala Constitucional, resalta la importancia del derecho a la vida indicando que es el más elemental de los derechos del cual se despliegan todos los demás derechos, resaltando la obligatoriedad que tiene el Estado de protegerla por vía jurídica, institucional y constitucional siendo considerado como un bien superior, además de ser la condición determinante y necesaria de la existencia humana.

Dworkin, mencionado por Olano (2016), defiende el valor sagrado de la vida, resaltando la autonomía que posee cada persona de tomar sus propias decisiones y ser consciente de sus actos, además, la concepción de término “sagrado”, se sale por completo de cualquier relación a una religión específica, sin embargo, considera que el elegir una

muerte prematura de forma química sin que sea el momento natural, es el insulto más grave que se le puede hacer a la vida, deshonrando deliberadamente el regalo de vivir y destruyéndolo por completo.

El derecho a la vida es la base de todos los demás derechos puesto que sin uno no existirán los otros, más que ser un atributo propio del ser humano es parte fundamental, es uno solo, no basta únicamente vivir por vivir, es necesario la existencia de otros derechos para que la vida se pueda desarrollar de forma correcta en un ambiente sano y saludable, se necesita del derecho a la salud, a la integridad física, mental y emocional, el acceso a los servicios de salud y a la información para el desarrollo de una vida óptima y estable, así como el derecho a desarrollarse en un ambiente libre de hostilidad y seguro.

Varios autores, según Figueroa (2008), rescatan el valor fundamental de defender la vida, no obstante, se posicionan en contra de las prácticas que puedan atentar en contra de esta, indican que la vida debe de ser salvaguardada a toda costa, es un derecho que posee toda persona, que su vida sea protegida además de ser inviolable e irrenunciable.

No obstante, esto último hace referencia a que ninguna persona posee el derecho de atentar en contra de la propia vida cuando se plazca, no es acreedor de un derecho de libre disposición, por lo cual todo acto provocado que atente contra la vida es un acto considerado como reprochable, ya que va en contra del derecho a la vida misma, por el contrario, la vida debe de ser protegida y no solo la vida propia sino también la ajena y no provocarle ningún daño que pueda atentar en contra de la esta.

Es por esta razón, el Código Penal de Costa Rica (1970), en el artículo 116 menciona el homicidio por piedad, siendo esto considerado como un acto punible, ya que se está disponiendo de la vida de otro ser humano por un sentimiento de piedad, se está irrespetando la vida de otro y deliberadamente se le está arrebatando con la intención de liberarlo de un dolor o sufrimiento, así sea este quien lo haya solicitado, no obstante, la vida al ser considerado un bien inviolable e irrenunciable no puede disponerse a voluntad por sobre la misma.

### **Derecho del paciente/usuario a emitir su consentimiento libre y de forma expresa ante cualquier intervención médica**

Dentro de esta misma declaración, se exalta la importancia de que ante toda intervención médica, ya sea ante una enfermedad previamente diagnosticada o un diagnóstico preventivo, así como de forma terapéutica, se debe de solicitar un consentimiento informado y libre de la persona usuaria que va a ser parte del procedimiento siendo esto su derecho.

Este consentimiento debe de ser de forma expresa y totalmente claro tanto en su procedimiento, así como en las diversas modalidades que se van a desarrollar durante la intervención, posibles efectos, resultados, así como aclararle al paciente la capacidad que posee de revocar el consentimiento sin que esto represente un perjuicio para el mismo.

En caso de las personas que no puedan dar su consentimiento, conforme la misma ley indica, se deberían de llevar a cabo únicamente actividades de investigación que beneficien la salud de la persona interesada, todas aquellas actividades que no brinden

ningún beneficio directo se deben de llevar a cabo únicamente de modo excepcional procurando el mínimo riesgo.

El artículo 17 de la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (1997), indica que se debe de proteger a las personas que no posean capacidad para expresar su consentimiento y deben de ser únicamente aplicados tratamientos que aporten un beneficio real y directo a la salud.

El Código de Ética Médica de Costa Rica (2016), en su artículo 49, regula la obligación de todo médico en su profesión de informar a los pacientes sobre el posible riesgo ante cualquier procedimiento médico o quirúrgico que se deba de realizar, recalcando que no se debe de llevar a cabo ninguna acción sin este consentimiento por parte del paciente, exceptuando los casos de urgencia o imposibilidad absoluta, en los cuales el médico sí tiene la obligación de actuar conforme sea necesario con tal de salvar la vida del paciente.

El actual Reglamento 8601 de 2012 del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social (2012), recalca en el artículo 4 que el consentimiento informado es considerado como:

El proceso de comunicación que permite a la persona usuaria tomar decisiones libres y voluntarias con respecto a la realización de un procedimiento clínico recomendado por el profesional de salud; por obligatoriedad se debe aplicar en forma oral o por medios alternativos de comunicación cuando corresponda, de

manera adecuada a la capacidad de comprensión de la persona usuaria, su representante legal o persona autorizada por esta, en todo procedimiento clínico.

Asimismo, continúa el artículo indicando que:

El profesional de salud debe dejar constancia escrita, en el expediente de salud o registro respectivo, de que se cumplió con este proceso, de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico que supone riesgos o inconvenientes de evidente repercusión negativa para la salud.

Es por esta razón, que el consentimiento informado es indispensable al momento de aplicar un procedimiento médico; esto porque, es posible que la práctica que se vaya a realizar represente una mejoría para la persona usuaria, pero, también, puede que conlleve una serie de efectos negativos en la salud de esta. Por lo tanto, es una salvedad para la institución como para el paciente, contar con la información, clara, completa y detallada de todo el proceso a realizar durante la intervención, así como de los posibles efectos e impacto en la salud física, mental y emocional de la persona.

No obstante, los posibles efectos que estas prácticas puedan llegar a ocasionar durante la investigación médico-científica, representan una necesidad para el equipo de investigación médica con el fin de implementar estos resultados, ya sean positivos o negativos y así generar un avance en el ámbito de la salud y la tecnología y de esta forma al adquirir nuevos conocimientos y desarrollar nuevas estrategias de control, detección y prevención es posible avanzar en el desarrollo de posible curas ante las enfermedades existentes y emergentes.

Siguiendo con la misma ley, el artículo 12 indica los procedimientos clínicos para los cuales es requerido el formulario de consentimiento informado, los cuales son:

- Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona usuaria.
- Procedimientos que la ley establezca.

Además de delimitar estos procedimientos para los cuales es necesario este consentimiento, es imperativo que la persona usuaria o su representante legal manifieste, la satisfacción con la información recibida, así como el debido abordaje de todas las dudas, del conocimiento ante la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento y por último pero no menos importante de su consentimiento para someterse al procedimiento clínico recomendado.

Actualmente la CCSS, además de cumplir con el reglamento de solicitar a sus pacientes un consentimiento informado ante todo procedimiento médico que así lo requiera, cuenta también con un área especializada en Bioética, la cual tiene como fin el recopilar información de interés y dar seguimiento a esta, siempre al margen de respetar la dignidad humana y el cumplimiento de los derechos humanos de cada personas, desde el buen trato, la información, el respeto a su intimidad y privacidad así como la confidencialidad.

De igual forma, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1968), reafirma en el artículo 7 que nadie será sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes ni será a experimentos médicos o científicos sin su previo consentimiento.

## **Derecho a la confidencialidad**

Es necesario no solo, velar por el cumplimiento de emitir un consentimiento informado por parte del paciente, si no también, es imperativo que el médico guarde total confidencialidad por respeto del usuario y es un derecho del paciente a que sus datos sean manejados con privacidad y confidencialidad.

El artículo 58 del Código de Ética Médica (2016), indica que es indispensable que entre la relación existente entre el médico-paciente, el profesional a cargo debe de guardar total confidencialidad de toda información que sea proporcionada por el paciente, así como todo resultado obtenido por cualquier procedimiento que se le aplique a este.

El artículo anterior posee una excepción en donde podrá ser únicamente revelada la información confidencial cuando el paciente sea quien permita, por medio de una autorización escrita, revelar ciertos datos y limitar a quienes pueda compartirse esa información.

Asimismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos (2005), en su artículo 9 resalta el respeto que se debe de dar a la privacidad de las personas usuarias, así como la confidencialidad de la información, la cual no debe de ser utilizada para ningún otro fin el cual no sea para la que fue autorizada.

## **Derecho a la no discriminación**

Tanto el Código de Ética Médica como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos comprenden también como parte de los deberes del médico, el tener presente la inviolabilidad de la vida, siendo esto un derecho del paciente en donde el

medico debe de enfocar su actuar en beneficio y respeto de la dignidad de cada usuario sin discriminación alguna y lejos de todo acto que pueda causarle un daño o tortura al enfermo.

De esta forma, se le asegura al paciente terminal el acceso a la salud y a la asistencia sanitaria en todo momento y lugar sin que su condición se convierta en una limitante, más bien sea una oportunidad para brindarle calidad de vida y respeto a su dignidad así a como lo resalta el artículo 10 del Código de Ética Médica en y el artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos.

### **Derecho a recibir la información adecuada y oportuna**

Es de vital importancia para el paciente, recibir por parte del cuerpo médico y el equipo multidisciplinario recibir de forma clara, actual y veraz, toda la información relacionada al procedimiento médico que se va a aplicar, tanto los aspectos a favor como posibles mejoras o beneficios a la condición del paciente, así como eventuales riesgos, efectos secundarios o problemas que pueden ocasionarse debido a la práctica médica.

El artículo 49 del Código de ética Médica, respalda esta afirmación al indicar la obligación que tiene el médico de informar al paciente sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento, procedimiento médico o quirúrgico.

Además, el artículo 50 y 51 del mismo cuerpo normativo, indican que la información debe de ser emitida de forma que clara y en un lenguaje que sea comprensible para el paciente, así como el diagnóstico, pronóstico de la enfermedad y posibles alternativas de tratamiento, riesgos y beneficios, además toda información sensible debe de

ser proporcionada al paciente con prudencia y utilizando un lenguaje claro y directo para que el paciente pueda comprender a cabalidad su condición actual.

### **Derecho a conocer o no la condición de salud**

Todo paciente tiene libertad para decidir si desea conocer o no la condición de salud en la que se encuentre y el médico tratante debe de guardar total respeto a su decisión, así como respetar la decisión del paciente de que sea un tercero, familiar o cercano el que esté al tanto de la condición de salud, así como posibles mejorías o avances de la enfermedad.

El artículo 51 del Código de ética Médica hace referencia a ese respeto que debe de tener el médico de respetar la voluntad del paciente de no ser informado o que sea otra persona la delegada para conocer su estado de salud, el médico debe de dejar constancia por escrito de esta decisión, así como el accionar que se aplicó.

### **Derecho a recibir un buen trato**

Es parte de las obligaciones del personal de salud, brindar un buen trato a los pacientes y personas usuarias de los centros de salud, este mismo aspecto constituye un presupuesto ético propio del ser médico el cual es abordado dentro del artículo 9 del mismo cuerpo normativo mencionado anteriormente.

Además, el adecuado trato no se limita únicamente al centro de salud, los profesionales a cargo de cuidados paliativos domiciliarios deben de brindar un adecuado trato no solo al paciente enfermo terminal, sino que a toda la familia cercana al enfermo.

El trato debe de ser humanizado, no se puede tratar al paciente como un objeto y encasillarlo en ser el portador de una condición terminal de salud, sino que debe de

tratársele de forma respetuosa, velando por el respeto a sus derechos y libertades fundamentales.

### **Derecho a que se tome en cuenta su opinión y decisión de negar o rechazar un tratamiento**

Al mismo tiempo, el código indica en el artículo 55, la capacidad que posee el paciente de rechazar un procedimiento, tratamiento médico o medicamento y esta decisión debe de ser respetada por parte del personal médico, el artículo indica:

El derecho del paciente capaz de actuar y en pleno estado de conciencia, a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento deberá ser respetado, debiendo el médico, en todo caso, informar al paciente, de manera comprensible, las consecuencias que puedan derivarse de su negativa. En esta circunstancia, el facultativo no abandonará al enfermo, debiendo procurar que se le presten los cuidados generales necesarios.

En todo caso de que el paciente decida rechazar cualquier tratamiento médico o procedimiento, el médico de igual forma debe de continuar dándole seguimiento al enfermo y al avance de su condición, brindándole los servicios de cuidados paliativos, para que el enfermo pueda optar por una muerte digna lejos de agonías o dolores insufribles.

Además, la Constitución Política regula en el artículo 40, que ninguna persona será sometida a ningún tratamiento cruel o degradante, respetando la libertad de la persona a no ser obligado a ningún procedimiento y a la vez a que pueda rechazar el mismo.

## **Derecho a una muerte digna**

El término “buena muerte” fue empleado por primera vez por Francis Bacon, como se mencionó en apartados anteriores, fue él quien propuso el interés de que las personas pudieran optar por una muerte digna, no obstante, el término se ha malinterpretado con los años ya que en muchas ocasiones se considera una muerte digna como sinónimo de querer acabar o interrumpir la vida de forma determinante sin considerar medios alternativos.

Dentro de el mismo cuerpo normativo (Código de Ética Médica), se encuentra un artículo de gran interés para efectos de esta investigación, en donde se hace la salvedad del derecho que poseen todas las personas de tener una muerte digna alejada de todo dolor, tortura o agonía debido a la condición o enfermedad.

El artículo 36 de este Código, indica lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos. Es decir, el médico procura que el tratamiento alivie el sufrimiento y el dolor del paciente; no obstante, no hay certeza de que efectivamente se alivie el dolor.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pedido del paciente en plena capacidad y estado de conciencia, es lícito que el médico, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días. Esto se podría contemplar

como una manera de eutanasia asistida controlada, rescatando que se le proporcionen medicamentos para el dolor, aun así, el plazo es incierto. Siempre y cuando se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.

Con base en este artículo, es necesario resaltar la viabilidad que poseen todas las personas de optar libremente por una muerte digna, sin que los procedimientos existentes sobrepasen los límites y en lugar de proporcionar beneficios al paciente, se generen afectaciones o riesgos con la aplicación de estos.

Es decir, resulta innecesario prolongar la vida del paciente terminal con terapias o tratamiento por el solo hecho de alargar su vida sin beneficio o mejoría alguna a su enfermedad, lejos de tener una muerte digna, sin respeto por la integridad del enfermo, sino que alargando su dolor y sufrimiento, así la vida del paciente se acorte en el proceso de brindar una muerte digna, el médico debe de velar siempre por el alivio y bienestar del paciente, en defensa de los intereses de la salud del enfermo.

En el año 2007, durante el Fórum Universal de las Culturas en Monterrey, se proclamaron los Derechos Humanos Emergentes para el siglo XXI, el cual en su primer artículo desenvuelve el concepto de muerte digna y resalta que todo ser humano tiene derecho a desarrollar su vida bajo condiciones de dignidad, además, en el séptimo inciso, menciona el derecho a una muerte digna, el cual asegura a toda persona el derecho a que se respete su voluntad de no prolongar artificialmente su vida, expresada en un testamento vital o documento similar formalizado con las debidas garantías.

## **Derecho a tener acceso a medicamentos para el alivio del dolor**

Empezar por una definición del dolor no es sencillo, el dolor se concibe de muchas formas y es muy distinto para unas personas como para otras, hay personas que poseen una resistencia al dolor más alta que otras, no obstante, García (2007), indica que el concepto del dolor se desarrolla en el ámbito sensorial, afectivo y cognoscitivo, generando una interacción de factores bioquímicos, conductuales, fisiológicos y cognoscitivos.

El dolor es clasificado como dolor físico, espiritual y psíquico, provocando en conjunto una experiencia en los sentidos y emociones las cuales son consideradas como desagradables y en muchas ocasiones insoportables, comprometiendo no solo la salud física del paciente, sino también la emocional.

La Ley 5395 de 1973, Ley General de Salud, regula en el artículo 9, que toda persona tiene derecho a la promoción de la salud física y mental, así como el acceso a los medicamentos y tratamientos de probada calidad.

Dentro de artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, se evidencia como un aspecto parte de la responsabilidad social y de salud el acceso de todo paciente a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud.

La Asociación Médica Mundial, emitió en el 2020, la Resolución sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor, debido al aumento de pacientes con dolor catalogados de moderado a grave en donde en muchas ocasiones no poseen acceso a un medicamento

de calidad para que los síntomas sean aliviados, así como el dolor que su condición de salud ocasiona.

Muchos de los pacientes con enfermedades terminales o graves, experimentan períodos prolongados de dolor, en ocasiones pueden ser plazos de meses o hasta años, algunos de estos pacientes mueren con dolor por falta de un acceso adecuado al tratamiento para el dolor y ese sufrimiento se convierte no solo en un malestar físico sino que también emocional no solo para el paciente enfermo sino que para sus familiares al sentir esa importancia de no poder hacer nada para aliviar un poco el sufrimiento de sus seres queridos.

En la mayoría de los casos el dolor se puede aliviar con tratamientos de bajo costo los cuales favorecen la calidad de vida de los pacientes y es aquí en donde el personal médico, así como todo el equipo multidisciplinario deben velar por proveer el adecuado tratamiento para el alivio del dolor específico que tiene el paciente, con el fin de promover una calidad en la salud.

Parte de las recomendaciones de esta resolución es proveer a los pacientes con dolores fuertes el acceso a medicamentos eficaces para el alivio del dolor incluyendo los opioides, haciendo la salvedad que negarles este derecho es una violación no solo de los derechos a la salud, sino que además va en contra de la ética profesional médica.

Asimismo, el Estado debe velar por que estos medicamentos sean utilizados de forma correcta, estén disponibles y accesibles para toda la población, y prevenir su abuso

para evitar adicciones o su posible comercialización. También debe asegurarse de la correcta administración de estos por parte del personal de salud.

### **Bioética en Costa Rica**

En Costa Rica, la bioética y su aplicación a nivel nacional e institucional no ha sido un tema ajeno, con base en CENDEISSS) (2022), en el año 1972 se creó el Comité de investigaciones médicas en humanos en el Ministerio de Salud mediante el Decreto Ejecutivo N. 2393 y para el año 1975 se fundó el primer Comité Ético Científico en el Hospital Nacional de Niños y el Hospital Nacional Psiquiátrico con el fin de no solo mejorar la investigación bioética a nivel de medicina y salud sino que de regularla también a nivel médico.

Pero ¿Qué es exactamente un comité de bioética y cuál es su fin? La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2005), define el comité de bioética como ese grupo de personas que tienen por interés el abordaje de cuestiones no solo de carácter fáctico, sino que también de carácter normativo, asimismo, abordan de forma sistemática y continua la dimensión ética de las ciencias médicas y de la salud, las ciencias biológicas y las políticas de salud innovadoras.

Existen varias condiciones básicas las cuales deben de ser consideradas dentro de un comité de bioética, donde el principal enfoque debe de ser el abordaje de los problemas, para compartir opiniones basadas en fundamentos clínicos con el fin de velar por el respeto de la de los pacientes.

Con el pasar de los años, nace la Unidad de Bioética e Investigación y es en el 2005 que se crea el Área de Bioética Clínica y en Gestión, así como el área de investigación por medio de la junta directiva, para el 2014 se crea la Ley Reguladora de Investigación Biomédica y la Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos las cuales permiten la creación del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).

La Ley 9234, Ley Reguladora de Investigación Biomédica (2014), tiene como objetivo la regulación de la investigación biomédica en seres humanos para temas relacionados a la salud tanto pública como privada. Además, hace énfasis en la libertad que tienen las personas al momento de tomar decisiones para ser parte de un estudio biomédico con el fin del avance científico en la creación de medicamentos, posibles terapias, creación de vacunas, entre otros, conociendo a la vez las posibles consecuencias que estas pruebas puedan repercutirle a la vida.

Conforme lo anterior descrito, toda entidad médica que realice investigaciones biomédicas puede conformar un comité ético científico el cual estará a cargo de la aprobación de ensayos clínicos, así como de las diversas investigaciones que se realicen, siempre respetando la vida, la salud, la dignidad humana y el bienestar del paciente, así como, cumplir los requisitos y normas éticas como lo es el consentimiento informado y velar por el cumplimiento de los requisitos de ley.

Asimismo, toda investigación deberá de ser aprobada por medio del comité ético científico a cargo, Ministerio de Salud o de la Caja Costarricense del Seguro Social, así como velar por la correcta recopilación de toda la documentación y avance, y asegurar el cumplimiento de las normas establecidas.

Estos comités ético-científicos, se han conformado con el fin de ahondar en temas de interés para la humanidad como lo son las ciencias médicas y de la salud, las ciencias biológicas y las políticas de salud, todo lo anterior con el fin de salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de cada paciente o tratante.

Existen 4 tipos de comités bioéticos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el 2006, según CENDEISS (2022), los cuales son:

- Comités normativos y/o consultivos: estos comités están a cargo de instaurar políticas científicas y de salud apropiadas para los ciudadanos en el ámbito de salud pública, bienestar y derechos humanos.
- Comités de asociaciones de profesionales de la salud: este tipo de comité se encarga de establecer prácticas profesionales enfocadas en la atención de pacientes por parte de todo el personal de salud a cargo.
- Comités de ética de la investigación: estos comités velan por proteger la integridad y privacidad de los participantes que se encuentren en estudio con el fin de promover la investigación en seres humanos y alcanzar conocimientos biológicos y biomédicos, así como conductuales y epidemiológicos en distintas áreas de la salud como por ejemplo, en el área farmacéutica en la cual se pretende el desarrollo de diversos avances clínicos en la creación de medicamentos, curas, tratamientos, vacunas, entre otros.
- Comités de ética asistencial: también llamados Comités de Bioética Clínica, estos buscan mejorar la atención que se le brinda al paciente en cualquier centro

de salud como lo son hospitales, EBAIS, clínicas, entre otros centros que se encarguen de dar asistencia médica.

Actualmente, a nivel país, se cuenta con 23 Comités Ético Científicos debidamente acreditados y localizados en varios hospitales los cuales realizan investigaciones de carácter observacional e intervencional con el único fin de promover avances en la práctica médica, salvaguardando los derechos humanos de los pacientes y promoviendo servicios médicos de calidad, así como la correcta educación y conocimiento de todos los participantes.

A pesar de todos estos aspectos técnicos, ya en la práctica Costa Rica ha experimentado escenarios reales en donde debe considerar los fines bioéticos y el bienestar de los pacientes, emitido en Sentencia N.º 01915-1992 de Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, se promueve un recurso de amparo en contra de la Farmacia Fischel y la Farmacia del Hospital San Juan de Dios, alegando que la paciente sufre de un cáncer de cérvix con metástasis en fase terminal y debido al avanzado estado de la enfermedad el único tratamiento posible para controlar el dolor es el sulfato de morfina pura inyectable la cual debe de ser suministrada de forma intramuscular cada 4 horas, por lo tanto equivale a una dosis total de 36 ampollas diarias.

Todo lo anterior fue prescrito y cumpliendo todos los requisitos por parte del médico tratante, no obstante, cada farmacia limita el despacho de la cantidad prescrita por un concepto meramente de interpretación personal, haciendo constar que la dosis es una cantidad errónea y abusiva, y se niegan a despacharle el medicamento según la dosis prescrita.

Debido a esto, los derechos del paciente son violentados ya que se le está privando el acceso al medicamento prescrito y necesario para controlar los dolores agudos e intensos que le provoca su condición médica, generando un estado de angustia, desesperación y sufrimiento al no poder disponer del fármaco, un estado no solo angustiante para el paciente afectado, sino que también para sus familiares cercanos.

Además, su palabra fue cuestionada al solicitarle los frascos vacíos del medicamento para hacer constar su uso y así poder suministrar más ampollas, de lo contrario no podían dispensarle el medicamento prescrito y autorizado por el médico tratante, siendo esto una falta total de respeto a su integridad, así como una burla a sus derechos, los cuales fueron condicionados a otra acción, de lo contrario serían negados.

No es posible apartar el factor humano ante una situación como esta, ya que se vulneran los derechos del paciente al acceso de medicamentos para el dolor, debido a que ambas farmacias se negaron a despachar los medicamentos prescritos estando en contra de las regulaciones, así indicado en el artículo 59 de la Ley General de Salud, el cual indica que:

Los médicos están obligados a informar al Ministerio los casos de adicción a drogas que conozcan con ocasión de su ejercicio profesional y sólo podrán recetar medicamentos estupefacientes en formularios y en dosis terapéuticas oficiales para ser usadas dentro de las setenta y dos horas siguientes. Las dosis mayores y por un período más prolongado podrán ser prescritas bajo su responsabilidad, sujetándose a las disposiciones reglamentarias vigentes.

Es entendible que los farmacéuticos deben regirse por una serie de estatutos legales para el cumplimiento de su práctica profesional, no obstante, no se pueden lesionar los derechos constitucionales de los pacientes terminales, en este caso, la paciente afectada tuvo que soportar dolores agudos estando en una fase terminal de su vida ya que su condición de salud no tenía cura debido al avance de su enfermedad y se vio afectada por aspectos de interpretación pura, en donde los encargados de despachar el medicamento consideraron que eran cantidades muy altas sin conocer a profundidad la condición de salud que afrontaba la paciente y la necesidad del medicamento el cual se emitió por su médico tratante bajo todas las regulaciones y criterios establecidos cumpliendo todos los requisitos.

Es entendible que la cantidad de medicamento recetado sea muy alta. No obstante, el médico tratante será el encargado de regular la necesidad del medicamento según la condición de salud de cada paciente, para de esta manera evitar excesos o abusos que puedan generar una sobredosis y provocar una eutanasia indirecta.

Todo lo anterior, permite analizar el concepto de vida y muerte digna, como se ha mencionado anteriormente, la muerte es un proceso inevitable de la vida y es parte de la condición humana de estar vivo. Sin embargo, en épocas pasadas la muerte se abordaba de forma más natural, el enfermo moría en casa rodeado de sus familiares con el apoyo espiritual, no obstante, no podemos apartar el hecho de que no todos los casos eran pacíficos y liberadores, muchos morían de forma angustiante con dolores agudos y en total agonía.

Debido a lo anterior y gracias a los avances médico-científicos, es que el abordaje de la muerte ha ido cambiando con el pasar de los años, con el objetivo de procurar una

muerte digna, en donde el paciente pueda terminar sus últimos días sin dolor ni sufrimiento, con la ayuda de los cuidados paliativos, así como procedimientos médicos, terapias y tratamientos los cuales les favorecen al alivio del dolor y de su condición.

Sin embargo, muchos de estos avances producen una prolongación de vida por medio de medicamentos en muchas ocasiones fuertes, adictivos y siendo fuente de efectos secundarios, empeorando aún más la condición de salud del paciente generando nuevos dolores o afectaciones a otras partes de cuerpo, un estudio realizado por Vargas (2014), puso en evidencia los diversos efectos secundarios que presentaban los pacientes de cáncer por el uso de la morfina, dentro de los cuales los pacientes mencionaron, la constipación y el estreñimiento así como severas náuseas y vómitos, depresión respiratoria, somnolencia, adicción, retención urinaria, hipotensión, fallo renal y vasodilatación.

Lo anterior es fuente de reflexiones, ya que el paciente en muchas ocasiones deja de ser dueño de sus propias decisiones y se convierte en objeto de tratamientos, terapias y medicamentos, muchas veces experimentales, dejando de ser dueño de su propia muerte, sin poder decidir por sobre su propio fin ni en las condiciones exactas en las que desea terminar sus últimos días viendo vulnerados sus derechos y hasta su dignidad.

Otro caso similar al anterior, es el recurso que fue emitido en Sentencia N.º 05130-1994 de Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en donde la paciente padece de leucemia aguda y diabetes mellitus, además de una paraplejia secundaria, neuropatía diabética y neuropatía secundaria al tratamiento quimioterapéutico que ha recibido, debido a la condición de su salud y avance de su enfermedad, se le recetó un tratamiento de

quimioterapia adicional el cual debía de ser inyectado al igual que el tratamiento de la diabetes.

Debido a los síntomas y al avance de su enfermedad, la paciente posee una limitación en la movilidad y debido a la lejanía de su domicilio en Batán de Limón, no puede desplazarse constantemente a San José a recibir el medicamento prescrito de forma inyectable.

Por esta razón, se solicitó el despacho del medicamento para ser administrado en la casa de habitación, sin embargo, le informaron que por disposición administrativa los medicamentos domiciliarios fueron suspendidos, siendo esto una decisión que atenta contra la salud y la vida de la paciente la cual no puede recibir el medicamento para combatir la enfermedad y mucho menos los síntomas que esta condición de salud le provoca.

El centro de salud no puede limitar a los pacientes a no recibir sus tratamientos únicamente por disposiciones administrativas, ya que estas decisiones afectan gravemente la integridad física y la salud de los usuarios, así como la violación a sus derechos fundamentales.

Asimismo, los centros de salud no pueden obligar a los pacientes en condiciones de enfermedad terminal a tener que viajar siempre al hospital a recibir medicamentos los cuales pueden ser aplicados en casa bajo previa aprobación del médico tratante, ya que muchos pacientes que viven en zonas alejadas serían los más vulnerados, además si el médico tratante accedió a la prescripción del medicamento bajo la condición establecida,

esa decisión debe de ser respetada a favor del paciente terminal, el cual sería el más beneficiado con que se cumpla lo establecido.

En esta ocasión, el centro de salud tuvo que cumplir con el despacho de la dosis prescrita para que la paciente pueda continuar con su tratamiento en casa y de esta forma no tener que movilizarse al centro de salud con el fin de continuar con su vida menos dolorosa.

Continuando con el análisis, no es posible desear una ciencia médica más humana, sin vincularla previamente con la ética en todos sus aspectos, sobre todo cuando la dignidad humana se convierta en el centro de todo acto médico y se busque una vida y muerte digna.

En síntesis, es indispensable considerar estos aspectos para evaluar la viabilidad de una normativa o marco regulatorio para la eutanasia en Costa Rica, sin embargo, es imperativo que se tomen en cuenta aspectos más humanos, donde el paciente sea escuchado y su integridad respetada.

Aunque es entendible que se debe resguardar el derecho a la vida, no se puede obligar a una persona en estado terminal a vivir dependiendo de ciertos medicamentos que solo disfrazan los síntomas de la enfermedad sin abordar el problema de raíz, así como que estos, incluso originan otros problemas de salud, que hacen más compleja a mediano o largo plazo su calidad de vida.

#### **Capítulo IV: Derecho comparado**

Por ende, con el análisis del derecho comparado, se busca emprender un recorrido por las diversas legislaciones vigentes en torno a la eutanasia y el suicidio asistido, este

enfoque permite examinar cómo cada país que ha optado por legalizar estos procedimientos lo ha hecho en estrecha relación con su cultura, contexto y valores éticos y morales.

La eutanasia y el suicidio asistido no son temas novedosos en el mundo contemporáneo, en este contexto, se puede observar cómo desde la década de 1990, estos temas han sido objeto de estudio y debate, llegando incluso a ser legalizados en algunos territorios, este capítulo permite el comprender mejor este complejo panorama legal y ético, explorando las motivaciones y consideraciones detrás de la decisión de cada nación.

Si bien, puede parecer que la adopción de estos procedimientos por parte de un país puede impulsar a otros a seguir su ejemplo, el análisis detallado revela que muchas veces la decisión de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido surge a partir de un precedente específico, es decir, casos individuales que han suscitado la atención pública y generado un debate que finalmente se traduce en una nueva legislación.

Es crucial abordar el tema de la eutanasia y el suicidio asistido considerando aspectos éticos, morales y los requisitos esenciales para ser candidato a estos procedimientos, ya que sin estos elementos, existe el riesgo de que el debate se desvíe hacia territorios jurídicos y éticos complejos, lo que podría generar un caos legal y moral.

Es fundamental comprender claramente que el propósito de la eutanasia o la muerte asistida es ofrecer alivio al sufrimiento humano en casos de enfermedades incurables, terminales y graves que limiten significativamente la calidad de vida del paciente terminal, esto previene malentendidos y garantiza que las decisiones del paciente estén respaldadas por un sólido marco ético.

## **Regulación de la eutanasia en otros países**

### **España**

El 25 de junio de 2021, se implementó la Ley 3/2021, denominada Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia (LORE), la cual consta de cinco capítulos y establece la eutanasia como un derecho individual, esta ley permite que una persona de muerte directamente a otra a solicitud expresa, informada y reiterada del individuo que sufre.

Esta solicitud debe ser consecuencia de un padecimiento incurable, enfermedad o sufrimiento extremo, en el cual el dolor no pueda ser tolerado ni aliviado. Es decir, se refiere a un dolor de tal intensidad que supere la capacidad física y mental del paciente para soportarlo y que, además, no pueda ser aliviado de manera definitiva. Esto significa que no puede ser mitigado con tratamiento médico o al menos el efecto de este no es suficiente para llevar una vida plena e independiente. La entrada en vigor de esta legislación representa un hito significativo en el ámbito de la salud y la ética médica, ya que reconoce y regula un derecho fundamental relacionado con el final de la vida.

En España, al igual que en la mayoría de los países del mundo, se protege la vida como un derecho constitucional, sin embargo, la normativa del país establece que este derecho está interconectado con otros aspectos fundamentales, como la integridad física y moral, la dignidad humana y el valor supremo de la libertad; la libertad ideológica, de conciencia y el derecho a la intimidad. Se reconoce que la vida no se limita únicamente a la existencia biológica, sino que abarca una gama de elementos que contribuyen a la plenitud y realización del individuo.

Es importante entender que la protección de la vida va más allá de garantizar la mera supervivencia física, sino que, implica asegurar un entorno que permita el desarrollo integral y el bienestar de cada persona.

Con base en lo anterior una enfermedad o padecimiento grave, terminal e incurable que cause un sufrimiento que atente contra la dignidad, integridad e intimidad de la persona, afecta de manera significativa los derechos mencionados anteriormente. Por tanto, mediante esta ley, el Estado ofrece un marco legal que proporciona las garantías necesarias y la seguridad jurídica requerida para abordar esta situación.

Es fundamental que la legislación reconozca y proteja los derechos fundamentales de las personas que se encuentran en estas circunstancias, asegurando así una respuesta adecuada y respetuosa ante el sufrimiento y la vulnerabilidad.

De acuerdo con el artículo primero de la ley previamente mencionada, el objeto de esta es que las personas puedan recibir la asistencia necesaria para morir de acuerdo con un procedimiento que garantice que el personal médico se apegará al procedimiento estipulado, lo anterior de acuerdo con el artículo 13 y 14 de la ley LORE.

El artículo cuarto del capítulo segundo de la ley, establece que toda persona tiene derecho a solicitar la ayuda para morir, siempre y cuando cumpla las siguientes disposiciones:

- La decisión debe ser autónoma y basada en el conocimiento sobre el procedimiento
- Debe constar en la historia clínica que el paciente ha sido informado y que comprende el procedimiento.

Además de lo anterior, esta legislación asegura la provisión de medios y recursos de apoyo, tanto materiales como de personal, necesarios para garantizar que el paciente reciba una atención personalizada que se adapte a sus capacidades de comprensión.

El objetivo principal es que el paciente esté completamente informado sobre el proceso de la eutanasia y pueda otorgar su consentimiento de manera autónoma, sin estar influenciado por presiones externas.

Resulta fundamental que el paciente tenga acceso a toda la información relevante y que tenga la capacidad de tomar decisiones informadas y conscientes respecto a su atención médica en este contexto particularmente delicado, esto implica que se le brinde la oportunidad de entender plenamente las implicaciones de la eutanasia y de expresar su consentimiento de manera libre y sin coacciones.

Asimismo, se debe garantizar que el paciente pueda expresar sus deseos y preferencias en relación con su cuidado médico de manera clara y comprensible, con el fin de asegurar que se respeten sus derechos y su dignidad como individuo.

El quinto artículo del cuerpo normativo, contenido en el mismo capítulo, detalla los requisitos esenciales que deben cumplir las personas que desean acceder a la ayuda para morir. Estos criterios actúan como salvaguardas para garantizar que la prestación de esta asistencia sea realizada de manera ética y responsable. Al ampliar la lista de requisitos, se busca asegurar que solo aquellas personas que cumplan con ciertos criterios específicos puedan acceder a esta opción, lo que garantiza que se tome en consideración la gravedad y

la irreversibilidad de su condición médica, así como su capacidad para tomar decisiones de manera informada y autónoma, a continuación, se mencionarán dichos requerimientos:

- Nacionalidad española o residencia legal en España o bien, un certificado de empadronamiento que acredite que ha permanecido en el territorio por más de un año.
- Mayoría de edad
- Capacidad volitiva y cognitiva en el momento de la solicitud.
- El paciente debe tener por escrito toda la información referente al proceso y a su historia médica, así como alternativas como la posibilidad de acceder a cuidados paliativos y a las prestaciones que tuviese derecho.
- El paciente debe haber formulado la solicitud para acceder a la eutanasia dos veces de manera voluntaria y por escrito, entre cada una de ellas debe haber al menos quince días de separación, si no pudiese hacerlo por escrito, puede hacerlo por otro medio que le permita dejar constancia, eso sí, en esta debe constar que no tiene ninguna presión externa que le obligue a tomar la decisión.
- Con base al requisito anterior, si el paciente pudiera presentar una pérdida de la voluntad inminente y el personal médico así lo considere, el periodo para presentar ambas solicitudes puede ser menor, siempre y cuando sea pertinente y quede constancia en la historia clínica del paciente.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable, padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificadas por el médico a cargo.

- El consentimiento informado debe ser entregado antes de recibir la ayuda a morir, este consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.
- En caso de la posibilidad una pérdida de capacidad volitiva, cognitiva o física inminente e incapacitante para expresar el consentimiento, el paciente puede dejar un testamento vital, voluntad anticipada o algún documento legal equivalente a estos. Podrá nombrar un representante que será interlocutor para el médico responsable.

Dentro del artículo sexto de esta norma en específico, se encuentran aquellos requisitos que debe cumplir la solicitud de prestación de ayuda para morir, dentro de los cuales se encuentran:

- Debe ser elaborada por escrito y debe estar fechada y firmada por el paciente, en caso de que este no pueda, se utilizará cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad del solicitante, o bien, puede una persona mayor de edad y capaz, fecharlo y firmarlo en presencia del peticionario.
- El documento debe ser firmado en presencia del profesional de salud que lo suscriba y en caso de que este último no sea el médico responsable, se lo deberá entregar al mismo.
- El escrito debe incorporarse a la historia clínica del solicitante.
- En el caso de que el paciente no pueda presentar la solicitud, pero haya dejado una voluntad anticipada o su equivalente, puede designar un interlocutor mayor de edad y capaz para presentar la solicitud, en caso de que no exista esta persona, el médico

responsable podrá hacerlo en su nombre y tendrá acceso al documento de instrucciones previas, voluntad anticipada o documentos equivalente.

De acuerdo con la Ley 41/2002 (2007), el documento de voluntades anticipadas es aquel en el que un paciente mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, especificando sus deseos cuando ya no sea capaz de expresarlos. En este documento se incluyen datos como cuidados, tratamientos, el destino de su cuerpo u órganos en caso de fallecimiento y, además, su voluntad expresa en cuanto si desea o no que se le aplique la eutanasia. Representado así, el respeto por principio de autonomía de la voluntad del paciente, permitiéndole decidir sobre su futuro ante una determinada circunstancia.

Es importante destacar que según lo establecido en el artículo 6.4 de la ley LORE, el paciente que solicita la asistencia para morir tiene el derecho de retirar su solicitud en cualquier momento o solicitar un aplazamiento en la aplicación del procedimiento de eutanasia.

Sin embargo, es fundamental que cualquier cambio en su decisión quede registrado de manera precisa en su historial clínico. Es crucial asegurar que el paciente conserve el control sobre su atención médica y que todas sus decisiones sean respetadas y registradas de manera adecuada en su expediente médico.

De acuerdo con los artículos 8, 10 y 11 del mismo cuerpo normativo, el procedimiento para la prestación de ayuda para morir es riguroso. Tras recibir la solicitud inicial de ayuda para morir, el médico encargado dispone de dos días para encontrarse con el paciente solicitante.

Durante este encuentro, el médico tiene la responsabilidad de dialogar y proporcionar al paciente información detallada sobre su diagnóstico médico, así como sobre las opciones de tratamiento y cuidado disponibles. Este proceso asegura que el paciente esté plenamente informado y pueda tomar decisiones con conocimiento de causa sobre su atención médica.

Además, es responsabilidad del profesional de la salud garantizar que el paciente tenga pleno entendimiento de toda la información proporcionada, la cual debe ser entregada por escrito en un lapso máximo de cinco días. Pasados quince días desde la solicitud inicial y una vez recibida la segunda solicitud, el médico debe volver a encontrarse con el paciente en un plazo no mayor a dos días para seguir discutiendo su situación y asegurarse de que el paciente esté completamente informado.

El anterior proceso permite que el paciente tome una decisión consciente y fundamentada. Posteriormente, dentro de un plazo máximo de cinco días, el paciente podrá realizar consultas adicionales al médico. Este enfoque garantiza que el paciente tenga acceso continuo a la información y el apoyo necesario para tomar decisiones importantes sobre su atención médica.

Después de un día desde el proceso de deliberación, corresponde al médico consultar al paciente si desea continuar con el proceso de asistencia para morir, en caso afirmativo, el médico encargado debe comunicar esta decisión al equipo que participará en el procedimiento.

Además, si el paciente así lo desea, se informará a los familiares y allegados que él mismo haya designado. Tal protocolo asegura que la voluntad del paciente sea respetada y que se realice una comunicación transparente con todos los involucrados en el proceso.

Adicionalmente, el médico encargado deberá concertar una reunión con un médico consultor para verificar que se cumplan todos los requisitos mencionados previamente, dentro de un plazo de hasta diez días naturales desde la segunda solicitud, se redactará un informe detallado sobre esta verificación, el cual se incorporará al expediente médico del solicitante.

Asimismo, se notificará al paciente sobre la decisión tomada en un plazo máximo de 24 horas después de esta reunión, posteriormente, en un plazo no superior a tres días, se informará al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación sobre los resultados de este proceso, este procedimiento garantiza una evaluación exhaustiva y transparente de cada solicitud de asistencia para morir, así como una comunicación eficiente de los resultados a todas las partes involucradas.

Según lo estipulado en el artículo 10 de la ley LORE, se procederá a designar en un plazo máximo de dos días a un médico y un abogado, quienes tendrán la responsabilidad de verificar el cumplimiento de todos los requisitos y condiciones establecidos en el proceso.

Ambos profesionales elaborarán un informe detallado conocido como "documento segundo", el cual contendrá información exhaustiva sobre el paciente, su diagnóstico médico, sus solicitudes y cualquier dato relevante del personal médico involucrado en el proceso.

Subsiguientemente, este informe será remitido al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, quien a su vez lo enviará al médico responsable del solicitante. Este proceso garantiza una revisión meticulosa y una comunicación eficiente de todos los aspectos pertinentes del caso a las autoridades y al personal médico implicado.

- Una vez realizado todo el proceso anterior y en caso de que se dé una resolución positiva, es decir que la solicitud sea aprobada, se procederá con la prestación de ayuda para morir, de acuerdo con las disposiciones de la ley LORE.
- El procedimiento debe de realizarse con especial cuidado y profesionalismo, a su vez, el paciente que se encuentre consciente puede dejarle saber al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la eutanasia, las cuales de acuerdo con el artículo 3.g de la presente ley pueden ser las siguientes:
  - Administración directa de un fármaco letal.
  - Prescripción al paciente de un fármaco para que este pueda autoadministrársela.

En caso de que el paciente opte por la primera opción, el médico encargado, junto con todo el equipo de atención médica, proporcionará asistencia al paciente hasta que se produzca su fallecimiento.

Por otro lado, si el paciente elige la segunda opción, el personal responsable lo mantendrá bajo observación continua y le brindará apoyo emocional y físico hasta que llegue el momento de su muerte, este enfoque busca asegurar que se respeten las preferencias del paciente y se le brinde el acompañamiento y la atención adecuados durante todo el proceso.

De acuerdo con el Informe de evaluación anual 2022, emitido por el Ministerio de Sanidad de este país en el 2023, sobre la prestación de ayuda para morir, durante el año 2022 hubo 576 solicitudes para acceder a la eutanasia, de las cuales 288 fueron realizadas, en su mayoría, los solicitantes presentaban como enfermedades base aquellas de carácter neurológico y en su mayoría eran adultos mayores entre los 70 y los 79 años.

Además de España, existen otros países en los cuales se ha podido legalizar y poner en práctica la eutanasia de forma activa, correspondiendo a Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Países Bajos, los cuales se detallarán a continuación:

### **Países Bajos**

Según Velásquez (2020), este país se convirtió en el primero en permitir la eutanasia de forma activa en 2002, y desde entonces ha sido implementada exitosamente en niños y adultos con enfermedades físicas y mentales. Esta medida fue ampliamente aceptada, ya que, en apenas cinco años después de su legalización, se registraron 1880 casos de aplicación, y hasta el año 2020 se contabilizaron más de siete mil casos.

La entrada en vigor de la Ley 26691 del 2001, conocida como la "Ley para la terminación de la vida a petición propia y del auxilio del suicidio", marcó un cambio significativo en el Código Penal de Países Bajos. Esta modificación, mediante la incorporación del artículo 293, estableció una exención de responsabilidad penal para los médicos que proporcionen la muerte a un paciente moribundo o en condición terminal, siempre y cuando se cumplan los requisitos y condiciones estipulados en el cuerpo normativo.

La ley 26691 (2001) <<traducción propia>>. establece en su artículo segundo, los requisitos para la exención antes descrita:

- El médico responsable reconoce que la decisión del paciente solicitante ha sido tomada de manera voluntaria y tras una cuidadosa reflexión.
- El médico responsable conoce del sufrimiento duradero e insoportable del paciente.
- Se le ha informado al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico.

Debe consultar con algún médico independiente que ha visto al paciente y ha dado su opinión escrita tomando en cuenta los requisitos anteriores de manera cuidadosa. Además, este debe haber participado la terminación de una vida o bien en la asistencia de un suicidio de acuerdo con las disposiciones de ley.

#### Pacientes menores de edad

Cuando se trata de un paciente de 16 años o más que ya no puede comunicar su voluntad, pero que en el pasado se consideraba que tenía la capacidad de comprender sus intereses y que previamente había dejado por escrito una solicitud de finalización de la vida, el médico puede cumplir con dicha solicitud.

Para garantizar el respeto a los derechos del paciente y la aplicación de un cuidado adecuado, se seguirán los requisitos de atención debida mencionados anteriormente, realizando las adaptaciones necesarias para adecuarlos a la situación específica del paciente, este busca asegurar que se respeten las preferencias expresadas por el paciente en el pasado y se le brinde una atención médica coherente con sus deseos y valores.

Con aquellos pacientes entre los 16 y 18 años, con entendimiento razonable sobre sus intereses, el médico puede llevar a cabo la solicitud de eutanasia siempre que sus padres o encargados legales estén presentes durante el proceso de decisión, aun así, no necesariamente estar de acuerdo. En tanto, en paciente entre los 12 y 16 años, los padres o encargados legales también deben participar del proceso, pero, además, deben estar de acuerdo.

De acuerdo con el artículo 3 de la ley mencionada, existen comités regionales que se encarga de revisar las peticiones de eutanasia, dichos comités los integra un número impar de miembros, compuesto por un médico, un jurista, miembros adjuntos y algún experto en temas éticos y filosóficos, además de su presidente.

Para complementar la información, es importante señalar que cada miembro designado cuenta con un suplente, según lo establecido en el artículo 11 de la misma normativa, este comité, como se menciona en el mismo artículo, tiene la responsabilidad de registrar y evaluar los casos de suicidio y eutanasia que sean reportados.

Esto implica un proceso de revisión exhaustiva y análisis de cada caso para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y éticos, así como para identificar posibles áreas de mejora en el proceso de asistencia y atención médica, esta labor contribuye a mantener la transparencia y la integridad del sistema de asistencia para morir, al tiempo que promueve la rendición de cuentas y la calidad en la prestación de servicios de salud.

## **Bélgica**

La ley que regula la eutanasia rige a partir del año 2002, de acuerdo con el artículo 2 del capítulo segundo de la Ley Relativa a la Eutanasia (2002) <<traducción propia>> se entiende por eutanasia el procedimiento en el cual un tercero le pone fin a la vida de una persona por petición de esta.

Los requisitos necesarios para optar por la eutanasia son los dispuestos en el artículo 3 del presente cuerpo normativo:

- El paciente debe ser mayor de edad, caso contrario debe ser emancipado, capaz y con capacidad de discernimiento y conciencia de su solicitud.
- El paciente debe sufrir de un dolor físico o mental intolerable y constante que no puede ser aliviado, el padecimiento además debe ser grave e incurable.

### Deberes del médico

De acuerdo con los artículos del 4 al 7 del cuerpo normativo mencionado, los deberes del especialista médico son:

- Informar al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, así como explicarle las diferentes alternativas por considerar, así como la posibilidad de recibir cuidados paliativos.
- Una vez hecho lo anterior, el médico debe llegar a la conclusión de que no existe otra solución razonable y de que la decisión del paciente es completamente voluntaria.

- Asegurarse de que el sufrimiento del paciente es intolerable, incurable y reiterado, además de asegurarse de que la solicitud del paciente de optar por la ayuda a morir sea reiterada. Lo anterior se logra a través de entrevistas con el paciente.
- Debe consultar con un colega independiente que conozca de la situación del paciente, este último debe llegar a la misma conclusión que el primero y redactar un informe sobre sus hallazgos.
- El médico a cargo debe informar y discutir sobre su decisión con el resto del equipo médico a cargo.
- Darle la posibilidad al paciente de discutir su decisión con quien lo desee.
- En el caso de los pacientes menores no emancipados, el médico a cargo debe consultar con un psiquiatra infantil o psicólogo. El especialista consultado va a examinar al paciente para poder comprobar su capacidad volitiva y cognitiva y lo certificará por escrito.

Después de llevar a cabo los pasos previos, el médico comunicará a los padres o al representante legal del paciente los resultados de la consulta con el especialista. Es fundamental que los padres o representantes legales del menor estén de acuerdo con la decisión tomada por el paciente y el médico.

Esto implica un proceso de diálogo abierto y respetuoso entre todas las partes involucradas, con el objetivo de asegurar que se tomen decisiones informadas y consensuadas en beneficio del paciente, la participación de los padres o representantes legales es crucial para garantizar que se respeten los derechos y las preferencias del paciente, especialmente en casos que involucran decisiones médicas importantes como esta.

Según Herremans, mencionado por Borrás (2022), durante una entrevista asegura que, el legalizar la eutanasia, ha permitido humanizar la muerte, pues cambia la perspectiva que es el paciente quien está tomando la decisión, por ende, se ve como un proceso solidario que actualmente es bien recibido por la población belga.

Borrás (2022), añade que para el año 2014, la normativa se extiende ya no solo a adultos, sino que explora nuevos horizontes para ser aplicada a niños y adolescentes, tal y como se abordó anteriormente, significando un paso poco explorado, ya que hasta el momento que se toma esta decisión, Países Bajos era el único en admitir esta práctica a la cual se le añaden como requisitos que el paciente menor de edad sea capaz de tomar la decisión y el acuerdo de sus padres o tutores, además de una detenida evaluación psicológica.

En el artículo 14 de la Ley Relativa a la Eutanasia (2002), se establece que ningún médico o individuo está obligado a llevar a cabo la eutanasia, esto puede deberse a diversas razones, como convicciones personales o creencias éticas, en tal caso, el médico responsable simplemente informará al paciente sobre su decisión y le proporcionará la opción de ser atendido por otro médico de confianza que esté dispuesto a llevar a cabo el procedimiento.

Sin embargo, es importante destacar que, aunque se niegue a realizar la eutanasia, el médico está obligado a brindar al paciente toda la información necesaria sobre el procedimiento, asegurando que este esté completamente informado para tomar decisiones fundamentadas sobre su atención médica. Este enfoque garantiza que se respeten tanto la autonomía del paciente como la integridad y las convicciones del profesional de la salud.

En relación con lo anterior, la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia informó que durante el año 2021 se aplicó el procedimiento en al menos 2.699 individuos, se observó que la mayoría de las personas que optaron por este proceso tenían entre 70 y 80 años.

Las enfermedades que padecían abarcaban desde cáncer hasta patologías asociadas con fallos orgánicos, este dato revela la relevancia y la incidencia de la eutanasia como opción de fin de vida en la sociedad actual, así como la necesidad de abordar adecuadamente las necesidades y los derechos de las personas en situaciones de enfermedad terminal o sufrimiento extremo.

### **Luxemburgo**

De acuerdo con Picón et al (2023), por medio de la legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio, las personas pueden optar por el procedimiento llenando un documento de voluntad anticipada, donde exponga sus deseos de cómo ser tratadas hasta el final de sus días en lo que médicamente respecta.

Este procedimiento se encuentra regulado por la ley llamada “Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio, de acuerdo con esta, a partir del 16 de marzo de 2009, se aprueba la eutanasia definiéndola como el derecho a una muerte digna.

Con base en el capítulo primero, referente a las disposiciones sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio, se define la eutanasia como el acto llevado a cabo por un profesional médico para poner fin a la vida de una persona, a solicitud expresa y voluntaria de esta.

Por otro lado, se entiende por asistencia al suicidio el acto en el cual un médico ayuda intencionadamente a otra persona a suicidarse o le provee los medios para hacerlo, también a petición expresa y voluntaria de dicha persona.

El artículo siguiente, dispone que el acto de un médico al responder a una solicitud de eutanasia o asistencia al suicidio no conllevará sanciones penales, ni dará lugar a acciones civiles por daños y perjuicios, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- El paciente debe ser mayor de edad y poseer total capacidad cognitiva al momento de presentar la solicitud.
- La solicitud debe ser voluntaria, ampliamente reflexionada y reiterada si es necesario. Además, debe ser realizada sin influencia externa.
- El paciente debe padecer un diagnóstico sin solución, que le genere un sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable y sin alivio.
- La solicitud del paciente para la eutanasia o asistencia al suicidio debe ser registrada por escrito.

#### Deberes del médico antes del procedimiento

- Informar al paciente sobre su estado de salud y pronóstico de vida, además de discutir con este sobre las posibles alternativas disponibles, asegurando una decisión autónoma e informada.
- Registrar todas las conversaciones con el paciente en el expediente médico como evidencia de la información emitida.

- Asegurarse del sufrimiento físico o psicológico del paciente y su deseo reiterado de poner fin a su vida a través de múltiples evaluaciones.
- Consultar a otro médico sobre la gravedad e incurabilidad de la enfermedad del paciente, proporcionando detalles sobre las razones de la consulta. Este médico debe ser imparcial y tener competencia en la patología del paciente y su evaluación debe ser documentada.
- Comunicarse con el equipo médico que atiende regularmente al paciente, a menos que el paciente se oponga.
- Compartir la solicitud del paciente con la persona de confianza que él haya designado en sus disposiciones de fin de vida o al realizar la solicitud de eutanasia o asistencia al suicidio, a menos que el paciente se oponga.
- Garantizar que el paciente tenga la oportunidad de discutir su solicitud con las personas que desee.
- Verificar con la Comisión Nacional de Control y Evaluación si las disposiciones de fin de la vida del paciente están debidamente.
- En el caso de las personas que sean capaces, pero no puedan expresar su voluntad de someterse al proceso de eutanasia, podrá recibirla, siempre que el médico constata que su diagnóstico es grave e incurable, que se encuentra inconsciente y que su situación es irreversible. Lo anterior de acuerdo con el artículo 4.1 de la presente ley en estudio.

La Asociación Federal Derecho Para Morir Dignamente (2020), en su artículo “¿Puedo solicitar una eutanasia en el extranjero?”, señala una escasez de información entre

la población sobre el procedimiento de eutanasia. Parece que el tema no ha sido explorado a fondo, ya que desde su aprobación hasta el año 2018, solo se llevaron a cabo 71 procedimientos, esto se debe en gran medida a la falta de conciencia sobre la posibilidad de acceder a este recurso.

Este hallazgo resalta la necesidad de una mayor difusión y educación sobre la eutanasia, para que aquellos que consideren esta opción puedan tomar decisiones informadas y acordes a sus deseos y circunstancias médicas, la información precisa y accesible es fundamental para garantizar que los individuos tengan conocimiento de sus derechos y opciones en situaciones de enfermedad terminal o sufrimiento intolerable.

## **Canadá**

En una década más reciente, en el año 2016 el país norteamericano, se suma a la lista, Picón et al (2023), menciona que a través de la ley “Asistencia médica para morir” se regula el procedimiento, teniendo como punto de partida la provincia de Quebec.

La Ley C-14, llamada Ley de Eutanasia en Canadá (2016), dispone una serie de cambios dentro de la legislación canadiense, siendo el primero y quizás el más importante, la modificación a su Código Penal por medio de la adición del artículo 227.1, en el cual se establece que ningún profesional médico o enfermero va a ser perseguido penalmente por ayudar a una persona a morir, cuando se trate del marco legal de muerte asistida.

Lo anterior tiene concordancia con el artículo 241.1 del Código Penal Canadiense, el cual expone el tema de la asistencia médica para morir, indicando en su inciso a y b, que la asistencia médica para morir es la administración de un medicamento o bien la

prescripción de este para que el paciente o el personal médico lo administre y le ayude a morir siguiendo las pautas del artículo 241.2.1, en dicho artículo se mencionan los criterios que rigen la admisibilidad a la ayuda médica para morir, dentro de los cuales se encuentran:

- Tiempo mínimo de residencia exigido o de espera aplicable para poder recibir financiamiento sanitario por parte del gobierno canadiense.
- Tener 18 años.
- Capacidad volitiva respecto a la salud propia.
- No tener presiones externas sobre la decisión de optar por la eutanasia.
- Firmar un consentimiento informado sobre el proceso de eutanasia o asistencia para morir.

Un criterio más determinante a la hora de optar por la eutanasia o la asistencia médica para morir es tener problemas de salud graves e irremediables, el artículo 241.2.2 indica cuándo se está frente a padecimientos con dichas características:

- Presenta dolencias o minusvalías serias e irremediables.
- Las afecciones mencionadas disminuyen considerable e irreversiblemente sus capacidades, desencadenando sufrimiento físico o psicológico considerable e intolerable que no puede ser aliviado de manera aceptable.
- La muerte en algún punto, resultado de su afección es inminente.

Antes de suministrar el fármaco letal, es importante que el personal médico siga una serie de instrucciones de salvaguardia, que aseguren el proceso y la voluntad del paciente en todo momento, siguiendo las pautas del artículo 241.2.3 del Código Penal Canadiense:

- Asegurarse que la persona cumple con los criterios necesarios para someterse al proceso de eutanasia o asistencia para morir.
- La solicitud debe ser hecha por escrito, fechada y firmada por el paciente o bien, por otra persona mayor de edad que firme frente al paciente y en su nombre.
- Debe ir la solicitud fechada y firmada por un médico o enfermero, luego de que se le informe al paciente sobre las condiciones de su salud y muerte.
- Una vez se asegure que cumple con firma y fecha por quien corresponde en presencia de dos testigos, estos últimos también deben firmar la solicitud.
- Asegurarse y asegurarle al paciente que puede retractarse de su decisión en cualquier momento.
- Debe existir la opinión escrita de otro médico o enfermero en donde concuerde con que el paciente reúne los requisitos para optar por la eutanasia o muerte asistida.
- El médico principal y el que de segunda opinión deben ser independientes, es decir, no deben tener relación entre ellos o con el paciente ni intereses de por medio.
- Debe haber al menos quince días entre la solicitud y la administración de la ayuda médica para morir o eutanasia, a menos que exista algún factor que requiera un tiempo menor, como la pérdida de la capacidad de expresar la voluntad de manera inminente y el médico o enfermero considere que se puede actuar en un tiempo menor.

Honderich (2023), menciona que actualmente Canadá se prepara para expandir la regulación de la eutanasia a los enfermos mentales, lo anterior ha sido objeto de debate alrededor del mundo, ya que desde 2021 se admiten como candidatos a la asistencia para morir a aquellas personas con afecciones físicas, graves y crónicas, aunque no

necesariamente signifique un riesgo en su vida, contrario a la mayoría de los países que regulan dicho procedimiento.

Además, se ha hecho público el caso de cuatro veteranos de guerra que fueron instados a considerar el suicidio asistido por un trabajador social, uno de estos casos involucra a la veterana Christine Gauthier, quien se acercó al servicio social para solicitar una rampa en su hogar debido a su condición de paraplejia, en lugar de recibir apoyo para su solicitud, se le sugirió que considerara la opción de la muerte asistida.

Este incidente, ha generado preocupación y debate sobre la ética y la adecuación de las recomendaciones hechas a individuos vulnerables, destacando la importancia de una atención sensible y respetuosa hacia quienes enfrentan dificultades médicas o discapacidades.

De acuerdo con el Observatorio de Bioética UCV (2023), a partir del mes de marzo, Canadá aprobó la muerte asistida en enfermos mentales, reformado así el Programa de Asistencia Médica para morir (MAID), sin embargo, el gobierno canadiense a través del Departamento de justicia de Canadá, (2024), este se encuentra comprometido con no vulnerar los derechos y protección de sus habitantes, habilitando un soporte para su autonomía y libertad de decisión.

También informa que, a partir del 29 de febrero de 2024, se aprobó una nueva legislación, que amplía la exclusión temporal de la elegibilidad para recibir asistencia médica para morir en casos donde la única condición médica de una persona es una

enfermedad mental, esta medida, que recibió el consentimiento real, fue implementada de inmediato.

No obstante, ahora se ha establecido que las personas que padecen exclusivamente una enfermedad mental podrán optar por la asistencia médica para morir a partir del 17 de marzo de 2027. Esta actualización refleja un cambio significativo en la política de asistencia médica para morir y genera discusiones sobre los límites éticos y legales en el acceso a este tipo de cuidados en el contexto de la salud mental.

### **Portugal**

A través del Decreto n.º 43/XV, de la Asamblea de la República (2023), <<traducción propia>> el gobierno de Portugal proponía regular lo referente a las condiciones en las que la muerte asistida médicamente no se considera punible, modificando el Código Penal.

Antes se exigía que el sufrimiento fuese acumulativo, tanto físico como mental e incluso espiritual, sin embargo, esto dejaba con muchas dudas e interpretaciones, por ende, se toma la decisión de retomar la versión original de la norma, en la cual únicamente se establece la posibilidad de un sufrimiento de gran intensidad sin mencionar su naturaleza, de paso, se decide modificar y añadir algunas otras disposiciones referentes a la muerte asistida y eutanasia.

Con las modificaciones realizadas, ahora el paciente puede decidir si accede al suicidio o a la eutanasia, antes no se contemplaba esta posibilidad por ser consideradas equivalentes.

El artículo 3 del mencionado decreto, establece que la muerte asistida solo puede ocurrir por eutanasia, cuando el suicidio asistido médicamente sea imposible para el paciente debido a alguna limitante física.

De acuerdo con Sánchez (2023), el decreto mencionado fue vetado por el presidente de Portugal, argumentando una serie de lagunas jurídicas que podrían vulnerar la seguridad jurídica, sin embargo, la Asamblea de la República decidió levantar el veto y aprobar la Ley 22/2023 del 25 de mayo, en la que de manera definitiva se da paso a regular la eutanasia y el suicidio asistido.

La ley 22/2023 (2023) <<traducción propia>> dispone todas aquellas condiciones para regular la muerte médicamente asistida y la eutanasia, considerando ambas no punibles, porque ocurren como resultado de aquella petición expresa, libre, informada y reiterada de una persona a un profesional de la salud, resultado de que esta padezca de un sufrimiento intenso debido a una enfermedad o lesión grave e incurable.

Los requisitos necesarios según lo dispuesto en dicho cuerpo normativo son muy similares a los de otros países en estudio, como, por ejemplo:

- ser ciudadano nacional o residente en Portugal.
- presentar una lesión o enfermedad con las características antes descritas.
- como peculiaridad, este país únicamente permite la eutanasia si para el paciente es físicamente imposible la muerte asistida por automedicación.

Además, no se permiten solicitudes de personas sujetas a un proceso judicial, en caso de que el proceso inicie posterior a la solicitud, esta será revocada.

Si se cumplen todos los requisitos necesarios, entonces se podrá realizar la solicitud de apertura del procedimiento, dicha solicitud deberá estar fechada y firmada por el paciente o por la persona designada, esta será integrada al registro clínico del paciente.

Asimismo, esta solicitud pasará al médico responsable para que este revise el registro médico del paciente, además el paciente debe ser informado sobre la posibilidad de recibir cuidados paliativos y sobre su derecho a ser acompañado por un especialista de la salud mental durante todo el proceso, esto para garantizar la comprensión del proceso y su decisión.

A partir de la apertura del procedimiento, en un plazo de 20 días el médico responsable deberá elaborar un informe donde conste que se cumple con todos los requisitos y disposiciones de ley, así como aclaraciones sobre la situación médica del paciente.

Es importante mencionar que el médico a cargo debe ultimar que la realización de la muerte médicamente asistida es favorable, caso contrario se cancela con posibilidad de reapertura.

Una vez presentada la solicitud, deben transcurrir más de dos meses para la realización de la muerte médicamente asistida, en la cual podrán estar presentes las personas designadas por el paciente, confirmando hasta el último momento la voluntad del paciente para someterse al procedimiento, mientras que todos los profesionales involucrados durante el proceso deben guardar el secreto profesional, con el fin de salvaguardar la integridad y confidencialidad de la información del paciente

De manera similar con casos anteriormente descritos en otros países, el profesional que no quiera ser partícipe del procedimiento no está obligado a hacerlo, garantizando el derecho de objeción de conciencia.

Por último, una vez realizada la muerte médicamente asistida, debe realizarse un informe final, 15 días luego del deceso este último debe contener los datos generales del paciente, así como su historial clínico, fármacos administrados y fundamentos del cierre del proceso.

### **Nueva Zelanda**

A partir del año 2020, la eutanasia es legal en este territorio, Jha (2020), narra como el caso de Matt Vickers, esposo de la ahora difunta Lecretia Seales marcó un precedente en la lucha por la legalización de la eutanasia, ya que Lecretia padecía de un tumor cerebral, no obstante, en su caso no pudo optar por el procedimiento, sin embargo, Matt luchó por que otros tuviesen el derecho que su esposa no tuvo.

Jha (2020), expresa que, en Nueva Zelanda, la eutanasia se aprueba bajo el acto No. 67, llamado “Ley de elección del fin de la vida” (2021), la cual fue aprobada por el parlamento en 2019, y entró en vigor a partir de noviembre de 2021, con más de la mitad de los votos a favor.

Esta ley, dispone la posibilidad de optar por la eutanasia o la muerte médicamente asistida. la posibilidad de objeción de conciencia por parte del personal médico y aquellas disposiciones que resulten necesarias para la realización de la muerte asistida o eutanasia

En esta se establece que, en caso de recibir una solicitud, el médico encargado debe proporcionar toda la información necesaria sobre lo dispuesto en la ley mencionada, además de informar al paciente sobre su situación, diagnóstico y pronóstico.

Además de asegurar que el paciente tiene una enfermedad terminal, irreversible e intolerable y asegurándose en todo momento de que la decisión del paciente tiene un fundamento en el conocimiento, entendimiento y voluntad, en caso de que el paciente quiera continuar con el proceso, entonces se llenará la solicitud y esta debe ir fechada y firmada por el paciente o por otra designada por razones como que el paciente sea incapaz físicamente.

Similar a otros países, el médico responsable debe consultar con otro colega independiente y además, un especialista en psiquiatría con el fin de asegurar la voluntad del paciente solicitante.

De acuerdo con la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (2020) en su artículo “Nueva Zelanda aprueba por amplia mayoría una ley de eutanasia”, las personas que van a ser candidatas para optar por el procedimiento serán aquellos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano neozelandés.
- Ser mayor de 18 años.
- Pronóstico de vida menor a seis meses, producto de padecer una enfermedad terminal.
- Disminución significativa y reiterada de su capacidad física.

- Padecer un sufrimiento intolerable y sin posibilidad de alivio.

## **Suiza**

En este caso, según Hurst y Bello (2022), la eutanasia como tal no es legal, sin embargo, sí está permitido lo que se conoce como suicidio asistido, pues desde el año 1942 existe la posibilidad de facilitarle al paciente lo necesario para ejecutarla por sí solo.

De acuerdo con el artículo 115 del Código Penal Suizo <<traducción propia>>, la ayuda al suicidio será sujeta a prisión cuando sea con el fin de obtener algún beneficio propio. En este caso tendrá una pena de no más de 5 años o bien una pena pecuniaria.

Según la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (2020) en su artículo “¿Puedo solicitar una eutanasia en el extranjero?”, para optar por este proceso únicamente se toman en cuenta aquellas enfermedades que limiten funcionalmente al individuo, provocándole un dolor insoportable, excluyendo a las enfermedades mentales.

Además, Suiza cuenta con la posibilidad de que extranjeros acudan al territorio para optar por morir, ya que solo se prescribe la receta médica del fármaco letal y no se administra, la aplicación del fármaco depende del paciente o bien, de algunas organizaciones no gubernamentales, como por ejemplo: PEGASOS, LifeCircle, Dignitas, entre otras, las cuales ayudan al individuo con el proceso, porque puede resultar bastante complejo y costoso, ya que para el año 2020, el precio era entre ocho mil y doce mil euros.

Uda (2022), menciona el caso Yoshi, un ciudadano japonés quien padecía de un trastorno neurológico y viajó a suiza en 2021 para optar por esta vía y es gracias a la organización no gubernamental antes mencionada, LifeCircle, que logra el alivio que tanto

anhelaba, como en su país de origen la eutanasia es ilegal y los dolores causados por su trastorno se volvieron insoportables, él mismo expresaba que ni siquiera la morfina funcionaba, lo anterior, incluso describe a Suiza como un país con "turismo para morir."

Algo similar ocurre con los países de Austria, Noruega, Finlandia, donde el paciente puede optar por dejar de recibir tratamiento vital, como nutrición e hidratación.

### **Estados Unidos**

Aunque no es legal en todo el país, si lo es en diez estados, según Moracci (2021), las leyes que regulan la muerte asistida reciben distintos nombres conforme al Estado en donde sean aplicados, sin embargo, de manera general, es legal el suicidio asistido en Washington, Vermont, California, Colorado, Maine, Nueva Jersey y Columbia.

Lizcano et al (2021), explican que actualmente el Estado de California es el único que ha legalizado la eutanasia como tal, los demás lugares solo permiten la muerte asistida debido a múltiples vacíos legales.

El autor, relata que como precedente para la legalización de esta, estuvo el caso de Nancy Beth Cruzan, quien estaba en estado vegetativo y únicamente seguía viva a través de un instrumento que le facilitaba el alimento durante varios años, fue entonces cuando los padres de Nancy acudieron a la Suprema Corte de Missouri para poder desconectar a su hija de dicho instrumento y aunque les fue negado en primera instancia, actualmente el caso fue resuelto a favor de los padres de Nancy, tomando como punto de partida el derecho que tienen las personas de interrumpir su vida.

Aunado a lo anterior, se suma la posibilidad de que las personas realicen un testamento vital en donde puedan solicitar que los mantengan o no con vida por medios artificiales.

El observatorio de bioética (2022), expone que al menos en el Estado de Maine, la aplicación de la eutanasia y muerte asistida podrá llevarse a cabo siempre y cuando el paciente sea mayor a 18 años, haya cumplido dos periodos de espera entre las solicitudes para optar por el proceso, estas últimas deben ser dos verbales y una por escrito, además la opinión de dos médicos que coincidan en aplicar el fármaco letal, estos últimos además deben descartar cualquier indicativo que pueda vulnerar el consentimiento del paciente.

### **Latinoamérica**

En comparación con Europa, la eutanasia no es un tema lejano en América Latina, ya que países como Colombia y Ecuador han legalizado esta práctica. Aunque en el caso de Perú se ha permitido de manera excepcional, esto sugiere un paso hacia una posible legalización en el futuro.

Esta tendencia hacia la aceptación y normalización de la eutanasia en la región es un fenómeno que tiene importantes implicaciones y que merece ser analizado con detalle, es un reflejo de los cambios sociales y culturales en curso en América Latina, así como de la evolución de las actitudes hacia cuestiones relacionadas con la autonomía y la dignidad en la atención médica.

Además, plantea preguntas importantes sobre la ética y los límites de la intervención médica en el final de la vida, así como sobre el papel del Estado en la regulación de estas prácticas.

## **Colombia**

Este país representa al primer país latinoamericano en legalizar la eutanasia. El portal BBC News Mundo (2022) en su artículo Colombia se convierte en el primer país de América Latina en despenalizar el suicidio asistido”, explica que la eutanasia en Colombia se encuentra despenalizada desde el año 1997, bajo la premisa de morir con dignidad, sin embargo, no fue hasta el año 2015 que se contó con su regulación.

Posterior a esto, en el año 2022 se despenaliza además el suicidio médicamente asistido, para poder optar por estos procedimientos es necesario que el paciente tenga total voluntad para realizar el acto, además de una enfermedad terminal y dolorosa que le impida vivir dignamente.

El medio informativo, BBC News Mundo (2022), daría a conocer el caso de Víctor Escobar, quien pudo acceder a la eutanasia, según lo narrado, el paciente sufría desde 2008 una enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), hipertensión y dos accidentes cerebrovasculares, estas enfermedades le provocaron una disminución en sus capacidades físicas, así como la necesidad de oxígeno.

El caso de Víctor representa un hecho histórico en Colombia, pues aunque la eutanasia es legal y reglamentada desde 2015, el procedimiento solo era viable bajo el requisito de padecer una enfermedad terminal y aunque su petición fue rechazada con

anterioridad en el año 2020, lo cierto es que esta decisión tiene un precedente, el caso de Martha Sepúlveda, de 51 años quien padecía de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), a esta paciente se le había aprobado para optar por el proceso de eutanasia, sin embargo, horas antes de administrársele, el proceso fue negado.

Es entonces como comienza una lucha para que no solo los pacientes terminales puedan acceder a la eutanasia, sino que aquellos con enfermedades dolorosas e irremediables que les priven que una vida digna pueda tener acceso a esta.

Según el Ministerio de Justicia y Derecho (2022), la decisión de recurrir a la muerte asistida o la eutanasia es completamente personal y voluntaria. Para llevar a cabo este procedimiento, se requiere al menos la presentación de dos solicitudes, y desde la primera solicitud, se debe informar al paciente sobre otras alternativas disponibles, como los cuidados paliativos.

El proceso debe ser evaluado y aprobado por el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, asimismo, es importante destacar que todo el proceso y petición es completamente gratuito, así como la voluntad anticipada, la cual únicamente es necesario que se adjunte a la historia clínica del paciente.

Para acceder al proceso de eutanasia, es necesario cumplir con una serie de requisitos fundamentales:

- Se debe contar con un diagnóstico confirmado de una enfermedad grave e incurable, el cual debe estar debidamente registrado en la historia clínica del paciente solicitante.

- En el caso de que el paciente esté recibiendo cuidados paliativos en un hospital, la solicitud de eutanasia debe ser presentada ante la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).

Si el paciente no se encuentra en una institución hospitalaria, la solicitud deberá ser dirigida a la Entidad Promotora de la Salud (EPS), quien designará una IPS responsable de conformar el Comité para Morir Dignamente. Es importante destacar que estas entidades tienen un plazo máximo de 10 días para responder a la solicitud; de no hacerlo, el paciente tiene el derecho de interponer una acción de tutela para que un juez revise su situación.

- El paciente debe expresar su consentimiento y voluntad de someterse al proceso de eutanasia de forma verbal ante el médico a cargo. Además, esta decisión puede ser anticipada mediante la elaboración de una voluntad anticipada, especialmente en casos de una inminente pérdida de capacidad física o mental.

## **Ecuador**

En febrero de 2024, el país suramericano, se convierte en el segundo país en Latinoamérica en permitir la eutanasia, el portal *Ámbito* (2024), detalla como el caso de Paola Roldán, paciente de la dolorosa y degenerativa enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) impulsó la legalización del procedimiento, pues antes de ello, el artículo 144 del Código Penal Ecuatoriano, tipificaba la eutanasia como un homicidio, el cual se sancionaba con una pena de hasta trece años de prisión.

Según el portal *Deutsche Welle* (2024), Paola Roldán interpuso una demanda contra dicho artículo, alegando inconstitucionalidad, desde el año 2023, a lo cual se le ha dado la razón. Aunque este fallo es de aplicación inmediata, el país aún no cuenta con un

reglamento y su elaboración está en espera, ya que el Ministerio de Salud otorgó un plazo de no más de dos meses para su preparación.

Mediante la sentencia 67-23-IN/24, la Corte Constitucional del Ecuador, enfatiza que el derecho a una vida digna comprende dos aspectos esenciales; la subsistencia y la presencia de condiciones que garanticen su dignidad, incluyendo derechos como la autonomía.

En el caso de enfrentar una enfermedad que vulnere la capacidad de llevar una vida digna y genere un sufrimiento intenso que afecte la integridad del individuo, la Corte argumenta que resultaría irracional obligar a alguien a mantenerse con vida si no lo desea.

De esta manera, la sentencia declara como inconstitucional, el artículo 144 del Código Penal Ecuatoriano, el cual sancionaba al médico que fuera partícipe de la asistencia a la eutanasia, como resultado, no será sancionado el médico que asista a la eutanasia de otra persona cuando de forma clara y voluntaria una persona, manifieste su consentimiento inequívoco para acceder a un procedimiento de eutanasia activa, debido al sufrimiento intenso causado por una lesión corporal grave e irreversible o una enfermedad física incurable, ya sea de manera directa o a través de un representante en caso de incapacidad para expresarse.

De acuerdo con la misma sentencia, en Ecuador aún no existe un reglamento para regular la eutanasia, sin embargo, esta ordena la redacción de uno en un plazo de dos meses por parte del Ministerio de Salud Pública.

## Perú

Desde el año 2019, se dio a conocer el caso de Ana Estrada, una psicóloga de 45 años que, conforme lo indica Melo (2024), sufría de una enfermedad degenerativa e incurable llamada polimiositis, esta enfermedad se caracteriza por una debilitación progresiva de los músculos, lo que llevó a Ana a depender de un respirador artificial y a requerir supervisión médica constante. Desde entonces, Ana luchó por su derecho a morir dignamente.

Aunque en Perú la eutanasia no es legal, se ha logrado hacer una excepción en su caso. Este ejemplo destaca la lucha individual de Estrada y arroja luz sobre los desafíos que enfrentan las personas que buscan opciones de fin de vida en contextos donde la eutanasia aún no está regulada.

Además, plantea interrogantes sobre los derechos del paciente, la autonomía en la toma de decisiones médicas y el papel de la legislación en la protección de estos derechos fundamentales.

El decreto legislativo N.º 635 “Código Penal Peruano” establece con respecto al homicidio piadoso, en su artículo 112 lo siguiente:

“Artículo 112.- El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años.”

En el año 2021, mediante la presentación de la Acción de Amparo No.00573-2020-0-1801-JR-DC-11 (2021), se buscaba invalidar el artículo 112 del Código Penal Peruano en el caso de Ana Estrada, permitiéndole optar por la eutanasia sin que terceros enfrentaran consecuencias legales. Se argumentaba que dicho artículo vulneraba el derecho fundamental a una muerte digna, al libre desarrollo de la personalidad y a no ser sometido a tratos crueles o inhumanos.

La sentencia emitida posteriormente marcó un hito para el marco jurídico peruano, al reconocer el derecho de Estrada a una muerte digna, y ordenó al Ministerio de Salud (MINSa) y a EsSalud respetar su decisión. Además, detalló el procedimiento que debía seguirse, estableciendo que la administración del fármaco letal debía ser realizada directamente por un médico, ya sea por vía intravenosa u oral.

Adicionalmente, se ordenó al MINSa y a EsSalud formar comisiones médicas interdisciplinarias en un plazo de siete días, estas comisiones, independientes entre sí, tienen como objetivo respetar la objeción de conciencia del personal médico y mantener la confidencialidad de su identidad, si fuera necesario.

Una de estas comisiones se encargaría de elaborar un plan detallando los aspectos técnicos y asistenciales relacionados con la decisión de la paciente, así como un protocolo para garantizar su derecho a una muerte digna. La otra comisión se dedicaría al proceso de eutanasia en sí mismo.

Además, el MINSA debería establecer una tercera comisión para aprobar el plan desarrollado por la comisión de EsSalud, asegurando que se detallen los aspectos asistenciales y técnicos necesarios.

En el mismo fallo, se dispuso que EsSalud debe brindar todas las condiciones administrativas, sanitarias y de prestación de servicios para permitir el ejercicio del derecho a una muerte digna a través de la eutanasia de Estrada. Esto deberá cumplirse en un plazo de diez días hábiles a partir de la manifestación de su voluntad de poner fin a su vida.

Además, la sentencia establece que no se aplicará el Artículo 112 del Código Penal actual en este caso, lo que implica que los responsables no podrán ser procesados, siempre y cuando los actos destinados a garantizar su muerte en condiciones dignas sean realizados de manera institucional y estén sujetos al escrutinio de la legalidad.

Es importante destacar que esta acción de amparo fue presentada por la Defensoría del Pueblo, y durante el proceso diversas instituciones presentaron informes técnicos legales en calidad de amigos de la Corte, entre ellas se encuentra la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento en pacientes con enfermedades graves o terminales.

En general, esta institución sostiene que el derecho a una muerte digna es fundamental, ya que la dignidad humana trasciende más allá de la muerte. Asimismo, la Clínica Jurídica en Derecho Penal de la Pontificia Universidad Católica del Perú intervino como amigos de la corte y presentó un informe en apoyo a la beneficiaria Estrada.

Es importante mencionar que la resolución declara inadmisibile la solicitud de ordenar al Ministerio de Salud que emita una directiva que regule el procedimiento médico para la aplicación de la eutanasia en casos similares al de Ana Estrada.

El pasado 22 de abril de 2024, el portal informativo digital BBC Mundo (2024), informó sobre la muerte de Ana Estrada, la cual fue el día anterior, 21 de abril, la mujer pudo dar fin a su vida por medio de la eutanasia, de acuerdo con Josefina Miró, su abogada, este procedimiento cumplía con la idea de Estrada de como morir con dignidad y autonomía, reflejando su convicción sobre cómo deseaba enfrentar el final de su vida y de su enfermedad.

El procedimiento eutanásico se realizó cumpliendo con el protocolo establecido en la sentencia analizada con anterioridad, llamado “Plan y Protocolo de Muerte Digna” el cual de acuerdo con el Poder Judicial Peruano a través de una nota de prensa, desde el 10 de febrero del año 2023, la Corte Suprema Peruana estableció que no se aplicase el artículo 112 del Código Penal que sanciona el homicidio piadoso, dando como consecuencia que el personal médico que llevó a cabo el proceso eutanásico de Estrada no tengan consecuencias penales, civiles o administrativas.

Además, el protocolo estableció que la Comisión Interdisciplinaria, por medio de un representante, debe de informar a Estrada y allegados designados sobre la existencia de algún tratamiento médico nuevo que pueda dar mejoría a su condición, así como informarle sobre su derecho de desistir o aplazar su decisión en cualquier momento del procedimiento.

## **Costa Rica**

De acuerdo con el artículo 116 del Código Penal Costarricense (1970), la persona que de muerte a otra motivada por un sentimiento de piedad, recibirá una pena de prisión de seis meses. Es decir, la eutanasia activa es completamente ilegal dentro del país.

Según lo descrito por el Colegio de Médicos y Cirujanos (2022), en su documento llamado “Perfil profesional del médico especialista en medicina paliativa del adulto” los pacientes tienen la opción de recurrir a un proceso conocido como sedación paliativa.

Este método, implica la administración de medicamentos para reducir la conciencia de aquellos que experimentan un sufrimiento intenso debido a su enfermedad. Es importante destacar que esta práctica no debe confundirse con la eutanasia, ya que esta forma parte de los cuidados paliativos, en la sedación paliativa, no se busca directamente poner fin a la vida del paciente, sino proporcionar alivio a través de la sedación.

En Costa Rica, se vislumbra un escenario que podría conducir hacia la eventual legalización de la eutanasia, aunque la eutanasia activa aún no es legal, existe una forma pasiva que sí lo es, esto implica que las personas tienen la opción de decidir no recibir tratamiento médico en casos de enfermedades irreversibles e incurables, permitiéndoles fallecer de manera tranquila, evitando así los efectos secundarios de tratamientos prolongados o el sufrimiento asociado con largas estancias hospitalarias.

El derecho a una muerte digna sigue siendo un tema de debate en la sociedad costarricense y no es para menos, ya según el artículo 21 de la Constitución Política (1949),

el derecho a la vida es inviolable, sin embargo, debe estudiarse y profundizarse en si la calidad de vida es esencial para practicar dicho derecho.

Según el Diario Nacional, La Gaceta, (2021) en el año 2014, fue presentado el proyecto de “Ley Sobre Muerte Digna en Pacientes en Estado Terminal” a cargo de los entonces diputados, Antonio Álvarez Desanti y Carlos Manuel Arguedas Ramírez, en el mismo se exploraba la posibilidad de permitirle al enfermo terminal o incurable una muerte sin dolor, pacífica y voluntaria, sin embargo, el Código Penal, en su artículo 116, tipifica lo anterior como delito, mencionando que se impondrá hasta tres años de prisión a quien diera muerte a otro ante un pedido por parte del enfermo, movido por un sentimiento de piedad, lo anterior se tipifica bajo el nombre de “homicidio por piedad”.

Anteriormente en la legislación costarricense, se penaba incluso la tentativa de suicidio, fue en el año 2008 cuando mediante la resolución No. 14.192-2008 se anula el artículo 114 y hoy se puede observar como el homicidio por piedad cuenta con una pena menor al homicidio.

Ante esto, surge una interrogante interesante, ¿Es realmente inviolable la vida humana? La respuesta a esta pregunta se sustenta en que la vida es el bien más preciado para cada persona, sin embargo, tal y como se ha podido ver y analizar en algunos países anteriores como Ecuador, la vida podría interpretarse como vida biológica o tener una vida plena.

Con base en lo anterior, se destaca la importancia de una vida plena y completa, la cual se ve reflejada en la preservación de la dignidad, la salud y el derecho de cada

individuo a vivir conforme a su voluntad y bajo las condiciones que considere óptimas, especialmente en situaciones de enfermedad terminal e incurable.

Es fundamental reconocer que aquellas personas que enfrentan dolores crueles e insostenibles, o cuya enfermedad limita su calidad de vida hasta el punto de vulnerar su dignidad, podrían cuestionar si esta situación puede ser considerada como una vida digna.

El proyecto de ley citado aborda una amplia gama de áreas que afectan la vida humana y su entorno, por ejemplo, aborda el derecho a la salud, un principio fundamental respaldado por las Naciones Unidas y consagrado en el artículo 12 del Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

Este artículo, reconoce el derecho inherente de todas las personas a disfrutar de un óptimo estado de salud física y mental, es esencial destacar que la salud no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, sino que también, incluye el bienestar emocional, social y mental de los individuos.

Para comprender mejor el caso de Costa Rica, es necesario retroceder al precedente colombiano. Colombia fue el primer país latinoamericano en legalizar la práctica de la eutanasia, lo que suscita interés en entender por qué Costa Rica no ha adoptado una postura similar, analizar las diferencias entre ambos países puede proporcionar una visión más clara de los factores que influyen en las decisiones políticas y legales relacionadas con la eutanasia en la región latinoamericana.

Si se analizan y toman en cuenta los aspectos de éxito respecto a la aplicación de la eutanasia legal en distintos países del mundo, probablemente se encuentren distintos

factores en común, como por ejemplo, la percepción de la dignidad dentro del concepto vida, rigurosos filtros para los candidatos, aplicación en enfermedades o condiciones terminales, que generan un dolor intolerable o deterioro de la capacidad motora considerable.

Ahora bien, no puede ignorarse el hecho de que la salud mental conforma parte del bienestar pleno, es por ello por lo que a través del Expediente N.º 22.430, la exdiputada Paola Vega en el año 2021, presentó el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental.

Actualmente en Costa Rica, la normativa correspondiente a este tema se encuentra de manera explícita en el artículo 9 de la Ley General de salud (1973), el cual establece la obligación del Estado de promover la salud física y mental, así como un abordaje a la prevención y rehabilitación, así como el acceso a tratamientos y medicamentos, incluyendo a personas con depresión, señales de suicidio, esquizofrenia o adicciones al alcohol y/o drogas.

De manera concordante, el artículo 29 del mismo cuerpo normativo, establece el derecho de las personas que parezcan alguna de las enfermedades mencionadas a someterse a un tratamiento, ya sea ambulatorio o de internamiento siempre que medie la voluntad del paciente.

Por último, el artículo 31 de la ley en análisis, sostiene que las personas con desórdenes mentales o de comportamiento, pueden solicitar su salida si ellas o sus familiares así lo piden, siempre y cuando no representen un riesgo para otras personas, además, el mismo cuerpo normativo propone que el Ministerio de Salud promueva la

creación de grupos de apoyo locales para quienes padecen trastornos mentales y sus familiares.

Estos grupos colaborarán con las autoridades de salud locales, los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y las clínicas de la CCSS para garantizar su buen funcionamiento. Actualmente existen diversas normas que rigen la salud mental en Costa Rica.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud elaboró los Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental, como una explicación de los Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos Mentales y la Promoción de la Salud Mental, mencionados previamente:

- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
- Acceso a atención básica en salud mental.
- Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente.
- Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental.
- Autodeterminación
- Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.
- Existencia de procedimientos de revisión.
- Mecanismo de revisión periódica automático.
- Cualificación del personal que toma decisiones.
- Respeto de los derechos y de la legalidad

El propósito central del proyecto de ley es priorizar la salud mental dentro del marco legal, reconociéndola como un componente esencial de los derechos humanos y buscando su implementación de manera eficiente y efectiva para satisfacer las necesidades de diversos segmentos de la población. Al adoptar políticas públicas con un enfoque humanista, se anticipa que se mejore significativamente la calidad de vida de los costarricenses al abordar una variedad de factores que influyen en la salud mental, esto conllevaría una redefinición positiva de la salud mental en beneficio de toda la sociedad.

El proyecto, como se indica en su artículo principal, tiene como objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental, permitiendo que las personas con discapacidades mentales ejerzan plenamente sus derechos humanos, esto se lograría promoviendo y asegurando dichos derechos mediante medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación, en última instancia, se espera que este enfoque integral fomente una sociedad más inclusiva y respetuosa con los derechos de todos sus miembros.

Proyectos como el mencionado, son de suma importancia dentro del marco legal de cualquier legislación, ya que la salud mental influye en cada aspecto de la vida de un individuo, desde lo personal hasta lo laboral y lo social, cuidar esta dimensión nos permite disfrutar plenamente de una buena calidad de vida, tomar decisiones más acertadas y estar mejor informados.

Es indudable que la estabilidad emocional está estrechamente vinculada a la salud física, dado que afecta el estado de ánimo, la productividad y desempeño en todas las áreas de la vida, trastornos como la depresión o condiciones como el autismo, tienen un impacto significativo en el estilo de vida de las personas.

Sin embargo, es fundamental resaltar en el ámbito de la investigación, la importancia de la información y la educación en relación con el bienestar psicológico. Cuanto más se comprenda y aborde la salud mental, se estará mejor preparado para enfrentar los desafíos y disfrutar de una vida plena y equilibrada.

Un caso que ha generado un gran interés es el de Canadá, donde se ha discutido la posibilidad de aplicar la eutanasia en personas diagnosticadas con el espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este caso plantea cuestiones importantes sobre los criterios internacionales para la aplicación de la eutanasia, por ejemplo, se requiere que el individuo tenga una enfermedad terminal, grave e incurable que cause un sufrimiento insoportable o que limite significativamente su vida.

Surge así la pregunta de si el autismo o el TDAH deberían considerarse condiciones que justifiquen la eutanasia, dado que estas no incapacitan completamente a la persona, lo que nos lleva a reflexionar sobre su inclusión en este debate.

Además, este tema está estrechamente vinculado con la protección de la salud mental. Con un adecuado acompañamiento por parte del Estado, así como acceso a información y tratamientos adecuados, es posible mejorar considerablemente los síntomas, permitiendo la plena integración de las personas con trastornos psicológicos en la sociedad, esto les proporcionaría un sentido de propósito y utilidad, al igual que a cualquier otro paciente.

Por lo tanto, es crucial considerar cuidadosamente el impacto de la eutanasia en personas con condiciones como el autismo y el TDAH, y asegurarse de que se tomen

decisiones informadas y éticas que protejan tanto la autonomía como la salud mental de los individuos.

## **Capítulo V: Propuestas actuales sobre proyectos de Ley en Costa Rica relacionados a la Eutanasia**

A través del presente capítulo se profundizará en la situación actual de la eutanasia en Costa Rica, abordando tanto los proyectos de ley propuestos en los últimos años los cuales buscaban su legalización o reconocimiento, como la normativa jurídica vigente que regula el homicidio piadoso y la extinción de la pena.

Estos últimos aspectos son de especial interés para la investigación, ya que sugieren la posibilidad de integrar el proceso eutanásico en el actual marco legal costarricense.

Si bien es cierto, el tema de la eutanasia plantea una profunda complejidad ética, legal y moral, en Costa Rica ha sido objeto de debate durante varios años, la discusión sobre la eutanasia ha generado muchas dudas y a la vez diversas opiniones encontradas en los diferentes sectores de la sociedad costarricense, incluyendo a profesionales de la salud, investigadores, abogados, líderes religiosos, legisladores y ciudadanos en general.

Recapitulando, queda evidenciado como en muchas otras legislaciones alrededor del mundo, la aprobación de la eutanasia está condicionada a aspectos y casos específicos, los cuales vinieron a abrir el debate sobre la temática y el país, en este aspecto, no ha sido la excepción, especialmente después del caso de Mauricio Rojas el cual se analizará y abordará más adelante a detalle.

Este caso, captó la atención nacional, marcando un punto de inflexión al poner sobre la mesa la necesidad de abordar la eutanasia desde un enfoque legislativo, además, trascendió el ámbito individual y se convirtió en un catalizador para que el tema de la eutanasia fuera llevado por primera vez a la Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Fue desde ese preciso momento, el que permitió el abordaje más específico en el tema y se han presentado dos proyectos de ley relacionados con la regulación de la eutanasia, cada uno con sus propias consideraciones y enfoques.

Además de examinar los proyectos de ley en cuestión, se analizarán las razones detrás de su falta de éxito y se explorarán los factores que han impedido su avance o aceptación en la legislación, es importante tener en cuenta que estos obstáculos pueden ir más allá de simples cuestiones técnicas, involucrando también consideraciones éticas, religiosas y sociales que influyen en la percepción y la opinión pública sobre la eutanasia en Costa Rica.

A través de este análisis exhaustivo, se buscará comprender más a profundidad el panorama actual y los desafíos asociados con la legalización de la eutanasia en el país, asimismo, se buscará identificar posibles vías para superar estas barreras y avanzar hacia un marco legal más completo y comprensivo que refleje las necesidades y los valores de la sociedad costarricense en relación con el final de la vida y el derecho a una muerte digna.

### **Regulación de la eutanasia en el actual sistema jurídico costarricense**

Aunque la eutanasia no es legal de manera activa en el país, el tema se ha planteado en diversas ocasiones y de diversas maneras, desde diferentes enfoques, como se ha

mencionado anteriormente en otros apartados y siguiendo el punto medular de la temática, la Constitución Política de Costa Rica de 1949, establece en su artículo 21, que la vida humana es inviolable, siendo este punto considerado como fundamental para toda acción que pueda atentar contra la misma.

A lo anterior se le une el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1970), en el cual, se exalta que toda persona tiene derecho al respeto por su propia vida desde el momento de su concepción, dando pie, a que nadie pueda privar de la vida a ninguna persona de manera arbitraria.

Aunado a lo anterior, se encuentra el artículo 3 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), en el cual se procura la importancia sobre el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de cada individuo.

Sin embargo, a lo largo de esta investigación, se ha abordado el tema de que la vida engloba más que solo la existencia biológica, sino que además incluye una vivencia plena, con bases como la salud, la autonomía, la libertad y la dignidad.

Conjuntamente, se ha puesto en manifiesto que, en la mayoría de los países mundo, la vida es un derecho inviolable y el más importante de todos, sin embargo, en aquellos países en los cuales la eutanasia ya ha sido aprobada, se ha logrado crear una línea divisoria entre la vida como la mera existencia y la vida como un conjunto de condiciones que logran llevarla a cabo de manera plena.

De acuerdo con el artículo 116 del Código Penal Costarricense, se pena con hasta tres años de prisión a la persona que por un sentimiento de piedad mate a alguien que se

encuentre con una enfermedad grave e incurable y este último le haya pedido reiteradamente hacerlo, dicho delito recibe el nombre de homicidio piadoso.

Con base en este artículo, parece ser que la normativa cierra la posibilidad de ver como tolerable un proceso de eutanasia o una muerte voluntaria asistida por alguien más, sin embargo, el artículo 96, inciso 3 de la misma norma, menciona el perdón judicial.

De acuerdo con el diccionario jurídico del Poder Judicial, el perdón judicial se conoce como un beneficio que otorgan los jueces al condenado siempre al margen de las disposiciones de ley vigentes, este beneficio se trata de la extinción de la pena, de acuerdo con el diccionario antes mencionado, este perdón implica el término del proceso legal y la cancelación de la ejecución emitida y de la sanción jurídica impuesta producto de la comisión de un delito.

Ahora bien, con estos conceptos claves, se logra comprender de mejor manera a qué se refiere el artículo 93.6 del Código Penal y es que en dicho artículo se brinda la posibilidad de una extinción de la pena a través del perdón judicial cuando una persona, incurra en el delito de homicidio piadoso, siempre y cuando se cumplan con los requerimientos de que se demuestre una insistencia, acompañada de requerimientos específicos por parte de la persona fallecida a quien le dio muerte de ejecutar el acto.

Llobet (2020), plantea una perspectiva interesante sobre el tratamiento legal de la eutanasia en Costa Rica, aunque la eutanasia está tipificada como ilegal en el país, Llobet sugiere que el concepto de "homicidio piadoso" podría considerarse como una forma

encubierta de eutanasia, lo que podría conducir a la extinción de la pena para los responsables.

Esta noción plantea un debate ético y legal sobre el cómo se aborda la muerte digna, el alivio del dolor y el sufrimiento en el contexto costarricense, además, el mismo autor destaca que la decisión de otorgar o no el perdón judicial en los casos de homicidio piadoso debe de estar debidamente justificada por el juez.

Es fundamental que se considere el contexto de cada situación de manera individualizada, teniendo en cuenta factores médicos, éticos y humanitarios, en este sentido, el juez debe ser imparcial y basar su decisión en argumentos sólidos y justificados, en lugar de en sus propias opiniones sobre la eutanasia.

Es importante subrayar que el rechazo del perdón judicial no puede fundamentarse únicamente en la oposición del juez a la eutanasia como práctica, esta postura resalta la necesidad de separar las convicciones personales del juez de su función judicial, garantizando así la imparcialidad y el respeto por el debido proceso legal.

Por otro lado, la referencia a la exposición de motivos del Código Penal de Costa Rica 1970, que contempla la posibilidad de aplicar el perdón judicial en casos de eutanasia, añade un elemento histórico y jurisprudencial relevante al actual debate.

Esta disposición sugiere que, en determinadas circunstancias, la eutanasia podría considerarse como una opción compasiva y justificada, lo que refuerza la idea de que el tratamiento legal de la eutanasia en Costa Rica está sujeto a interpretaciones, en ciertas ocasiones personales, y consideraciones contextuales específicas.

El análisis de Llobet, sobre la definición de enfermedad grave o incurable y muerte inevitable en el sistema judicial actual, resalta una falta de precisión y claridad en Costa Rica, esto contrasta con la legislación española, la cual aborda este tema de manera más específica y detallada, favoreciendo así el entendimiento y cumplimiento de la normativa.

En el contexto legal de España, el Código Penal, el artículo 143.4, se establecen los criterios de forma más concreta para determinar la gravedad o terminalidad de una enfermedad que permitiera justificar la eutanasia.

Según esta disposición, se considera que la enfermedad debe ser aquella que necesariamente conduce a la muerte o causa padecimientos graves y difíciles de soportar, esta precisión en la definición brinda un marco legal más claro y objetivo para evaluar la situación de los pacientes que podrían optar por la eutanasia.

Por el contrario, en el contexto costarricense, la falta de una definición más específica deja una brecha para interpretaciones variables y subjetivas por parte del sistema judicial, lo cual puede generar incertidumbre y a la vez dificultar la aplicación coherente y efectiva de la ley en los casos relacionados con la eutanasia y los cuidados paliativos.

En resumen, el contraste entre la legislación española y la situación actual en Costa Rica, resalta la importancia de contar con criterios claros y precisos en la definición de enfermedad grave, terminal o incurable, así como la muerte inevitable, especialmente en el contexto de la eutanasia y los cuidados al final de la vida.

Esta precisión es fundamental para garantizar una aplicación justa y equitativa de la ley y de esta forma no dejarlo a meras interpretaciones, así como para proteger los derechos

y la dignidad de los pacientes que enfrentan decisiones difíciles sobre su propia salud, vida y bienestar.

Platero (2022), realiza una reflexión sobre la relación entre la democracia y la libertad con respecto al abordaje de la eutanasia, en la cual se profundiza sobre la posición del país respecto al tema, este autor menciona que en Costa Rica existen dos proyectos de ley en los cuales el tema es abordar la eutanasia como posibilidad, no obstante, y aunque ambos proyectos han sido archivados, lo cierto es que no representa un tema nuevo o ajeno para Costa Rica.

### **Primer proyecto de Ley - “Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal”.**

#### **Año 2014.**

El primero de estos proyectos fue el que se propuso por los exdiputados Antonio Álvarez Desanti y Carlos Arguedas Ramírez en el año 2014, recibiendo el nombre de “Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal” el mismo fue tramitado bajo el expediente N.º 19.440 en la Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Sociales, sin embargo, la propuesta de ley fue archivado el 06 de agosto del año 2018 debido a inconsistencias o falta de claridad en la propuesta de la norma.

El proyecto tomó como precedente el caso de Mauricio Leandro Rojas, de acuerdo con una entrevista realizada por Jiménez (2014), Mauricio, un psicólogo e investigador de la Universidad de Costa Rica (UCR), padecía una condición de cáncer de hígado incurable y terminal, defensor del derecho a la eutanasia, abogaba por la posibilidad de elegir el momento de su propia muerte.

En el caso, Rojas optó por no someterse al tratamiento de quimioterapia, pues no estaba dispuesto a soportar los efectos secundarios, que suelen ser bastante agotadores. En una entrevista, expresó que se encontraba en la fase final de su vida, pues médicamente le fue confirmado que no había más por hacer, aunque deseaba continuar viviendo, tenía muy en claro que lo quería hacer con total dignidad.

Dos años después, Legarza, mencionado por La Nación (2016), anuncia la muerte de Mauricio Rojas a los 51 años, amigo de Mauricio, narró que murió producto de la condición de su enfermedad y que, no quiso someterse al tratamiento de quimioterapia, acudiendo a su derecho de no tomar el tratamiento si él no lo deseaba.

A partir del contexto previo, este proyecto se planteó con el objetivo de brindar opciones y cuidados a pacientes que enfrentaban enfermedades graves, incurables y terminales, esta propuesta se diseñó desde una perspectiva de solidaridad con el sufrimiento humano, el cual es la realidad de muchos pacientes terminales, además del dolor físico como mental y moral, reconociendo que dicho sufrimiento no solo afecta al paciente, sino también a sus seres queridos.

En este sentido, el proyecto propuesto tenía como parte de su finalidad, proponer medidas alternativas para aliviar este sufrimiento, garantizando el respeto a la voluntad del paciente y protegiendo su dignidad y derechos fundamentales.

Asimismo, se buscaba asegurar una muerte digna, considerando si el paciente deseaba mantenerse con vida a través de métodos artificiales y en algunos casos dolorosos con tal de aliviar el dolor, o si prefería no recibir ningún tratamiento.

Dicho proyecto, de acuerdo con el argumento de la Sentencia N.º 14.192 de la Sala Constitucional, sobre la derogación del delito de tentativa de suicidio en el año 2008 del Código Penal; por cuanto el suicidio debe ser regulado con base en el derecho a la salud y no por el derecho penal, considera que la persona que intenta suicidarse tiene un estado emocional vulnerable y desequilibrado y el tener, además, una amenaza de ser condenado, si fracasaba en el intento de suicidio, su condición de vulnerabilidad emocional se agravaría más.

Al mismo tiempo, abordar el homicidio por piedad significa un avance en la legislación costarricense respecto al tema de la muerte digna, ya que, anteriormente, el homicidio por piedad se penaba con hasta 10 años de prisión, mientras que actualmente, el máximo es de 3 años con posibilidad de perdón judicial.

Otro aspecto de interés tomado en cuenta está relacionado con el artículo 28 de la Constitución Política, donde consta que es permitido todo aquello que no es expresamente prohibido, conocido como principio de autonomía de la voluntad.

Este principio tiene especial relevancia respecto al tema de las decisiones relacionadas a la salud del paciente en estado terminal, así como la participación de familiares cercanos, este enfoque se relaciona directamente con el artículo 46 del Código Civil, el cual, permite que las personas puedan rechazar el someterse a algún examen, medicamento, tratamiento médico o cirugía.

En relación con lo descrito, en la sentencia N.º 14.192 del año 2008, y ante la causa penal que se sigue en contra de M.M.B. donde el accionante impugna el artículo 14 del

Código Penal sobre la medida de seguridad de tratamiento psiquiátrico para quien intente suicidarse, la Fiscalía de la República expresó:

Entendemos que la Constitución Política tutela la vida como un derecho y no como un deber u obligación. El artículo 1 de la Constitución Política define nuestro sistema político como: “República democrática, libre e independiente” derivándose de tales postulados toda una garantía para el desarrollo del ser humano y la obligatoriedad de interpretar cualquier norma de manera más favorable de la libertad de la persona.

De esta forma se estaría garantizando la libertad individual y el desarrollo humano dentro de un sistema democrático y libre.

**Bienes jurídicos tutelables: Derecho a la vida y su relación con el derecho a la salud**

Anteriormente, el derecho a la vida no era inviolable como se conoce hoy día, ya que, de acuerdo con la Constitución Política del año 1871, se sancionaba con pena de muerte, los delitos de piratería, homicidio premeditado y seguro, así como los delitos de alta traición, fue hasta que la norma se reformó en el año 1882, y el concepto cambió a favor de la vida misma, haciendo constar expresamente que la vida humana es considerada como inviolable.

Ante esto, el proyecto propone que la vida humana no debe ser limitada únicamente a la existencia material o biológica en sí misma, sino que deben tomarse en cuenta aspectos como la libertad y la espiritualidad, acogiendo además lo dispuesto por el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), donde el derecho a la vida no

resulta apartado de la libertad y la seguridad y lo mismo con diferentes tratados y convenios internacionales que directamente hablan de cómo no puede ser inviolable la vida humana.

A modo de ejemplo, con base a lo anterior, dentro del proyecto de ley llamado “Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal” del 2014. se encuentra que:

- El derecho de toda persona a la vida será protegido por la ley, la muerte no puede ser infligida intencionalmente a nadie, salvo en ejecución de una sentencia de pena capital pronunciada por un tribunal en el caso en que el delito esté castigado por esa pena por la ley.
- La muerte no se considerará infringida con infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza absolutamente necesario:
  - Para asegurar la defensa de cualquier persona contra la violencia ilegal,
  - Para efectuar una detención legal o para impedir la evasión de una persona detenida legalmente,
  - Para reprimir, de conformidad con la ley, una revuelta o una insurrección. Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales, artículo segundo.
- El derecho a la vida es inherente a la persona humana, este derecho estará protegido por la ley, nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente, conforme se indica en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en el artículo 6 de la norma.

- La persona humana es inviolable, toda persona tiene el derecho al respeto de su vida y de la integridad de su persona. Nadie puede ser arbitrariamente privado de ese derecho, así como lo indica la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), en el artículo 4 de la norma.

A partir de lo expuesto, se observa cómo diversas legislaciones de alto rango reconocen de manera implícita la posibilidad de tomar decisiones sobre la vida en circunstancias especiales, resaltando el respeto por vivir con dignidad, integridad, libertad y seguridad.

Con base en lo anterior, es que el proyecto de ley en estudio intentó argumentar que aquellos que se oponen a la eutanasia solamente están considerando la existencia biológica, pasando por alto los mencionados derechos humanos.

En Costa Rica, el derecho a la salud se reconoce como un derecho subjetivo que las personas pueden reclamar directamente, esto significa que tienen la facultad de exigir los tratamientos médicos necesarios para mantener su bienestar y gestionar sus discapacidades.

Este derecho se concibe como algo concreto y exigible, no como un proceso gradual, desde esta perspectiva, las personas tienen el derecho tanto de recibir los tratamientos médicos que necesiten para sus enfermedades, condiciones médicas o malestares, así como de rechazarlos si consideran que prolongan artificialmente la vida, alejando todo vestigio de calidad de vida que según su perspectiva ya no merece ser vivida bajo condiciones deplorables o dolorosas.

Este enfoque integral del derecho a la salud abarca la posibilidad de poner fin a la vida únicamente bajo ciertas circunstancias, cuando la condición médica del paciente así lo amerite y cuando el paciente terminal haciendo uso del derecho a abstenerse de tratamientos que prolonguen de manera artificial o química la vida.

Estos principios se basan en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), la cual a como se abordó anteriormente y define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo. Además, establece que acceder al máximo nivel de salud es un derecho fundamental para todas las personas, sin importar su raza, religión, ideología o situación económica.

Con base en lo anterior, la Procuraduría General de la República (2011), expresa su punto de vista, bajo el pronunciamiento OJ-073-2011:

La salud es un derecho fundamental de las personas, que debe ser garantizado a través de acciones estatales que aseguren que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a esta y que los servicios de salud sean brindados de la mejor forma, generando las condiciones adecuadas para que las personas puedan desarrollarse física, psíquica y socialmente, propiciando el desarrollo integral del ser humano.

En primer término, es importante señalar que la “salud pública” es un bien jurídico tutelado por el Estado costarricense a lo largo de todo el ordenamiento jurídico, desarrollándose a nivel constitucional a partir de la interpretación armónica de los artículos 21 (derecho a la vida) y 50 (derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado) de la Constitución Política de Costa Rica.

De estos numerales se desprende el derecho de todos los habitantes de la República a que el Estado les garantice la salud en sus distintos ámbitos, situación que ha sido reforzada por la abundante jurisprudencia emanada por la Sala Constitucional.

Según este pronunciamiento, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en la resolución 01915-1992, sostiene que, aunque no se mencione de manera directa el derecho a la salud dentro de la Constitución Política, el hecho de que el artículo 21 de la misma contemple el derecho a la vida implica una relación entre ambos derechos.

Por un lado, el derecho a la salud busca garantizar el pleno ejercicio del derecho a la vida, protegiendo no solo la existencia biológica, sino también otros aspectos derivados de ella, además, se argumenta que el ser humano, al vivir conforme a sus ideales y aspiraciones, merece una protección integral de su derecho a la vida, que incluye una total armonía entre vida digna, estable y saludable.

Por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de asegurar la prevención, detección temprana, el tratamiento de las enfermedades, procedimientos médicos, así como los medicamentos como parte de este derecho.

En Costa Rica, el derecho a la vida se extiende al derecho a la salud, estableciendo que el Estado tiene la responsabilidad de proveer y facilitar todos los tratamientos médicos necesarios para abordar enfermedades y promover el bienestar general.

El sistema legal del país enfatiza la atención médica estatal, considerándola una obligación prioritaria sobre la noción de cumplimiento gradual de este derecho, se reconoce que el acceso a la salud es fundamental para todos los ciudadanos y es el Estado quien debe

de asegurar los servicios médicos adecuados que abarquen desde la prevención hasta la atención de enfermedades terminales.

Lo anterior, incluye la provisión de medicamentos necesarios abordados desde los cuidados paliativos como la sedación, garantizando así una calidad de vida y el respeto por la dignidad, procurando de esta forma que la muerte sea respetada y preservada.

Por otra parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece en su artículo 25, que cada individuo tiene el derecho de tener un nivel de vida que garantice la salud y el bienestar tanto para sí mismo como para su familia, esto incluye aspectos como alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica y servicios sociales esenciales.

Conjuntamente, tienen derecho a recibir apoyo mediante seguros en situaciones como desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otras circunstancias que afecten su capacidad de mantenerse por sí mismos debido a eventos fuera de su control.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), reconoce en su cuerpo normativo el derecho a la salud, añadiendo el cuidado a la salud mental, siendo esto un punto clave en el ámbito general de la salud ya que además de proteger la salud física y su adecuado desarrollo, es importante cuidar la salud mental y velar por su correcto progreso.

El derecho a la salud no se limita únicamente a brindar tratamiento para la sanación y la continuación de una vida plena y satisfactoria, sino que va orientado además, a aquellas personas que se encuentren con una enfermedad o condición grave, terminal o incurable, otorgándoles el derecho de acceder a cuidados paliativos y medicamentos que alivien su

condición aunque no se pueda sanar, con el fin de procurar calidad de vida en los últimos días así como una muerte digna, lo anterior, encuentra su fundamento de acuerdo con el dictamen C-131-2011 de la Procuraduría General de la República, el cual indica lo siguiente:

En relación con el acceso a los medicamentos y la adopción de políticas públicas que aseguren tal acceso, permítasenos la siguiente cita: “El acceso a medicamentos es una condición básica para la atención de la salud, aunque no la única.

Esto significa que se trata de un componente fundamental de la prestación de servicios de atención directa a las personas y por lo tanto asegura el acceso a la salud.

Una política de salud orientada a la reducción de inequidades y particularmente a la reducción de brechas espaciales, debe procurar el acceso equitativo a medicamentos.

Ahora bien, con el contexto otorgado a lo largo del proyecto de ley en estudio, se puede continuar con el análisis de la ley a la que se pretendía llegar, la cual, constaba de seis artículos, en los cuales se intentaba regular el derecho a la eutanasia, así como la modificación de algunos preceptos del Código Penal.

De acuerdo con el artículo primero del proyecto de ley en mención, este, estaba orientado a otorgar una muerte digna y sin dolor a aquellos pacientes con enfermedades en fase terminal o crónicas, que fuesen degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida o que presenten un pronóstico de vida menor a seis meses.

Este primer artículo, tiene bastante similitud con lo que actualmente regulan la mayoría de los países del mundo en los cuales es legal la eutanasia, ya que esto es lo que genera la condición de intolerable para el paciente como para seguir soportando el dolor en vida.

Matamoros y Vílchez (2015), destacan como con el paso del tiempo la ética médica ha evolucionado, ya que hasta el siglo 20, esta era cuadrada e inflexible en el cual la relación era médico-paciente, siendo el médico una figura de poder más que de acompañamiento, pero con el pasar del tiempo, ahora el paciente tiene una participación mucho más activa, derivado de un conocimiento mucho más amplio respecto a sus derechos y deberes, haciendo valer su autonomía.

Igualmente, afirma que el desplazamiento de la ética tradicional hipocrática se debe a este cambio en lo que se percibe como ético o no, ya que la moral médica también puede estar basada en principios religiosos que han ido guiando las prácticas médicas al largo del tiempo, pero que de igual manera se han ido modificando a través de la época y la cultura en la que se analice.

Es aquí, donde entra la bioética, la cual ha venido evolucionando ampliamente, reconociendo la importancia de respetar la autonomía del paciente, lo que incluye la posibilidad de brindar apoyo médico éticamente aceptable para permitirle morir de manera digna y libre de sufrimiento abriendo un camino para la eutanasia como una posibilidad ética dentro de la profesión médica como lo es en los países en donde la misma se encuentra ya legalizada.

De acuerdo con el voto 01915-1992 de la Sala Constitucional, hasta ese momento Costa Rica no era del todo ajeno en lo que a muerte digna le respecta, pues en este voto se declaraba lo siguiente:

Hoy en día es reconocido que es la mayor cantidad de gente que puede morir sin dolor -gracias a los medicamentos que alivian al paciente-, que la que sufre en agonía el deterioro de la vida.

Por eso se habla también en este sentido del **derecho a morir con dignidad, no para hacer alusión a la conocida discusión de si el paciente con un proceso irreversible puede o no rehusar el tratamiento aun cuando le cause la muerte repentina o prematura, sino para referirse al derecho que también tienen quienes estando conscientes de que van a morir, han escogido morir con el tratamiento médico que les permita hacerlo sin dolor.**

Si este derecho existe, como efectivamente existe -al menos en estos términos- sería contrario a todo criterio de humanidad el negar el medicamento a un paciente que lo necesita para su alivio, y dentro de esta línea también lo sería obstaculizar el acceso.

El resaltado no pertenece al original.

La resolución 02679-1994 de la Sala Constitucional, expresa lo siguiente:

La amparada sufre un proceso de muerte, esto es, que según se ha constatado su enfermedad es irreversible. (...) Esto significa que el Hospital no puede negarse a darle a sí mismo la debida atención, esto es, no puede eximirse de ese deber dejando simplemente a la paciente en manos de familiares, amigos u otros ajenos que por

cualquier razón no quieran, no puedan o no estén dispuestos a aceptar el cuidado de aquella, o razonablemente no estén en situación de garantizarle que se le procurará el tratamiento adecuado en la fase terminal de su existencia.

**En tanto la paciente no decida ella misma otra cosa, o, en defecto de su voluntad, subsistan obstáculos para entregarla, en condiciones satisfactorias, a la atención de sus familiares, el Hospital debe proveer atención y cuidado por sí mismo, y está impedido de desembarazarse de la paciente a cuenta de que no se puede mantener a los pacientes con enfermedades terminales en forma indefinida. Esto contrariaría el derecho de la amparada a morir con dignidad, si morir es -en su actual estado de salud- su destino previsible.** El resaltado no pertenece al original.

De lo anterior, se extrae que desde entonces la jurisprudencia costarricense comenzaba a admitir un cambio dentro de lo que se consideraba ético o no, en ese momento específico en el ámbito médico, pues ya la vida no era considerada el principio esencial, sino todo lo que podría girar en torno a ella, como la integridad física, mental y la dignidad, incluyendo estos últimos en el fin de esta.

El artículo segundo del proyecto de ley en mención, hace referencia al derecho que posee el paciente a la atención, es decir aquellas facultades que tendría el paciente y sus familiares antes y durante el proceso, recalcado que primero el paciente tiene derecho a información clara respecto a sus posibilidades, donde se le explique que puede acceder a cuidados paliativos, sedación paliativa y un tratamiento integral al dolor.

Este último hace referencia a una atención multidisciplinaria, donde se trate al paciente no solo a través del medicamento, sino cuidando los aspectos psicopatológicos, físicos, sociales y espirituales, para de esta manera llevar una calidad de vida lo más plena posible.

Los pacientes, o bien sus familiares cercanos en caso de que el primero no pueda, tienen el derecho de renunciar voluntariamente a tratamientos, procedimientos, medicamentos o medios artificiales que prolonguen la vida de manera innecesaria, especialmente si afectan gravemente la calidad de vida en casos terminales.

Estos también tienen derecho a recibir información completa por parte del médico sobre su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento paliativo, así como sobre los riesgos existentes y consecuencias de rechazar el posible tratamiento.

Se garantiza el derecho a un segundo diagnóstico, además, los pacientes en fase terminal, pueden emitir un testamento vital o también llamado de voluntad anticipada, expresando su decisión de rechazar tratamientos innecesarios, mientras este aún cuenta con las capacidades necesarias para realizarlo, únicamente necesitando de dos testigos, finalmente, se reconoce el derecho de los pacientes a participar activamente en la toma de decisiones sobre su cuidado paliativo. En este sentido, tal como se ha indicado, los proyectos de ley y las consideraciones internacionales sobre la vida y su inviolabilidad, se han pronunciado ampliamente con respecto a la flexibilidad médica y ética.

## **De la voluntad anticipada y el derecho a decidir**

Sobre este aspecto, se reafirma la posibilidad que tienen los pacientes de emitir un documento haciendo valer su voluntad anticipada ante una enfermedad grave y/o terminal; esto porque, en muchas ocasiones debido a la condición de salud que enfrenta el paciente, conforme avanza su enfermedad, la persona va perdiendo capacidades, siendo esto un proceso desafiante para el paciente enfermo.

No obstante, gracias a la opción de emitir un documento de voluntades anticipadas, el paciente puede asegurar el continuo respeto a su dignidad humana y a sus decisiones iniciales las cuales fueron tomadas estando consciente.

Estas voluntades anticipadas comprenden instrucciones sobre tratamientos y disposición de su cuerpo y órganos, así como la posible designación de un representante en caso de que la persona no sea capaz de emitir su propio juicio debido a la comprometida condición de salud que enfrenta.

Actualmente, Costa Rica cuenta desde el año 2022, con la Ley N.º 10231, sobre voluntades anticipadas, no obstante, dos años más tarde, esta continua sin reglamento vigente y sin que se reconozca su validez legal.

El objetivo de esta norma es garantizar a las personas en pleno uso de sus facultades mentales expresar su voluntad de forma anticipada con relación a cualquier intervención médica para salvaguardar la vida o las funciones vitales, es un documento libre y voluntario de forma escrita con el cual se pretende que se respete su voluntad ante situaciones que no pueda manifestarla, sin que esto sea sinónimo de eutanasia activa.

En Estados Unidos, California, fue el primer estado en establecer una ley llamada “Ley de la muerte natural” como lo indica Jiménez (2016), esta tenía como fin el resaltar el derecho de las personas adultas a controlar sus decisiones ante enfermedades terminales, así como el derecho de hacer una declaración por escrito sobre la no aplicación o retirada de tratamientos en caso de que sus capacidades se vean limitadas debido a una enfermedad terminal.

Este documento de voluntades anticipadas, permite al personal médico conocer la decisión del paciente aun cuando más adelante debido a su condición de salud no esté en capacidades para manifestarla, siendo esto un punto de partida para respetar y proteger los intereses del paciente sin importar el avance de su enfermedad.

La autonomía para la toma de decisiones que presenta cada persona durante todo su proceso de vida debe de ser respetada también para el final de esta. La vida es un bien jurídico respetado y la muerte al ser parte de la vida no puede ser la excepción.

Matamoros y Vélchez (2015), agregan que la posibilidad de que el paciente en fase terminal pueda realizar un testamento vital, debería de cumplir con lo dispuesto por el artículo 583 y 585 del Código Civil de Costa Rica (1887) respecto a la forma del testamento y lo dispuesto en el artículo 41 del Código Notarial (1998), respecto a las formalidades por seguir con los testigos:

Con respecto al testamento abierto, cita el artículo 583.- Puede otorgarse testamento abierto:

1º.- Ante un cartulario y tres testigos; pero si el mismo testador escribe el testamento, bastan dos testigos y el cartulario.

2º.- Ante cuatro testigos sin cartulario; si el testador lo escribe; o ante seis testigos, si el testador no lo escribe.

Artículo 585.- El testamento abierto necesita las siguientes formalidades:

1º.- Debe ser fechado, con indicación del lugar, día y hora, mes y año en que se otorgue.

2º.- Debe ser leído ante los testigos por el mismo testador o por la persona que éste indique o por el cartulario. El que fuere sordo y supiere leer, deberá leer su testamento; si no supiere deberá designar la persona que haya de leerlo en su lugar.

3º.- Debe ser firmado por el testador, el cartulario y los testigos.

Si el testador no supiere o no pudiere firmar, lo declarará así el mismo testamento. Por lo menos dos testigos en caso de testamento ante cartulario, y tres en el de testamento ante testigos solamente, deben firmar el testamento abierto; el testamento mencionará los testigos que no firman y del motivo.

Todas las formalidades del testamento serán practicadas en acto continuo.

Es importante retomar del Código Notarial las condiciones de los testigos; Artículo 41.- **Condiciones de los testigos** Los testigos instrumentales y los de conocimiento deben ser mayores de edad, saber leer y escribir, así como no tener impedimento legal.

Matamoros y Vílchez (2015), señalan que, dentro del artículo segundo, existen conceptos que pueden resultar un poco abiertos, que deberían de haber sido mejorados en cuanto a su especificación, como en el caso de “aspectos psicopatológicos” o “atención negativa”

Otros países que poseen dentro de sus normativas vigentes el consentimiento de voluntades anticipadas son México, Colombia y España, el cual es emitido por medio de notario público y dos testigos, y tiene como fin que la voz del paciente enfermo sea escuchada tanto cuando posea la capacidad de emitirla, así como cuando debido a la condición de salud pierda las condiciones de emitirla.

### **Abordaje de los cuidados paliativos y toma de decisiones en pacientes menores de edad**

El artículo segundo establece que en el caso de pacientes menores de catorce años que necesiten cuidados paliativos, la responsabilidad de tomar decisiones recae en sus padres o tutores legales, en el caso de adolescentes menores de 18 años, se les consultará siempre antes de tomar cualquier decisión relacionada con su atención y condición médica.

En estos casos, Matamoros y Vílchez (2015), recomiendan que, ante la posibilidad de la aplicación de los cuidados paliativos, como lo menciona el artículo citado, debería informarse y tener la participación del Patronato Nacional de la Infancia, para velar por los intereses superiores de los niños y de las niñas.

El artículo concluye abordando la situación de las personas mayores de edad que se encuentran inconscientes o en coma, en estos casos, las decisiones serán tomadas por su

cónyuge e hijos mayores en primer lugar, si no tienen estos últimos, entonces sus padres serán los responsables y en ausencia de estos, la toma de decisiones recaerá en los familiares más cercanos por consanguinidad.

Dando continuidad al mismo proyecto de ley en mención, el artículo tercero define a los pacientes en estado terminal como aquellos que sufren de una enfermedad grave, diagnosticada de manera precisa por un médico especializado, esta enfermedad debe ser progresiva, irreversible y con un pronóstico fatal inminente o a corto plazo.

Además, la condición del paciente no es susceptible de ser curada por tratamientos probados y efectivos que puedan cambiar el pronóstico de muerte inminente, o cuando los tratamientos previamente utilizados ya no son eficaces para la condición médica.

En el artículo siguiente, se viene a definir lo que es una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, la cual hubiera sido la característica para tomar en cuenta para optar por el proceso de eutanasia, esta se refiere a aquella enfermedad que persiste durante un largo período de tiempo y que causa una pérdida significativa en la calidad de vida del paciente.

Esta enfermedad debe ser progresiva, lo que significa que empeora con el tiempo, y también irreversible, lo que indica que no se puede curar completamente o revertir su curso, además, la condición médica debe ser diagnosticada de manera adecuada por un médico especializado, lo que implica que se ha realizado una evaluación exhaustiva y precisa para confirmar la naturaleza y la gravedad de la enfermedad.

Con base a estos dos numerales Matamoros y Vélchez (2015), enfatizan la necesidad de establecer definiciones precisas y jurídicas para los conceptos "paciente en estado terminal" y "enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida", ya que las definiciones resultan bastante amplias, lo que podría haber causado incertidumbre en su posible aplicación y entrar en conflicto con los principios legales y de seguridad jurídica.

Finalizan añadiendo que, aunque por lo general no se recomienda que una ley incluya definiciones, en algunos casos es necesario para aclarar términos técnicamente complejos, argumentando que la falta de precisión en las definiciones puede resultar en interpretaciones subjetivas por parte de los operadores jurídicos y hacer que las disposiciones sean inválidas o sujetas a confusión.

Por lo tanto, ambos autores sugieren que se especifique claramente el significado de estos términos para evitar confusiones y asegurar una aplicación efectiva de la normativa.

Al mismo tiempo, proponen la opción de que en todos los casos se solicite una autorización judicial para verificar la autenticidad del consentimiento informado y garantizar que todas las partes involucradas se enfoquen exclusivamente en preservar la dignidad del paciente y su derecho a una muerte digna.

Esta medida busca otorgar validez legal al consentimiento de los familiares y del médico tratante los cuales pueden estar encargados de autorizar el fallecimiento de los familiares/pacientes con enfermedades terminales.

Ahora bien, el proyecto de ley en análisis pretendía además la modificación de los artículos 115 y 116 del Código Penal, en los cuales actualmente se encuentran tipificados los delitos de instigación o ayuda al suicidio y el homicidio por piedad.

Artículo 115.- Instigación o ayuda al suicidio. Será reprimido con prisión de uno a **cinco años** el que instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones graves, la pena será de seis meses a **tres años**.

Artículo 116.- Homicidio por piedad. Se impondrá prisión de seis meses a **tres años** al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aun cuando medie vínculo de parentesco. El resaltado no pertenece al original.

Con la aplicación de la ley, se pretendía que dichos artículos se modificaran de la siguiente manera:

Artículo 115.- Instigación o ayuda al suicidio. Será reprimido con prisión de **uno a tres años** el que, instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones graves, la pena será de seis meses a **dos años**. **Si la ayuda es por piedad y proviene de un médico tratante la pena será de dos meses de prisión.**

Artículo 116.- Homicidio por piedad. Se impondrá prisión de seis meses a **un año** al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de este aun cuando medie vínculo de parentesco. **Si**

**el acto es por piedad y proviene de un médico tratante la pena será de dos meses de prisión.**

Lo resaltado en ambos artículos, no pertenece al artículo original de la norma vigente.

Con base en lo anterior descrito, se puede observar una reducción en la pena en ambos delitos, así como la incorporación del caso en que fuera ejecutado por personal médico.

El artículo siguiente propone además que la ley propuesta sea reglamentada por el Ministerio de Salud, el cual debía de haber sido realizado en un plazo no mayor a seis meses desde la publicación de esta propuesta de ley.

Continuando con Matamoros y Vílchez (2015), quienes señalan que los artículos mencionados emplearon la frase "y proviene de un médico tratante", pero no definieron claramente qué se entiende por "médico tratante", lo que generó un concepto indeterminado.

Esta falta de claridad puede dar lugar a interpretaciones diversas y violar el principio de tipicidad en el derecho penal, esto puede conducir a inconsistencias en la aplicación de la ley y afectar la seguridad jurídica.

A través del Voto 01877-1990 de la Sala Constitucional, explica lo siguiente:

Los tipos penales deben estar estructurados básicamente como una proposición condicional, que consta de un presupuesto (descripción de la conducta) y una consecuencia (pena), en la primera, debe necesariamente indicarse, al menos, quién es el sujeto activo, pues en los delitos propios reúne determinadas condiciones (carácter de nacional, de

empleado público, etc.) y cuál es la acción constitutiva de la infracción (verbo activo), sin estos elementos básicos (existen otros accesorios que pueden o no estar presentes en la descripción típica del hecho) puede asegurarse que no existe tipo penal.

De todo lo anterior, puede concluirse en la existencia de una obligación legislativa, a efecto de que la tipicidad se constituya en verdadera garantía ciudadana, propia de un estado democrático de derecho, de utilizar técnicas legislativas que permitan tipificar correctamente las conductas que pretende reprimir como delito.

La eficacia absoluta del principio de reserva, como se indicó previamente, se encuentra establecido en el artículo 39 de la Constitución Política, solo se da en casos en que logra vincular la actividad del juez a la ley y es claro que ello se encuentra a su vez enteramente relacionado con el mayor o menor grado de concreción y claridad que logre el legislador al momento de emplearlo.

Por otra parte, en caso de que el Estado no cumpla con lo anterior descrito, caería en la lesión del principio de tipicidad, tal y como lo menciona la resolución número 06410-1996 emitida a las 15 horas del 26 de noviembre de 1996:

La función de garantía de la ley penal exige que los tipos sean redactados con mayor claridad posible, para que tanto su contenido como sus límites puedan deducirse del texto lo más exactamente posible... La precisión obedece a que si los tipos penales se formulan con términos muy amplios, ambiguos o generales se traslada ... al Juez, al momento de establecer la subsunción de una conducta a una norma, la tarea de determinar cuáles acciones es punibles, ello por el gran poder de absorción de la

descripción legal, y la claridad a la necesaria comprensión que los ciudadanos deben tener de la ley, para que así adecuen su comportamiento a las pretensiones de la ley penal.

### **Impresiones iniciales ante la presentación del proyecto**

De acuerdo con Jiménez (2014), hasta ese año, el tema no había sido tratado en Costa Rica; incluso, al momento de la presentación de ese proyecto, el único país en el mundo que admitía la eutanasia sin requisito mínimo de edad era Bélgica.

Además, manifestó que en realidad en aquella época el tema fue movido por el caso de Brittany Maynard, una mujer de entonces 29 años, que se convirtió en activista por el derecho a la muerte digna debido a que ella misma padecía un incurable y agresivo tumor cerebral, para el cual los médicos le dieron nulas esperanzas de vida, ante esto, Maynard tomó la decisión de acabar ella misma con su vida, alegando su derecho a escoger el momento y hacerlo rodeada de sus seres queridos.

En el año 2015, el medio informativo Elmundo.cr, anunció que de hecho el Colegio de Médicos y Cirujanos respaldó la eutanasia pasiva y el Proyecto de Ley Sobre Muerte Digna de Pacientes Terminales, destacando la importancia de permitir a los pacientes rechazar tratamientos que prolonguen su vida, pero aun así rechazando la eutanasia activa y sugiriendo modificaciones al proyecto de ley, como clarificar la responsabilidad de tomar decisiones médicas y revisar las penas por instigación al suicidio, además, se propuso utilizar el término "rechazar" en lugar de "desistir" en el proyecto de ley, para una mayor claridad de conceptos.

## **Segundo proyecto de ley – “Ley sobre muerte digna en pacientes en estado terminal”.**

### **Año 2019**

En el año 2019 se presentó un segundo proyecto de ley llamado, “Ley sobre muerte digna en pacientes en estado terminal” presentado por la también ahora exdiputada Paola Vega, el mismo fue tramitado bajo el expediente N.º 21-383 a pesar de que este segundo proyecto tenía objetivos similares al anterior, este segundo proyecto promovió el derecho a una muerte digna, sin diferenciar en exceso entre eutanasia, muerte por piedad o suicidio asistido, en última instancia, se trata de permitir una muerte digna para pacientes terminales o incurables.

De manera similar al proyecto de 2014, se aborda que el tema fue estudiado y abordado por el derecho penal bajo las figuras del "homicidio por piedad", la "instigación al suicidio" y la "tentativa de suicidio", la Sala Constitucional anuló este último mediante la sentencia N°14. 192 -2008, lo que se interpretó como un indicio de evolución y progreso en esta área.

Este proyecto se diferenció entre la eutanasia y el suicidio asistido, pues en el primer caso, se busca una muerte indolora a la persona que tiene una enfermedad incurable y terminal, la cual es provocada por el médico tratante o el propio paciente, pero con la colaboración del médico tratante.

Un punto de suma importancia es que se abordó en el Código Penal de 1941, en el artículo 189 el cual, establecía una pena de seis meses a diez años, con la posibilidad de reducción o suspensión condicional de la pena, basada en las circunstancias que motivaron al acto debido a un sentimiento de piedad.

En el artículo actual del Código Penal, bajo el número 116, se redujo la pena máxima a tres años, pero se permite el perdón judicial si se demuestra que se respondió a múltiples solicitudes de la víctima tal y como lo indica el artículo 93.6 de este, sin embargo, el proyecto sugiere que lo mejor sería una reducción aún mayor de las penas, esto para ajustarse a la percepción de injusticia hacia acciones motivadas por el sentimiento de piedad.

### **La vida considerada como un bien jurídico tutelado**

Respecto al derecho a la vida, se consideró que, además, debía ser conciliado con el derecho a la dignidad humana, el libre albedrío y el respeto a la autodeterminación personal, tomando en cuenta lo establecido por el artículo 28 de la Constitución Política, el cual expresa que solo se pueden restringir las acciones que afecten la moral, las buenas costumbres y los derechos de terceros.

Tras la declaración de nulidad e inconstitucionalidad del artículo 114 del Código Penal, se debatió el tema y hubo consenso en que el derecho penal no es adecuado para regular conductas relacionadas con atentados a la vida cuando el motivo no es antijurídico, es decir, cuando no se busca violar o desconocer bienes jurídicos relevantes, como en el caso del delito de tentativa de suicidio.

En ese momento se estimó pertinente que el suicidio debería ser regulado por el derecho de la salud en lugar del derecho penal, lo que llevó a declarar inconstitucional dicho delito, esto no impide que se puedan emitir regulaciones relacionadas con la salud.

Lo anterior encontrando su sustento jurídico a través de la jurisprudencia de la Sala Constitucional N. °14.192 del 2008, la cual ha sido mencionada en repetidas ocasiones y respecto al tema menciona:

De lo transcrito con relación al presupuesto de la imposición de la medida de seguridad, que como se dijo es la peligrosidad, la Sala observa que, en el caso de la tentativa de suicidio, no existe tal presupuesto porque por los motivos explicados en esta sentencia, tal acto no debe ser considerado como delito; lo que torna irrazonable tal medida dentro del Derecho Penal; resultando más adecuado al Derecho de la Constitución, que esta conducta sea regulada en el ámbito de la salud.

### **Derecho a la vida y su relación con el derecho a la salud**

En este proyecto, se abordan las diversas dimensiones que conforman la vida humana, incluyendo aspectos biológicos, culturales y espirituales, se reconoce que el derecho a la vida no solo se limita a la mera existencia física, sino que abarca también aspectos fundamentales de la experiencia humana, como la dignidad, la autonomía y la libertad.

Es importante tener en cuenta que el derecho a la vida se distingue de la mera condición de estar vivo, mientras que los seres humanos tienen este derecho reconocido legalmente, los animales no lo poseen de la misma manera.

Esto lleva a la reflexión sobre la naturaleza y el alcance de la vida desde una perspectiva jurídica, que implica un consenso entre los individuos sobre cómo se define y protege este derecho en el marco de las normas legales que rigen una sociedad.

En este sentido, el proyecto busca establecer una comprensión más amplia y profunda de lo que implica el derecho a la vida, y cómo este se relaciona con otras áreas del derecho y la ética, se reconoce la importancia de proteger este derecho, así como la necesidad de abordar cuestiones éticas y morales relacionadas con la vida y la muerte en el contexto de la legislación vigente.

Lo anterior toma en consideración lo estipulado en el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos y el artículo 21 de la Constitución Política.

El análisis de las actas de la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos de 1969 revela que el debate sobre el derecho a la vida se centró en la pena de muerte y su relación con los delitos políticos, es importante destacar que esta discusión no estuvo motivada por preocupaciones religiosas.

Asimismo, se señala que estos aspectos de pensamiento no influyeron en la normativa convencional superior y, por lo tanto, no se consideraron relevantes para propósitos legislativos, durante la conferencia, apenas se debatió sobre el origen de la vida, ya sea divino o biológico.

Este tema no se abordó desde una perspectiva religiosa o científica, sino estrictamente civil, esta aproximación es comprensible dado el contexto de la época, con dictaduras militares en varios países de América que violaban el derecho a la vida por motivos políticos, se enfatizó principalmente la inviolabilidad de la vida en relación con el estado y el respeto por parte de terceros.

Legalmente, la vida se considera un derecho del individuo y no una obligación, lo que implica que el suicidio no sea penalizado, bajo ciertas circunstancias, como en el caso de enfermedades terminales incurables, se considera legítimo ejercer el libre albedrío para vivir los últimos momentos de forma digna y tener una muerte digna.

Esta perspectiva civil, también se refleja en la normativa constitucional costarricense, la cual prohíbe la pena de muerte por diversos motivos políticos, una preocupación similar a la que llevó a la formulación de la norma sobre la vida.

Anteriormente, y de la misma manera en la que se señaló durante el análisis del proyecto de ley presentado en 2014, dentro de la Constitución Política estaba la posibilidad de la pena de muerte, en los casos de homicidio premeditado y seguro, traición y piratería, así hasta el 26 de abril de 1882, cuando esta disposición queda fuera y se concluye que la vida humana es inviolable.

Lo cierto es que tal y como lo indica el proyecto de ley en análisis, para ese momento no se tenían consideraciones religiosas respecto a la vida, lo que indica un precedente, respecto a la flexibilidad o matices que puede tener este derecho, así como sus consideraciones.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales (2019), establece en su artículo segundo:

El derecho de toda persona a la vida será protegido por la ley. La muerte no puede ser infligida intencionalmente a nadie, salvo en ejecución de una sentencia de pena

capital pronunciada por un tribunal en el caso en que el delito esté castigado por esa pena por la ley.

La muerte no se considerará infringida con contravención del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza absolutamente necesario:

- Para asegurar la defensa de cualquier persona contra la violencia ilegal,
- Para efectuar una detención legal o para impedir la evasión de una persona detenida legalmente,
- Para reprimir, de conformidad con la ley, una revuelta o una insurrección.

Referente a lo anterior, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), indica en su artículo sexto:

“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente...”

Por último, nuevamente se trae a colación el artículo cuarto de la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos (1981):

“La persona humana es inviolable. Toda persona tiene el derecho al respeto de su vida y de la integridad de su persona. Nadie puede ser arbitrariamente privado de ese derecho”.

Las anteriores consideraciones se realizan con el objetivo de enfatizar como diversas normativas reconocen la posibilidad de tomar decisiones sobre la vida en circunstancias especiales, como en el caso de enfermedades terminales dolorosas e

incurables, con el objetivo de vivir esos momentos finales de manera digna. la vida es una realidad biológica estudiada por la ciencia médica y biológica, pero no genera normatividad por sí misma.

Tampoco se evidencia que consideraciones filosófico-religiosas informen la normativa, tanto el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1970), como el artículo 21 constitucional no contemplan la vida desde una perspectiva religiosa.

Los opositores a la eutanasia argumentan que el derecho a la protección de la vida justifica negar otros derechos humanos, como el derecho a la salud, la autodeterminación y la dignidad.

La interpretación sistemática de la eutanasia no necesariamente conduce a la idea de que la vida no es disponible en una fase terminal, ya que algunos países en América y Europa admiten la eutanasia pasiva sin violar normativas internacionales sobre la vida.

El derecho comparado revela que no existe conflicto entre los textos convencionales e internacionales de derechos humanos y las regulaciones internas sobre la eutanasia en diferentes países.

### **Sobre el derecho a la salud y su relación con el derecho a una muerte digna**

En consonancia con las premisas establecidas por el primer proyecto de ley que aborda la regulación de la eutanasia, es esencial profundizar en el ámbito del derecho a la salud, en Costa Rica, este derecho se considera fundamental y subjetivo, lo que implica

que, cada individuo tiene el derecho y la facultad de solicitar los tratamientos médicos necesarios para preservar su bienestar y, en caso de padecer alguna discapacidad, para gestionarla de manera adecuada.

Es crucial destacar que este derecho no se percibe como algo que se alcance de manera progresiva, sino como un derecho concreto y exigible en sí mismo, desde esta perspectiva, las personas tienen la capacidad de reclamar tanto los tratamientos médicos indispensables para abordar sus enfermedades y condiciones médicas, como la opción de declinarlos si consideran que su prolongación conlleva un sufrimiento innecesario e incompatible con una vida digna.

El derecho a la salud no solo engloba la garantía de recibir una atención médica adecuada y oportuna, sino que también abarca el derecho a una muerte digna, esto implica que cada individuo tiene el derecho de decidir sobre su propia vida, incluso en las etapas finales y de rechazar tratamientos que prolonguen artificialmente su existencia si así lo desea.

En resumen, el derecho a la salud no solo es una garantía de acceso a la atención médica, sino que también, es un reconocimiento de la autonomía y de la dignidad de cada individuo en la toma de decisiones sobre su propia salud y bienestar, incluyendo la posibilidad de decidir sobre el final de su propia vida.

El proyecto de ley en análisis, al igual que el anterior trae a colación la normativa en la cual se puede ver reflejado el sustento jurídico de lo explicado anteriormente, como lo es la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) en donde como se ha

mencionado la salud es considerada como un estado completo de bienestar y lo expuesto ya antes mencionado emitido por la procuraduría general de la República en el pronunciamiento OJ-073-2011 el cual se abordó anteriormente en el pasado proyecto de ley.

**Resolución 01915-1992, de las 14 horas y 22 minutos del 22 de julio de 1992 Sala Constitucional**

En cuanto al derecho a la salud, es importante aprovechar el contexto que nos presenta el caso en estudio para aclarar que, si bien nuestra Constitución Política no contempla en forma expresa ese derecho -aunque sí se preocupa de regular expresamente los aspectos con ella relacionados, catalogados como parte de los derechos constitucionales sociales, como el derecho a la seguridad social-, no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que éste -el derecho a la vida- es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud.

La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan.

Se dice con razón, que el ser humano es el único ser de la naturaleza con conducta teleológica, porque vive de acuerdo con sus ideas, fines y aspiraciones espirituales, en esa condición de ser cultural radica la explicación sobre la necesaria protección

que, en un mundo civilizado, se le debe otorgar a su derecho a la vida en toda su extensión, en consecuencia, a una vida sana.

Si dentro de las extensiones que tiene este derecho está, como se explicó, el derecho a la salud o de atención a la salud ello incluye el deber del Estado de garantizar la prevención y tratamiento de las enfermedades.

### **Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25**

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad....

### **Convenio sobre los Derechos Económicos, Sociales y culturales, el artículo 12 indica**

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental..”

Como se observa, este segundo proyecto de ley se sustenta en muchos de los mismos principios que el primero, en el marco legal costarricense, se establece que el derecho a la vida abarca el derecho a la salud, con la responsabilidad del estado de proporcionar los tratamientos médicos necesarios.

Este enfoque legal es amplio y concreto, destacando la exigibilidad directa de este derecho ante la jurisdicción, por lo tanto, el derecho a la salud se considera fundamental

para todos los individuos, y el Estado debe de garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y medicamentos necesarios.

Resulta imperativo considerar esta premisa como base, ya que la salud representa una parte de suma importancia de los derechos que destacan a Costa Rica en el ámbito internacional, en un mundo cada vez más globalizado, donde los estándares de salud son objeto de escrutinio y comparación entre países, el compromiso con el acceso universal a la atención médica se convierte en una característica distintiva de una sociedad progresista y humanitaria.

Ahora bien, a continuación, se analizará lo relacionado con el contenido del proyecto de ley, sus artículos y recomendaciones a posibles modificaciones en la ley actual.

El artículo primero narra que el fin de la legalización de la muerte digna y la eutanasia fue el garantizar de manera total el principio de la autonomía de la voluntad, en el cual el paciente pudiera abordar las decisiones que le competen respecto a su propia salud para poder gozar de una muerte digna y sin dolor o bien la aplicación de la eutanasia.

Este proyecto propuso que lo anterior fuera aplicable en aquellas personas que presenten una enfermedad en fase terminal e irreversible, la cual signifique un alto impacto dentro de la calidad de vida, además este padecimiento podrá ser candidato para la muerte digna o eutanasia si el pronóstico de vida es igual o menor a seis meses.

Es importante recordar que contrario al proyecto de ley anterior, en este sí se buscaba la legalización de la eutanasia como parte del derecho a una muerte digna, a diferencia del primer proyecto, el cual se centró únicamente en el derecho al acceso a una

muerte digna con reducción de la pena en el homicidio piadoso y la instigación al suicidio, quizá como parte de un plan para preparar y suavizar el camino para en el futuro sí optar por la legalización de la eutanasia.

El siguiente artículo se refiere a diversas definiciones, como el encarnizamiento terapéutico, enfermedad en fase terminal, eutanasia y muerte digna, esto refleja que efectivamente se tomó en cuenta el abordar el tema de las definiciones, lo cual representaba un problema en el primer proyecto de ley, resultando en definiciones escuetas y demasiado amplias que a largo plazo podría resultar ambiguas o sujetas a interpretación.

De lo anterior, el proyecto de ley en estudio define:

### **Encarnizamiento terapéutico**

“Encarnizamiento terapéutico: procesos en los cuales se opta por medidas médicas extremas que no conducen a una mejoría en la persona con enfermedad en fase terminal, sino a retrasar su proceso de muerte.”

### **Enfermedad en fase terminal**

Enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por personal médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

## **Eutanasia**

Intervención deliberada para poner fin a la vida sin dolor de una persona que padece una enfermedad en fase terminal e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y con pronóstico de vida igual o menor a seis meses, ejecutada por el personal médico experto. El procedimiento específico tanto para tramitar la solicitud, así como para la ejecución será regulado por el Ministerio de Salud vía reglamento.

## **Muerte digna**

“Muerte que garantiza a la persona que se encuentra en la etapa final de su vida, un desenlace sin dolor y con asistencia clínica, farmacológica y psicológica deseada, independientemente de que esta sea por muerte natural o producto de la suspensión de tratamientos.”

El artículo tercero, establece los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales irreversibles que impactan significativamente en su calidad de vida y tienen un pronóstico de vida de seis meses o menos.

Estos derechos comprenden:

- El derecho a recibir información detallada sobre su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, así como los posibles riesgos y consecuencias.

Este primer supuesto también se encontraba en el primer proyecto de ley, sin embargo, el derecho al acceso a dicha información resulta de vital importancia para la toma de una decisión segura por parte del paciente y sus allegados.

- El derecho a solicitar un segundo diagnóstico.

Esto significa que una persona tendría la libertad de pedir la opinión de otro médico para confirmar un diagnóstico médico previo o para obtener una nueva evaluación de su estado de salud, brindando a las personas una mayor seguridad y confianza en la precisión de su diagnóstico, permitiéndoles tomar decisiones más informadas sobre su tratamiento médico.

- El derecho a participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento

Anteriormente, se mencionó que, con el paso del tiempo, el ejercicio de la ética dentro de la medicina se ha tornado mucho más flexible, este inciso permitiría al paciente involucrarse y que el médico escuche sus opiniones y deseos respecto a su salud y no tenga que limitarse únicamente a los juicios y decisiones que el médico tratante considere.

- El derecho a negarse a recibir tratamientos o procedimientos que prolonguen artificialmente la vida, siempre y cuando esta decisión sea tomada de manera voluntaria, reflexiva y basada en un sufrimiento insoportable sin expectativas de mejora.

A partir de que el paciente reciba una adecuada información sobre su situación, diagnóstico y pronóstico, podrá evaluar si desea continuar con el tratamiento y explorar las opciones médicas disponibles para prolongar su vida, aunque estas no garanticen la cura.

Esta decisión solo puede ser tomada con base en una información precisa y una reflexión profunda, sin embargo, la falta de cualquiera de estos elementos puede influir negativamente en los resultados de los tratamientos, la atención paliativa e incluso el acceso a la eutanasia.

- El derecho a recibir cuidados paliativos para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Este derecho implica que las personas tendrían el derecho de recibir cuidados paliativos, los cuales están destinados a aliviar el dolor y otros síntomas asociados con enfermedades graves o terminales, estos cuidados no buscan curar la enfermedad, sino proporcionar confort y mejorar la calidad de vida del paciente.

Además, estos cuidados también se extienden a la familia del paciente, ya que también pueden experimentar estrés emocional y necesitar apoyo durante este proceso difícil de duelo anticipado, en resumen, este derecho garantiza que tanto el paciente como su familia reciban el cuidado y el apoyo necesarios para enfrentar la enfermedad de manera más llevadera y digna, actualmente estas medidas son aplicables en el país y resultan una base importante dentro de la medicina costarricense.

- El derecho a solicitar la eutanasia, sujeto a la aprobación del médico tratante y basado en un consentimiento libre, informado e inequívoco. Este consentimiento puede ser expresado con anterioridad al diagnóstico terminal mediante documentos de voluntades anticipadas.

Aquí es donde este proyecto de ley comienza a tener diferencias con el primer proyecto, presentado en 2014, pues a pesar de que anteriormente se habló de la posibilidad de acceder a la eutanasia, dentro de este inciso es mucho más explícito y amplio.

Es importante tomar en consideración, que para haber podido realizar la eutanasia, era necesario que el paciente diera su consentimiento de manera libre, informada y clara, además, este consentimiento podría haber sido expresado antes de que el paciente se

encontrara en una situación terminal a través de documentos legales conocidos como voluntades anticipadas.

Estos documentos habrían permitido que una persona expresara sus deseos en relación con su atención médica en caso de que llegara a una situación en la que ya no pudiera comunicarse o tomar decisiones por sí misma.

- El derecho a cambiar de opinión y optar por otras opciones en cualquier momento.

Esta facultad es vital para mantener el respeto por la vida y la autonomía del paciente y de hecho como se ha podido observar a lo largo de la investigación, este supuesto ha sido llevado a la práctica en todos los países del mundo en los cuales la eutanasia y el suicidio asistido fueron aprobados por ley.

- El derecho a redactar un testamento vital que exprese la voluntad de tener una muerte digna, rechazar tratamientos innecesarios y designar un representante para tomar decisiones médicas en caso de pérdida de capacidad cognitiva. Los cuidados paliativos no se ven afectados por la decisión de rechazar tratamientos.

Dentro del inciso F, ya se hablaba de la posibilidad de que el paciente mientras aún se encuentre dentro de sus capacidades cognitivas y físicas dejase un documento de voluntad anticipada respecto a las decisiones sobre su salud, en el presente inciso se recalca que el paciente puede incluso dejar a una persona encargada sobre las decisiones sobre su salud sin que esto afecte que el paciente tenga el derecho de recibir los cuidados paliativos que le son derecho por ley.

Los artículos cuarto y quinto del proyecto establecían la premisa del testamento vital, el cual requería que dicha voluntad anticipada fuera realizada ante notario público y en presencia de dos testigos, este documento debía ser de fácil acceso para el médico tratante para cumplir con las disposiciones del paciente en la medida de lo posible respecto a su salud.

En caso de que el paciente no pudiera preparar el documento debido a una falta de capacidad motora o psicológica, entonces las decisiones podrían haber sido tomadas por su cónyuge, pareja, hijos mayores o, en su ausencia, sus padres y otros familiares cercanos por consanguinidad, sin embargo, siempre se habría considerado la opinión del paciente en la medida de lo posible

Por último, el proyecto de ley pretendía la prohibición del encarnizamiento terapéutico, Samperio (2020), lo define como la persistencia de aplicación de medidas terapéuticas, las cuales pueden ser beneficiosas en algunos enfermos, mientras que no así para otros, tal como el caso de aquellos pacientes que tienen un pronóstico de vida no mayor a seis meses y el tratamiento lejos de darles un beneficio, solo les causa sufrimiento o simplemente el beneficio es nulo, impidiendo que el paciente pueda acceder a tiempo y de manera exitosa a los cuidados paliativos.

Dentro del proyecto de ley se pretendía prohibir lo anterior otorgando una sanción ante el colegio profesional al que se encuentre adscrito y un proceso administrativo ante la institución para que labore.

Samperio (2020) añade que primero debe realizarse una correcta valoración clínica para poder elegir el tratamiento y manejo más adecuado para cada enfermo, siempre con la orientación a provocar el menor dolor posible, suprimir síntomas molestos y sufrimiento, a través del acompañamiento y cumpliendo con las necesidades básicas del paciente. En este sentido, cabe recordar el juramento hipocrático que realizan los médicos es en favor de las personas enfermas y su bienestar, concordando con Samperio (2020) en provocar el menor dolor posible, sobre todo en cuanto la integridad física.

### **Consideraciones jurídicas**

Respecto a este proyecto de ley la Procuraduría General de la República a través de la opinión jurídica OJ-049-2020, considera que el tema de la eutanasia puede resultar sensible dentro del país, pues engloba temas desde el punto de vista ético, religioso y personal.

Sin embargo, una acotación importante es que dicho proyecto está orientado a la realización de la eutanasia pasiva y activa, de manera pasiva al prohibir el encarnizamiento terapéutico, a través de que el paciente pueda decidir sobre si continuar o no con su tratamiento.

Además, en este pronunciamiento se recalca que muy distinto a lo presentando en el proyecto de ley del año 2014, en este no se esclarece las medidas a tomar respecto a los numerales 115 y 116 del Código Penal, referentes a la instigación al suicidio y al homicidio por piedad.

El proyecto al no sugerir como modificar estos numerales significaría una contraposición respecto a lo que se pretende legalizar y a lo dispuesto por la normativa y con esto surge la duda ¿Cómo puede regularse y legalizarse la eutanasia activa en Costa Rica, si por otro lado se encuentra el acto penalizado por una ley?

Posiblemente los proyectos de ley que se han presentado tengan la intención de mejorar la calidad de vida de los pacientes con condiciones graves y terminal procurándoles una muerte digna a través de la decisión de poder decidir el momento en el cual querían morir o desistir de su tratamiento para así poder vivir sus últimos días como lo consideren mejor, buscando paz y alivio.

Sin embargo, como se ha podido observar dentro de este análisis, ambos proyectos presentan deficiencias respecto al cómo se llevarían a cabo dichas disposiciones, pues en el caso del proyecto de ley presentado en 2014, aunque solo pretendía legalizar la muerte digna a través de la eutanasia pasiva, los conceptos que este proveía, parecían ser demasiado amplios como para que no cayeran en algún tipo de conflicto con problemas que pudieran presentarse en el futuro.

Mientras que este segundo proyecto, el cual fue presentado en el año 2019, deja contradicciones entre las normas por crear y las existentes, tal es el caso además de los artículos 3 y 5, la Procuraduría General de la República a través de la opinión jurídica OJ-049-2020, señala que existe una contradicción entre estos numerales, pues el proyecto de ley presenta una ambigüedad en cuanto al consentimiento para la eutanasia.

Aunque inicialmente se exige un consentimiento libre e informado mediado por un documento de anticipación de voluntades o un testamento vital en el artículo 3, posteriormente, se plantea la posibilidad de autorizar la eutanasia sin dicho documento, esto se aplica a pacientes inconscientes, en coma o sin capacidad cognitiva, permitiendo que su familia en el orden que lo plantea el numeral, otorgue el consentimiento en su nombre.

Esta falta de distinción entre eutanasia pasiva y activa genera confusión sobre los requisitos del consentimiento anticipado del paciente, lo que podría generar cierta discrepancia con términos constitucionales, como por ejemplo, la autodeterminación personal, la cual no podrá ser llevada a cabo si no se le toma en cuenta cuando no exista dicho testamento vital.

Respecto a lo anterior el informe DH-CV-0725 -2019, de la Defensoría de los Habitantes, dispone lo siguiente:

El testamento vital es un derecho fundamental de los usuarios de salud que debe estar previsto y adecuadamente regulado en una ley de la República.

Se trata de una voluntad anticipada o una directiva previa a la cual se tiene derecho con el fin de dejar instrucciones acerca del momento en que se llegue a situaciones en cuyas circunstancias no se es capaz de expresar dicha voluntad personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de la salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos de este, o de su propia vida.

Las instrucciones previas se fundamentan en el principio de autonomía de la persona del que hemos hecho referencia en este criterio, que en la actualidad inspira toda

actuación en el ámbito sanitario y que se ha constituido en principio rector de la práctica médica frente al principio de beneficencia.

No puede ser considerado como testamento vital, aquel que se autoriza ante un notario, como equivocadamente lo propone este proyecto, por constituir esta una barrera de acceso a este derecho, lo conveniente es crear un mecanismo seguro, fidedigno, unívoco, serio y por escrito en el cual conste la voluntad de la persona, lo cual puede quedar constando en un registro único estatal.

Los Estados Unidos de América, España, Argentina, Uruguay, México y Países Bajos, cuentan con un registro nacional de instrucciones previas de las personas que así lo han estipulado.

Otra consideración importante es lo relacionado con la ambigüedad respecto a la eutanasia pasiva, pues tal y como se ha dicho, parece que el proyecto pretende hacer una distinción respecto a la eutanasia pasiva y activa, sin embargo, no lo hace de manera expresa.

Por último, contrario al proyecto de ley presentado en el 2014, este omite indicar lo que sucedería en el caso de las personas menores de edad con respecto a la eutanasia, ni siquiera es clara en mencionar si es que únicamente sería aplicable en mayores de edad, por tanto, las garantías, circunstancias y consideraciones respecto a los menores de edad resulta no solo ambigua, sino que también inexistente.

En la sesión ordinaria 41-19 del 22 de octubre de 2019, el Colegio de Abogados emitió una serie de consideraciones respecto al proyecto de ley mencionado y enfatizó

cómo la aprobación de una ley que regule la eutanasia podría entrar en discrepancia con lo establecido en el artículo 21 de la Constitución Política, que establece la inviolabilidad de la vida.

Además, resaltó que el proyecto de ley en cuestión no hace una distinción clara entre la eutanasia activa y pasiva. Esta falta de distinción genera ambigüedad en cuanto a si el proyecto podría o no estar en contradicción con la Constitución.

Se ha considerado un punto importante que la ambigüedad en torno al encarnizamiento terapéutico puede llevar a la falta de claridad en la toma de decisiones, aunque la normativa actual permite cierta flexibilidad para tomar decisiones, no proporciona una guía clara sobre cómo manejar esta situación en particular.

En el análisis del proyecto de ley presentado en 2014, se destacó la importancia de que la normativa contenga definiciones claras sobre los procedimientos, sin estas definiciones claras, puede generarse confusión respecto a si un tratamiento es realmente necesario y urgente o si en realidad constituye un encarnizamiento terapéutico.

Es crucial poder distinguir entre los tratamientos que pueden mejorar la calidad de vida de un paciente con una enfermedad terminal y aquellos que solo prolongan el sufrimiento sin ofrecer beneficios significativos.

Como recomendación, en la sesión ordinaria 41-19 del 22 de octubre de 2019, el Colegio de Abogados, consideró que, de ser aprobada la eutanasia, entonces también debería existir el derecho del personal médico a la objeción de conciencia dentro del marco legal propuesto y la consideración de que, solo personas costarricenses son las que pueden

optar por este procedimiento, tal y como lo regulan distintos países del mundo donde la eutanasia es legal.

Respecto al proyecto de ley presentado en el año 2019, la Defensoría de los Habitantes a través del informe DH-CV-0725-2019, consideró que el derecho a una muerte digna pudiera verse como un tratamiento terapéutico más, considerando que es esencial que el médico planifique cuidadosamente las opciones terapéuticas, diferenciando entre las destinadas a curar y las que buscan aliviar síntomas. Posterior a esto, se busca acordar con el paciente las medidas aceptables considerando su salud, pronóstico y preferencias, es crucial escuchar las preferencias del paciente, ya sea a través de la anticipación mediante la voluntad anticipada o en cualquier otro momento, incluso si opta por no recibir tratamiento y busca una forma lícita de poner fin a su vida, en este contexto, el proyecto considera la muerte con dignidad como una opción legítima. Además, dentro del mismo informe se considera que puede resultar contradictorio que en Costa Rica no se encuentre legalizada la eutanasia, pues esta se encuentra estrechamente ligada a morir con dignidad y no considera prudente que al paciente se le niegue dicho procedimiento aun cuando dentro del marco legal costarricense actual no existe la obligación de soportar el dolor de una enfermedad terminal, grave e incurable hasta el fin de los días, según lo dispuesto por el Código Civil.

Costa Rica, actualmente permite a las personas decidir sobre el tratamiento médico que desean recibir, ya sea para prolongar la vida o para evitar el sufrimiento, esta libertad se basa en el principio de autonomía de la voluntad y requiere una información y clara completa sobre las opciones disponibles.

Es crucial que cualquier regulación sobre estos temas, como los cuidados paliativos, la muerte digna y la eutanasia, sea cuidadosamente diseñada y establecida por ley, sin dejar aspectos importantes a regulaciones secundarias.

Es necesario garantizar un sistema que proteja la seguridad y la ética detrás de las decisiones médicas, evitando abusos y excesos, esto podría lograrse mediante la creación de una comisión independiente que evalúe las solicitudes relacionadas con la suspensión de tratamientos, sin embargo, en el caso del proyecto de ley en análisis, no se aborda este aspecto de manera adecuada conforme el fin propuesto.

Aunque la suspensión de tratamientos es aceptada en una cantidad considerable de países, debe regularse estrictamente para evitar posibles abusos, es fundamental establecer claramente en qué casos esta medida es aplicable, una cuestión que el proyecto actual no aborda de manera suficiente.

Respecto a la objeción de conciencia, es importante que esta siempre sea tomada en cuenta, pues de lo contrario, iría en contra de los derechos a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

Respecto a lo anterior, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), en su artículo 18, dispone lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus

creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.

Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

### **Impresiones iniciales ante la presentación del proyecto**

Con relación al proyecto de ley en cuestión, la exdiputada Paola Vega, mencionada por Cordero (2019), expresó su satisfacción al ver que el proyecto de ley que presentó en 2019 fue objeto de discusión y análisis, a diferencia del presentado por los también exdiputados Desanti y Arguedas.

Sin embargo, según Ruiz (2021), dicho proyecto de ley fue archivado por un gran grupo de diputados, obteniendo únicamente el voto a favor de Enrique Sánchez, en ese momento presidente del Poder Legislativo y diputado oficialista.

En contra votaron los entonces diputados liberacionistas Paola Valladares y Gustavo Viales, la diputada socialcristiana María Vita Monge, y los diputados independientes Dragos Dolanescu y Nidia Céspedes, en relación con esto, Céspedes celebró el archivo del proyecto, argumentando que en su opinión podría propiciar homicidios.

Cabe resaltar que, dicho proyecto no fue objeto de una discusión amplia, lo cual fue lamentado por Vega, quien consideró que el proyecto merecía un análisis y discusión más detallados y ni siquiera llegó a ser tema de debate público. Respecto a lo anterior Vega, mencionada por Ruiz (2021), expresó su sentir:

El tema de la muerte digna es un gran pendiente en Costa Rica, así como en otros países del mundo, hay países que ya están tomando la delantera que están aprobando o ya han aprobado esta práctica que no es más que garantizar derechos humanos en gran momento de alta vulnerabilidad y dolor,

Por otra parte, Zelaya (2020), expresó lo siguiente:

El proyecto denominado Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia, que impulsa la Diputada Paola Vega, a pesar de las buenas intenciones, contiene serias deficiencias técnicas.

Puedo anticipar, por la ligereza del proyecto, que será muy difícil superar los filtros políticos y de legalidad ante la comisión legislativa a cargo, y los de constitucionalidad en caso de llegar a plantearse una consulta ante la Sala Constitucional.

Es más práctico afiliarse a la interpretación jurídica de la no tipificación penal en los casos de ayuda o asistencia al suicidio e impulsar una reglamentación o, incluso, sería una alternativa -quizás menos complicada- despenalizar el delito de homicidio por piedad, que llevar adelante exitosamente dicho proyecto, cuyo objetivo es legalizar la eutanasia y con mayor razón el trayecto se torna titánico, cuando se sabe

de antemano que deberán sortearse muchísimas objeciones, de toda índole mediante las cuales se intentará boicotear el proyecto de ley a toda costa, por lo que es estratégicamente necesario darle los suficientes blindajes que faciliten la aprobación legislativa.

El experto en bioética, Alejandro Marín mencionado por Ávalos (2019), recalca la importancia de que el personal médico se encuentre abierto a la posibilidad de ayudar a morir a aquellas personas que ya no tienen una salida terapéutica o curativa, señalando la importancia de dejar atrás el encarnecimiento terapéutico, ya que dichas acciones en muchas ocasiones únicamente retrasan el proceso natural de la muerte, respecto a lo anterior, Marín mencionado por el mismo autor (2019), externó:

En los últimos años se ha medicalizado la muerte. Cuesta más morir. Tenemos toda una serie de dispositivos tecnológicos médicos que dan como resultado el encarnecimiento terapéutico. Ese es el miedo que tenemos todos.

Desgraciadamente, la Medicina ha llegado tan largo que no sabemos cuándo detenernos e incurrimos al encarnecimiento terapéutico aplicando tratamientos fútiles.

Sin embargo, no todas las personas están a favor de regular la eutanasia, es importante recordar que, de acuerdo con el artículo 75 de la Constitución Política, aunque existe libertad de culto, la religión oficial en Costa Rica es la católica.

En 2019, la Iglesia Católica emitió un comunicado en el que rechazaba por completo el proyecto de ley propuesto por la exdiputada Pola Vega, defendiendo la vida como inviolable y considerando la eutanasia como un acto de homicidio.

Llobet (2020), menciona que, en la Carta de Los Agentes Sanitarios de 1994, la Iglesia Católica admitió la muerte cerebral, mientras se referían a la extracción de órganos, explicando que, para poder llevar a cabo dicho procedimiento, bastaba con la comprobación por parte del médico tratante de que la persona donadora tenía muerte cerebral.

Ante esto, el obispo de la Conferencia Episcopal, Mauricio Granados, citado por Cordero (2019), expresó:

Al ser la vida humana un don tan grande pretender dominio sobre ella trae consigo un desmoronamiento de la ética social. La sociedad no puede quedar indiferente ante la posibilidad de “matar” a una persona. La violencia que toleramos en tantas formas ya nos habla de esta pobreza social, que la eutanasia agravaría. Las leyes en favor de la eutanasia solo agravan la cultura de la muerte.

Podría considerarse que Costa Rica no está necesariamente cerrada a la idea de un proyecto de ley para la legalización de la eutanasia, sin embargo, resulta imperativo la implementación de un proyecto de ley lo suficientemente sólido como para superar los filtros políticos.

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, la ambigüedad en los conceptos y la ausencia de regulación en aspectos críticos, como la situación de los menores de edad, o las posibles contradicciones con la legislación actual, tanto dentro de la propuesta como en

la legislación vigente, parecen obstaculizar que la eutanasia sea siquiera considerada en la legislación costarricense, al menos en un futuro cercano.

Por último, es crucial considerar que, como se mencionó previamente, Costa Rica se caracteriza por su profunda influencia religiosa, no obstante, esta predisposición religiosa debe ser abordada con imparcialidad en el aspecto médico para evitar malentendidos entre conceptos como la "eutanasia" y el "homicidio".

Es esencial que se analice este tema desde una perspectiva objetiva, que tome en cuenta aspectos éticos y no solo las creencias religiosas, debe considerar los aspectos legales asociados con la eutanasia, sin dejar de lado el objetivo principal el cual es la muerte digna. La inclinación religiosa de Costa Rica no puede ser ignorada, pero tampoco debe dominar el debate sobre la eutanasia, es fundamental que se fomente un diálogo inclusivo y respetuoso que permita la expresión de diversas opiniones y creencias, además, es importante reconocer que la eutanasia es un tema complejo que va más allá de consideraciones puramente religiosas, involucrando aspectos médicos, éticos y legales.

Al abordar este tema desde una perspectiva imparcial, se puede promover un debate informado y constructivo que tenga en cuenta las necesidades y los derechos de todos los ciudadanos, independientemente de sus creencias religiosas, esto contribuirá a la formulación de políticas públicas más equitativas y respetuosas con la diversidad de opiniones en la sociedad costarricense.

## Conclusiones

Partiendo de la investigación realizada, es de suma relevancia considerar la eutanasia desde la perspectiva de los derechos humanos, siendo esto un tema de gran interés dentro de la actual dinámica social costarricense, el cual requiere un equilibrio entre varios principios, derechos y valores fundamentales.

Como bien se desarrolló en varios apartados anteriormente, la autonomía de la voluntad y el derecho por la dignidad humana propone que cada ser humano tiene el derecho de decidir sobre su vida y protegerla, no obstante, es crucial el que se pueda disponer de ese mismo derecho ante la culminación de la vida, en donde sea posible decidir la forma y bajo cuales circunstancias llevar sus últimos días, claro está en situaciones excepcionales contempladas por el ordenamiento jurídico costarricense.

La eutanasia, trae a colación un debate de interés a nivel general, el cual resalta la necesidad de buscar un equilibrio necesario entre los derechos individuales de cada ser humano, así como la protección de los valores y principios fundamentales expuestos en la sociedad costarricense, además, plantea desafíos significativos que requieren especial atención a los derechos humanos, los valores éticos, así como la realidad social y cultural del país.

La viabilidad jurídica de la eutanasia en Costa Rica requiere de un enfoque integral que reconozca no solo los principios éticos, sino que abarque los derechos humanos fundamentales con el fin de encontrar un equilibrio justo que respete la autonomía individual de cada persona, en donde cada decisión sea respetada sin dejar de lado la protección al valor más íntimo tutelado que es la vida humana.

Costa Rica ha sido partícipe de varios tratados internacionales, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos por mencionar algunos. Estos tratados protegen el derecho a la vida y la dignidad humana, no obstante, no determinan una posición sobre la eutanasia o muerte digna de manera explícita, lo cual deja un vacío libre y debido a esto permite que se generen diversas interpretaciones tanto a nivel personal como religioso y moral.

El derecho a optar por una muerte digna va más allá que tener a disposición sedantes para continuar la vida de forma “normal”. Para muchas enfermedades no existe médicamente una cura viable o un medicamento específico que aborde la condición de salud, siendo la solución actual el mantener sedado al paciente para que no sufra dolor, sin embargo, el vivir bajo los efectos de los medicamentos se aleja mucho de lo que se pueda considerar como una muerte digna o una calidad de vida.

Es una realidad que el paciente tiene opciones para decidir si no está de acuerdo con ser sometido a diversos tratamientos o procedimientos médicos, pero esto no significa que su integridad no sea vulnerada al tener que depender de distintos fármacos, muchas veces en abundantes cantidades con tal de disminuir temporalmente los síntomas de su enfermedad.

Dentro del marco legal y cultural, Costa Rica, mantiene la postura de proteger el derecho a la vida y la dignidad humana como un principio fundamental, posición la cual está actualmente regulada dentro de la Constitución Política en el artículo 21, así como en diversas normas jurídicas, acuerdos y tratados.

Lo anterior, plantea un desafío para quienes defienden y promueven la legalización de la eutanasia de una forma activa y voluntaria como un derecho legítimo de todo ser humano para decidir sobre su propia muerte y el cómo llevar sus últimos días, con calidad de vida, de forma consciente y sin dolores que le atormenten al final de la vida.

Actualmente, la eutanasia activa no está permitida dentro del marco jurídico costarricense, contrario a esto, es un acto punible regulado dentro del Código Penal, considerado como un homicidio para quien asiste así sea la persona quien suplique y pida que se realice el acto.

Para considerar la eutanasia activa y voluntaria como un acto viable, es necesario que la persona goce de capacidad jurídica, sin dejar de lado a las personas menores de edad o a las personas con discapacidad, quienes están representados por sus representantes legales, además, debe estar enfrentando una enfermedad grave, terminal y/o incurable la cual sea degenerativa y le provoque un dolor o sufrimiento intenso, siendo esto necesario para así evitar caer en un acto meramente de suicidio u homicidio.

Cuando se habla de un dolor o sufrimiento intenso, es común pensar en la existencia de tratamientos o medicamentos para la condición que sufre el paciente y la forma paliativa de cómo aliviar el dolor, no obstante, no se puede encasillar una enfermedad a un tratamiento específico, ya que no todos los organismos funcionan de la misma forma y muchos medicamentos, como se abordó anteriormente, son muy fuertes y adictivos, provocando un daño mayor al paciente; dañando otros órganos o creando dependencia.

El tener que abordar una enfermedad a base de sedantes, coloca la calidad de vida en un segundo plano, debido a que el paciente vive dependiendo de un fármaco que lo mantiene “sin dolor”, sin embargo, se crea una necesidad la cual termina provocando otras afectaciones, privando al paciente de una calidad de vida, una muerte digna o vulnerando su integridad.

Dentro del marco jurídico costarricense, la eutanasia plantea diversas interrogantes sobre los límites existentes para salvaguardar el bien jurídico tutelado que es la vida, así como para colocar el bienestar de las personas por sobre cualquier otra necesidad, no obstante, es de gran valor resaltar que la eutanasia no es sinónimo de suicidio u homicidio, contrario a esto, es un acto consciente decidido por el propio paciente terminal con el fin de liberarse de su cuerpo enfermo y no sufrir más debido a la condición que presenta, al no presentar ninguna mejoría con el tratamiento o al reconocerse que no existe forma alguna a nivel de medicamento para mejorar su estado de salud, su realidad se convierte en estar enfrentando una enfermedad incurable.

Todo país que desea regular la eutanasia dentro de su marco normativo debe de considerar el respeto a la dignidad de cada paciente, considerado como sujeto de derechos y no objeto de investigaciones previniendo el abuso de la práctica médica garantizando que toda decisión tomada por el paciente sea consciente, informada y libre, sin factores externos que comprometan su decisión o actuación.

Actualmente, es una realidad que la desinformación de muchas personas, permiten que la eutanasia activa siga siendo considerada como un tema tabú, ya que se asocia a una muerte deliberada a cargo de familiares, amigos o de la misma persona enferma,

únicamente por presentar una enfermedad; no obstante, debido a esa mal información, es que muchos pacientes enfermos terminales se ven obligados a sufrir inexplicablemente dolores intensos y desgastantes, los cuales deterioran, no solo su salud física, sino que también emocional y mental.

En muchas ocasiones, los familiares del enfermo terminal se aferran a la idea de no dejarlos partir, manteniendo un pensamiento egoísta de tenerlos aún a su lado, sin importar bajo las condiciones que vivan estos, los cuales, en contra de su voluntad, sufren tratamientos, procedimientos o medicamentos extremos los cuales, en lugar de provocar una mejoría en su condición, ponen en riesgo su salud y atentan directamente contra su calidad de vida, ya deteriorada por su patología y efectos.

La eutanasia no es el “boleto dorado” para andar por la libre acabando con la vida de las personas enfermas o una vía para liberarse de la responsabilidad que conlleva cuidar del paciente; todo lo contrario, es la puerta a la libertad de muchos pacientes en estado terminal los cuales desean voluntariamente soltarse de esa afección y acabar con los días de dolor y sufrimiento intenso. Tampoco debe entenderse como suicidio, ya que no es un acto deliberado de querer morir sin una razón de peso, sino que es una decisión valiente y consciente por parte de la persona que vive la enfermedad de poner fin a su agonía.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la eutanasia podría considerarse como parte del derecho de autodeterminación, en donde la persona de forma consciente puede decidir por sobre su propia vida y muerte o puede emitir un documento para que un representante tome esa decisión en caso de que sus funciones básicas se vean limitadas por la enfermedad o condición.

La protección a la vida es fundamental por parte de los derechos humanos, en donde la vida es el valor esencial para que los demás derechos nazcan a la vía jurídica, dotando al ser humano de autonomía, para que pueda tomar sus propias decisiones, y a la vez ser responsable de estas, así como es capaz de tomar sus elecciones sobre el rumbo que ha de tomar su vida, es relevante que también posea esa libertad para elegir sobre su propia muerte de forma manifiesta y legítima, permitiéndose liberarse del dolor y del sufrimiento con tal de mantener su dignidad íntegra, así como tener calidad de vida en sus últimos momentos de la vida.

El rol que desempeña la bioética, con relación al contexto de la eutanasia, es de suma importancia, ya que es necesario abarcar el tema desde un enfoque ético y moralmente responsable, donde esta permite la creación de un marco regulatorio con el fin de proteger la integridad de cada ser humano de forma individual, el cual, asimismo, está intrínsecamente ligado al cumplimiento del respeto de la autonomía de cada paciente, los derechos humanos y sus valores fundamentales.

Además, la bioética es fuente de conocimiento, estrechamente ligado a los principios éticos y a las normas jurídicas, al permitir que la ciencia avance en sus investigaciones, sin dejar de lado el respeto por el factor humano, el cual es partícipe clave en el desarrollo de nuevas estrategias, técnicas, tratamientos y demás avances en el sector salud, considerando la importancia de promover una atención médica más humana, sensible y ética, centrada no solo en el paciente sino también en sus familiares.

Los principios de la bioética funcionan como pilares para evaluar las diversas dimensiones de la eutanasia garantizando que las decisiones con el final de la vida se tomen

de manera informada, consciente, clara y siempre respetando y protegiendo la autonomía y la dignidad de paciente en todo momento en busca de una muerte digna y el respeto por la autodeterminación.

La relación existente entre bioética, eutanasia y derechos humanos, permiten el desarrollo de diversos marcos normativos los cuales, con base a los principios bioéticos, permiten salvaguardar y regular los derechos de los pacientes en estado terminal, siempre, a la luz del respeto de sus derechos, desde un enfoque integral, equilibrado y consciente, tanto en la realidad actual como en el ámbito legal y social.

En síntesis, la aplicación de la eutanasia de forma activa y voluntaria en Costa Rica conlleva a un sinfín de reacciones y preocupaciones a nivel social, en donde la falta de regulación y el que se considere, a la fecha, como un acto punible, genera controversias entre los que abogan por una pronta regulación de este acto.

Como es bien sabido, la vida es un bien jurídico tutelado de máximo interés, no obstante, no es posible condenar o limitar a los pacientes terminales a vivir bajo condiciones inhumanas de dolor o malestar con el único objetivo de que sobreviva, dejando de lado la calidad de vida de manera digna y compasiva y todo posible derecho de decidir por cuenta propia el cómo terminar sus últimos días en busca de una muerte digna, haciendo valer su autonomía y capacidad jurídica.

Es entendible, que la eutanasia provoque ciertas dudas sobre los desafíos que puede traer consigo la regulación de forma activa y voluntaria de la misma dentro del marco normativo costarricense, no obstante, es necesario la creación de un reglamento específico

y detallado con tal de eliminar ese vacío legal existente, el cual no posea contradicciones con otras leyes ni incertidumbres sobre el modo de aplicación, esto con el objetivo de evitar abusos o una mala praxis por parte del personal multidisciplinario de la salud.

La viabilidad jurídica de la eutanasia activa en Costa Rica depende de la capacidad que posee el país para desarrollar un marco normativo viable y completo, que sea capaz de formar un equilibrio entre el respeto por la autonomía individual con la protección de la dignidad humana. Aunque actualmente la eutanasia activa es ilegal, un adecuado abordaje del tema, así como una evolución en la interpretación de los derechos humanos y posibles reformas legales, podrían abrir camino hacia su viabilidad, siempre y cuando se consideren las garantías necesarias para proteger, no solo la vida humana, sino en conjunto la dignidad de cada individuo.

La experiencia de otros países, como se logró evidenciar en apartados anteriores, demuestra que es posible establecer un marco normativo que regule la eutanasia activa, así como procedimientos seguros y éticos para la aplicación de la misma, sin dejar de lado la protección a los derechos y valores fundamentales de cada ser humano, así como salvaguardar la integridad física, con el fin de promover una calidad de vida decente para el final de los días de los pacientes terminales, así como una muerte digna.

## Referencias Bibliográficas

Acción de Amparo No.00573-2020-0-1801-JR-DC-11 (22 de febrero 2021), Corte

Superior de Justicia de Lima, Décimo Primer Juzgado Constitucional. Recuperado:

[https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3/D\\_Sentencia\\_Ana\\_Estrada\\_250221.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3](https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3/D_Sentencia_Ana_Estrada_250221.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=93e30b8041b800909d49bd5aa55ef1d3)

Acto No. 67 (16 de noviembre 2021). Ley de elección del final de la vida.

Recuperado:

<https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#LMS195460>

Acuña, C. (2017). Cuidados Paliativos en Costa Rica. *Revista Terapéutica*, 11(2),

pp. 15-25. Recuperado:

<https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/download/60/54>

Amado, J. y Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración

de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte*

Médico (Lima), 20(3), e1279. Recuperado:

<https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1279>

Amaro, M. (1998). Una muerte digna para una vida digna. *Cuadernos de Bioética*.

4 (36), pp.822-824. Recuperado: <http://aebioetica.org/revistas/1998/4/36/822.pdf>

Ámbito (febrero 2024) Ecuador se convirtió en el segundo país de Latinoamérica

en despenalizar la eutanasia. Ambito.com. recuperado:

<https://www.ambito.com/mundo/ecuador-se-convirtio-el-segundo-pais-latinoamerica-despenalizar-la-eutanasia-n5940705>

Ángel, L. K. (2016). Autonomía de la voluntad ¿Decadencia o auge? *Revista*

*Verba Iuris*, 11(36), pp. 71-91. Recuperado:

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/verbaiuris/article/view/1015/785>

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD). ¿Puedo solicitar una

eutanasia en el extranjero? (10 de junio del 2020). Derecho a Morir Dignamente.

Recuperado: <https://derechoamorir.org/2020/06/10/puedo-solicitar-una-eutanasia-en-el-extranjero/>

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (4 de noviembre 2020) Nueva

Zelanda aprueba por amplia mayoría una ley de eutanasia. DMD Internacional.

Recuperado: <https://derechoamorir.org/2020/11/04/nueva-zelanda-aprueba-por-amplia-mayoria-una-ley-de-eutanasia/>

Asociación Médica Mundial. Resolución de la AMM sobre el Acceso a un

Tratamiento Adecuado del Dolor. (2020). Recuperado:

<https://www.wma.net/es/policies-post/resolucion-de-la-amm-sobre-el-acceso-a-un-tratamiento-adecuado-del-dolor/>

Ávalos, R. (2019). Experto en Bioética sobre eutanasia: los médicos también

tienen que ayudar a morir. La Nación. Recuperado: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/experto-en-bioetica-sobre-eutanasia-los-medicos/KDRL3DLKJJC3JLKJ6FXEIKWQHI/story/>

Barbosa, K., Fernandes, R., Fernandes, S., Oliveira, M., Medeiros, R. (2015).

Cuidados paliativos: desafíos para cuidadores y profesionales de salud. *Scielo*, 27(2) pp. 165-176. <<traducción propia>>. Recuperado: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/Wrrqb9J3NfVgDYvspvjdfVp/>

BBC News Mundo. (8 de enero, 2022). Víctor Escobar se convierte en el primer paciente no terminal en recibir la eutanasia en Colombia y América Latina. BBC News Mundo. Recuperado: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59919429>

BBC News Mundo. (12 de mayo, 2022). Colombia se convierte en el primer país de América Latina en despenalizar el suicidio asistido (y en qué se diferencia de la eutanasia). BBC Noticias Mundo. Recuperado: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-61430373>

BBC Mundo (22 de abril 2024) muere Ana Estrada, la primera paciente en someterse a la eutanasia en Perú tras lograr que el país reconociera el derecho a la muerte asistida. BBC NEWS MUNDO. Recuperado: <https://www.bbc.com/mundo/articles/clw0gypj7v2o>

Behar, D. (2007). *Cuando la vida ya no es vida ¿Eutanasia?* Editorial Pax México,

Librería Carlos Cesarman, S.A. Recuperado:

[https://www.google.co.cr/books/edition/Cuando\\_la\\_Vida\\_Ya\\_No\\_Es\\_Vida/uQmeyfpXP08C?hl=es&gbpv=1&dq=eutanasia&printsec=frontcover](https://www.google.co.cr/books/edition/Cuando_la_Vida_Ya_No_Es_Vida/uQmeyfpXP08C?hl=es&gbpv=1&dq=eutanasia&printsec=frontcover)

Bertolín, J. (2022). Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Scielo*, 41(140), pp.

51-57. Recuperado: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352021000200003&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352021000200003&script=sci_arttext)

Biblia Reina – Valera. (2009). Sam 1:9-10. Recuperado:

<https://mep.janium.net/janium/Documentos/300152.pdf>

Boladeras, M. (2007). Vida, vida humana, vida digna. *LOGOS*. 40 (1), pp. 91-116.

Recuperado: <https://www.bioeticanet.info/wp-content/uploads/2022/01/VidaVHumVDeRR.pdf>

Bont, M., Dorta, K., Ceballos, J., Randazzo, A., Urdaneta, E. (2007). Eutanasia:

una visión histórico – hermenéutica. *Comunidad y salud*, 5(2), pp. 36-45.

Recuperado: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932007000200005](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005)

Borrás. M (28 de mayo 2022). La Ley de la Eutanasia en Bélgica, uno de los

países pioneros, cumple 20 años. SWI swissinfo.ch. Recuperado:

<https://www.swissinfo.ch/spa/la-ley-de-la-eutanasia-en-b%C3%A9lgica-uno-de-los-pa%C3%ADses-pioneros-cumple-20-a%C3%B1os/47630144>

Bravo, M., Echeverría, C., Goic, A., Kottow, M., Lavados, M., Mosso, L., Pérez, M.,

Quintana, A., Rojas, A., Rosselot, E., Serani, A., Taboada, P. y Trejo, C. (2000). El enfermo terminal. *Revista médica de Chile*, 128(5), pp. 547-552. Recuperado:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000500015](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000500015)

Campos, J. Jaramillo, O. y Sánchez, C. (2001). Consideraciones acerca de la

Eutanasia. *Scielo*, 18(1), pp. 29-64. Recuperado:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152001000200007](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007)

Carrasco, M. (2020). Evolución Histórica del Concepto de Eutanasia. *Interpsiquis*.

XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental. Recuperado: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-149-PON12.pdf>

Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos. (1981).

Organización para la Unidad Africana. Recuperado:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf>

Cassinelli, M. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*,

32(3), pp. 240-248. Recuperado:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-)



*Medicina Legal de Costa Rica*, 19(2), pp. 87-91. Recuperado:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152002000200010](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152002000200010)

Chinchilla, H. (2018). Derechos básicos y fundamentales. Poder Judicial de Costa

Rica. Recuperado: <https://accesoalajusticia.poderjudicial.go.cr/index.php/biblioteca/investigaciones/personas-lgtbiq?download=719:derechos-b-sicos-y-fundamentales>

Clínica Universidad de Navarra. (s.f). ¿Qué es Tanatología? Diccionario Médico.

<https://www.cun.es>. Recuperado: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tanatologia>

Código Civil de Costa Rica [CCCR]. Ley 63 de 1887. 28 de setiembre de 1887

(Costa Rica). Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=15437](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=15437)

Código de Ética Médica Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2016).

Recuperado: <https://www.sep.ucr.ac.cr/posgrados/medicina/normativa/codigo-etica-medica-2016.pdf>

Código Notarial [CN]. Ley 7764 de 1998. 17 de abril de 19970 (Costa Rica).

Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=42683](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=42683)

Código Penal de Costa Rica [CPCR]. Ley 4573 de 1970. 04 de mayo de 1970.

(Costa Rica). Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027)

Código Penal [CP]. Ley 10 de 1995. 23 de noviembre de 1995. (España)

Recuperado: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Código Penal Suizo. (diciembre 1937) <<traducción propia>> recuperado:

<https://www.warnathgroup.com/wp-content/uploads/2017/11/Switzerland-Penal-Code-2017.pdf>

Colegio de médicos y Cirujanos (21 de junio 2022) Perfil profesional del médico

especialista en medicina paliativa del adulto. Junta de Gobierno y la Asamblea

General de Médicos y Cirujanos de la República de Costa Rica. Pg. 3. Recuperado:

<https://medicos.cr/perfiles/EspecialistaMedicinaPaliativadelAdulto.pdf>

Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. SPF Santé publique, (5

de mayo 2021). Eutanasia, cifras del 2021. Recuperado:

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2021>

Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. (1969)

Actas y documentos. Costa Rica. Recuperado:

<https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/actas-conferencia-interamericana-derechos-humanos-1969.pdf>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

(2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres

humanos. Recuperado: [https://cioms.ch/wp-](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf)

[content/uploads/2016/08/PAUTAS\\_ETICAS\\_INTERNACIONALES.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf)

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1946). Agencia Estatal

Boletín Oficial del Estado. España. Recuperado:

[https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ)

[682#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.)

Constitución Política de Costa Rica [Const]. 7 de diciembre de 1871. (Costa Rica).

Recuperado:

[https://www.asamblea.go.cr/sd/coleccion\\_constituyentes/1871%20Constituci%C3%](https://www.asamblea.go.cr/sd/coleccion_constituyentes/1871%20Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica.pdf)

[B3n%20Pol%C3%ADtica.pdf](https://www.asamblea.go.cr/sd/coleccion_constituyentes/1871%20Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica.pdf)

Constitución Política de Costa Rica [Const]. 07 de noviembre de 1949 (Costa

Rica). Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871)

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Ley 4535

de 1970. (23 de febrero de 1970) (Costa Rica). Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=36150&nValor3=38111&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=36150&nValor3=38111&strTipM=TC)

Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser

humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. (1997). Recuperado:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Libertades

Fundamentales. (2019). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Recuperado:

[https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention\\_spa#:~:text=Toda%20persona%20tiene%20derecho%20a%20la%20libertad%20de%20reunir%20y%20asociarse%20pac%C3%ADficamente,2](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa#:~:text=Toda%20persona%20tiene%20derecho%20a%20la%20libertad%20de%20reunir%20y%20asociarse%20pac%C3%ADficamente,2)

Cordero, M. (2019). Iglesia Católica rechaza proyecto de ley que permitiría

acceder a eutanasia y muerte digna. Semanario Universidad. Recuperado:  
<https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/iglesia-catolica-rechaza-proyecto-de-ley-que-permitiria-acceder-a-eutanasia-y-muerte-digna/>

Cordero, M. (2019). Proyecto de ley revive discusión legislativa sobre acceso a muerte digna y eutanasia. Semanario Universidad. Recuperado:  
<https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/proyecto-de-ley-revive-discusion-legislativa-sobre-acceso-a-muerte-digna-y-eutanasia/>

Da Silva, S., Domingues, G., Dos Santos, S., Ferreira, E., Oliveira, K., Silva, P. (2013). La actuación del psicólogo en el tratamiento de pacientes terminales y sus familiares. <<traducción propia>>. *Psicología Hospitalar* 11(1) pp. 02-24.  
 Recuperado: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092013000100002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092013000100002&script=sci_arttext)

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, (1948). Organización de los Estados Americanos (OEA). Recuperado:  
<https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>

Declaración Universal de los Derechos Humanos, (1948). Organización Mundial de las Naciones Unidas. Recuperado: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Decreto n.º 43/XV, (19 de abril, 2023) Assembleia da república, que regula as

condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código

Penal. Recuperado:

<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595339684d574d7a4d5749784e6930304e7a4a6c4c5451775a446b744f5449305a69316b4d5467324d32526c5a6a6b344d5749756347526d&fich=a1c31b16-472e-40d9-924f-d1863def981b.pdf&Inline=true>

Decreto Ejecutivo 29561 (2001). Manual de Normas de Atención del Dolor y

Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica y los Protocolos Generales de Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y/o Terminal.

Poder Ejecutivo. Recuperado:

<https://www.medicos.cr/website/documentos/NormativaLegal/NormativaGeneralEjercicioProfesion/Manual%20de%20Normas%20de%20Atencio%CC%81n%20del%20Dolor%20y%20Cuidados%20Paliativos%20del%20Nivel%20I%20%20y%20I>  
I.pdf

Decreto legislativo N.º 635. Código Penal Peruano (3 de abril de 1991) art. 112.

Recuperado: <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/07/C%C3%B3digo-Penal-31.7.2020-LP.pdf>

Departamento de Justicia de Canadá <<traducción propia>> (03 de enero del

2024) Canada.ca. Recuperado: <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html>

Deutsche Welle (DW). (8 de febrero, 2024). Ecuador reconoce el derecho a la

eutanasia. dw.com. Recuperado <https://www.dw.com/es/ecuador-reconoce-el-derecho-a-la-eutanasia/a-68198333>

Di Sanza, S. (2014). La autonomía de la voluntad o el retorno de la libertad como ley. *International Journal of Philosophy*, 1(1), pp. 146-149. Recuperado: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5155390.pdf>

Diario Nacional, La Gaceta, (2021) LEY SOBRE MUERTE DIGNA Y EUTANASIA. Expediente N.º 22.743. N.º 2010 Recuperado: [https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2021/11/01/COMP\\_01\\_11\\_2021.html](https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2021/11/01/COMP_01_11_2021.html)

Diccionario Jurídico del Poder Judicial (s.f) Poder Judicial. Perdón Judicial.

Recuperado: <https://dictionariosusual.poder-judicial.go.cr/index.php/diccionario/55050:perd%C3%B3n-judicial#:~:text=En%20Costa%20Rica%2C%20en%20materia,sobre%20la%20personalidad%20de%20aquel>

Diccionario Jurídico del Poder Judicial (s.f) Poder Judicial. Extinción de la pena.

Recuperado: <https://dictionariosusual.poder-judicial.go.cr/index.php/diccionario/38710?layout=edit>

Dictamen C-131-2011, (2011). Procuraduría General de la República.

Recuperado: [https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Pronunciamiento/pro\\_detalle.aspx?param1=PRR&param6=1&nDictamen=16728&strTipM=R](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Pronunciamiento/pro_detalle.aspx?param1=PRR&param6=1&nDictamen=16728&strTipM=R)

Echeverría, C., Goic, A., Lavados, M., Quintana, C., Rojas, A., Serani, A. y

Vacarezza, R. (2004). Diagnóstico de Muerte. *Revista médica de Chile*, 132(1), 95-107. Recuperado: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Elmundo.cr (24 de agosto,2015), Colegio de Médicos avala la realización de la

eutanasia pasiva como un derecho del paciente. Elmundo.cr. Recuperado: <https://elmundo.cr/costa-rica/colegio-de-medicos-avala-la-realizacion-de-la-eutanasia-pasiva-como-un-derecho-del-paciente/>

Expediente N.º 19.440, Proyecto de Ley Sobre Muerte Digna y Eutanasia (2014).

Asamblea Legislativa de Costa Rica, Recuperado: <https://www.asamblea.go.cr/sd/SiteAssets/Lists/Consultas%20Biblioteca/EditForm/texto%20base%2019440.pdf>

Expediente N.º 21-383. Proyecto de Ley Sobre Muerte Digna y Eutanasia. (2019).

Asamblea Legislativa de Costa Rica. Recuperado: <https://proyectos.conare.ac.cr/asamblea/21383%20TEXTO%20BASE.pdf>

Figuroa, R. (2008). Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*, 14(1), pp. 261-

300. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/197/19714110.pdf>

Fórum Universal de las Culturas en Monterrey. (2007). Declaración Universal de

Derechos Humanos Emergentes. Recuperado:

[https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/04\\_Docentes\\_UdeO\\_ubicar\\_el\\_de\\_alumnos/Contenidos/Lecturas%20obligatorias/M.5\\_cont\\_3\\_DUDHE.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/04_Docentes_UdeO_ubicar_el_de_alumnos/Contenidos/Lecturas%20obligatorias/M.5_cont_3_DUDHE.pdf)

Fundación Partir con Dignidad, Unidos para dar amor. (2013). Recuperado:

<https://partircondignidad.org/>

Fundación New Health, (2021). Cuidar es un privilegio. Recuperado:

<https://www.newhealthfoundation.org/la-fundacion/>

Fundación Pro-Unidad de Cuidado Paliativo Pediátrico, (s.f.). Recuperado:

<https://www.cuidadopaliativo.org/>

Fortunat, J. (2016). De cómo el hombre llegó a ser persona: Los orígenes de un

concepto jurídico-filosófico en el derecho romano. *Revista De Derecho - Pontificia*

*Universidad Católica De Valparaíso*, 45(2). Recuperado:

<https://www.rdpucv.cl/index.php/rderecho/article/view/1074>

García, G. (2007). Derecho a la vida digna. El concepto jurídico del dolor desde el

Derecho Constitucional. *Opinión jurídica*, 6(12), pp. 15-34. Recuperado:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692->

[25302007000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-25302007000200002&script=sci_arttext)

Giraldo, L. (2008). Muerte, eutanasia y cuidados paliativos. *Persona y Bioética*,

12(2), pp. 158-168. Recuperado: <https://elibro-net-uh.knimbus.com/es/ereader/bibliouh/6082>

Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, (2006). Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado: [https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GuiaPracticaclinica\\_cuidados\\_paliativos\\_resumida.pdf](https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GuiaPracticaclinica_cuidados_paliativos_resumida.pdf)

Guzmán, V. (2022) La eutanasia: la importancia de los profesionales de la salud mental en el proceso. *Estudios Psicológicos*, 2 (3). Recuperado <https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/65>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta Edición. México: Ed. McGraw-Hill.

Honderich, H. (16 de enero de 2023). El polémico plan de Canadá para expandir el acceso a la eutanasia a las personas con enfermedades mentales. BBC NEWS. Recuperado: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-64290878>

Hurst, L. y Bello, C. (10 de diciembre 2022) eutanasia en Europa ¿dónde es legal? Euronews. Recuperado: <https://www.euronews.com/health/2022/12/10/where-in-europe-is-assisted-dying-legal->

Informe DH-CV-0725-2019. (2 de octubre,2019). Defensoría de los Habitantes.

Recuperado: [https://dhr.go.cr/images/criterios-sobre-proyectos-de-ley/ano2019/dh\\_cv\\_0725\\_2019.pdf](https://dhr.go.cr/images/criterios-sobre-proyectos-de-ley/ano2019/dh_cv_0725_2019.pdf)

Jha, P. (30 de octubre de 2020) Nueva Zelanda legaliza la eutanasia (pero le dice no a la legalización de la marihuana). BBC News. Recuperado: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54747555>

Jiménez, R. (2016). Voluntades anticipadas. Derecho a decidir. *Praxis*.

Recuperado:

<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/praxis/article/view/10350/12775>

Jiménez, Y. (2014) La vida ante la Muerte. La nación. Recuperado:

<https://www.nacion.com/ciencia/la-vida-ante-la-muerte/5MVBHA24VFGIDIA6PASXJZU4QY/story/>

Kübbler-R. (1996). Sobre la muerte y el morir. <<Traducción propia>>. Martins

Fonte. Recuperado:

[https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod\\_resource/content/1/Texto%20base.pdf](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto%20base.pdf)

La Nación, (2016). Murió Mauricio Leandro, una voz defensora de la eutanasia en

Costa Rica. La Nación. Recuperado: <https://www.nacion.com/el-pais/murio-mauricio-leandro-una-voz-defensora-de-la-eutanasia-en-costa-rica/PPZ5RPOIYFCAFCDVXR44FUPJVQ/story/>

Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia

al suicidio, A-No 46 (2009). Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo.

Recuperado: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

Ley C-14 (diciembre, 2019) Ley de eutanasia en Canadá, Modificaciones al

Código Penal canadiense. Arts. 227.1, 227.4, 241.2, 241.2.1, 241.2.2, 241.2.3.

Recuperado: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf>

Ley N.º 10231 de 2022. Ley de voluntades anticipadas. 31 de mayo de 2022.

Recuperado: <https://www.archivonacional.go.cr/web/normativa/ley10231.pdf>

Ley 22/2023 (mayo, 2023) Regula las condiciones bajo las cuales no es punible la

muerte médicamente asistida y modifica el Código Penal. Diario la República, 1.<sup>a</sup>

serie N.º 101 <<Traducción propia>>. Recuperado:

<https://files.dre.pt/1s/2023/05/10100/0001000020.pdf>

Ley 26691 (1 de abril de 2001). Ley de terminación de la vida a petición propia y

del auxilio al suicidio. N.º 137. Recuperado: [https://derechoamorrir.org/wp-](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf)

[content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf)

Ley 3/2021 (24 de marzo 2021) Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. BOE

No 72, de 25 de marzo, 2021. Recuperado:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>

Ley 41/2002 (14 de noviembre de 2007), Ley Básica Reguladora de la Autonomía

del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y

Documentación Clínica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-3160>

Ley 5395 de 1973. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973. Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581)

Ley 7756 de 1998. Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase

Terminal y Personas Menores de Edad Gravemente Enfermas. 25 de febrero de 1998. Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=39795&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=39795&strTipM=TC)

Ley 7907 de 1999. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre

Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales

"Protocolo de San Salvador. 03 de setiembre de 1999. Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578&strTipM=TC)

Ley 8600 de 2007. Modificación de la Ley N.º 7756, Beneficios para los

responsables de pacientes en Fase Terminal. 17 de setiembre de 2007. Recuperado:  
[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=61230&nValor3=69418&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=61230&nValor3=69418&strTipM=TC)

Ley 9234 de 2014. Ley Reguladora de Investigación Biomédica. 22 de abril de

2014. Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=0&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=0&strTipM=TC)

Ley Relativa a la Eutanasia (28 de mayo de 2002) Ley Relativa a la Eutanasia de

2002. <<traducción propia>> Recuperado:

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=2002052837](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837)

Lizcano, J., Chamorro, D., y Pantoja, M. (2021) Enfoque jurídico y social de la

eutanasia. ¿Derecho a morir dignamente? ¿Derecho a morir dignamente? *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, Recuperado:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800098&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800098&script=sci_arttext)

Llobet, J. (2020). Homicidio, Femicidio y Aborto. Editorial Jurídica Continental.

Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en

juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), pp. 125-144. Recuperado:

<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf>

Martínez, E. (2000). El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y

eutanasia. *Ética y Derecho*. 2(3), pp. 15-24. Recuperado:

<https://revistascientificas.us.es/index.php/araucaria/article/view/884/827>

Matamoros, E. y Vílchez, P. (2015). Informe de Proyecto de Ley Sobre Muerte de

Pacientes en Estado Terminal, AL-DEST-IIN-232-2015. Asamblea Legislativa,

Departamento Estudios, Referencias y Servicios Técnicos. Recuperado:

<https://www.asamblea.go.cr/sd/SiteAssets/Lists/Consultas%20Biblioteca/EditForm/texto%20informe%20de%20Servicios%20T%C3%A9cnicos%2019440.pdf>

Mayorga, K. (2017). Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor

2017-2021. Dirección de Servicios de Salud. Recuperado:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos->

[left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-)

[institucionales/planes-institucionales/5078-plan-nacional-de-cuidados-paliativos/file](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-institucionales/planes-institucionales/5078-plan-nacional-de-cuidados-paliativos/file)

Melo, Y. (22 de abril, 2024) Ana Estrada, la peruana que reclamó su derecho a la

eutanasia. Eligió a su médico de confianza para asistirle. Infobae. Recuperado:

<https://www.infobae.com/peru/2024/01/23/una-peruana-que-reclamo-su-derecho-a->

[la-eutanasia-esta-satisfecha-de-elegir-al-medico-que-la-asista/](https://www.infobae.com/peru/2024/01/23/una-peruana-que-reclamo-su-derecho-a-la-eutanasia-esta-satisfecha-de-elegir-al-medico-que-la-asista/)

Michelini, D. (2010). Dignidad humana en Kant y Habermas. *Estudios de filosofía práctica e historia de las ideas*, 12(1), pp. 41-

49. Recuperado:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-94902010000100003#:~:text=Como%20es%20sabido%2C%20Kant%20distingue,%C3%BAtil%20ni%20intercambiable%20o%20provechoso.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-94902010000100003#:~:text=Como%20es%20sabido%2C%20Kant%20distingue,%C3%BAtil%20ni%20intercambiable%20o%20provechoso.)

Ministerio de Justicia y Derecho (2022). Muerte asistida (eutanasia). Recuperado:

[https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/LegalApp/Paginas/Muerte-Asistida-\(Eutanasia\).aspx](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/LegalApp/Paginas/Muerte-Asistida-(Eutanasia).aspx)

Ministerio de Sanidad. (diciembre 2023) informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda para morir. Recuperado:

[https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf)

Montagud. (2021). Los 12 tipos de muerte (explicados y clasificados). Psicología Y

Mente. Recuperado: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-muerte>

Moracci, M (12 de julio de 2021). DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA:

EUTANASIA. Recuperado: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/121473>

Naciones Unidas (16 de diciembre 1966) Convenio Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Neimeyer, R. (2017). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.

Editorial Paidós. Recuperado:

[http://www.ignaciodarnaude.com/masalla\\_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Perdida,el%20duelo.pdf](http://www.ignaciodarnaude.com/masalla_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Perdida,el%20duelo.pdf)

Observatorio de bioética. (enero 2022) El estado de Maine en los Estados Unidos

de América aprueba el suicidio asistido y la eutanasia. Recuperado:

<https://www.observatoriobioetica.org/2022/01/el-estado-de-maine-en-los-estados-unidos-de-america-aprueba-el-suicidio-asistido-y-la-eutanasia/37730#>

Observatorio de bioética, UCV (enero 2023) Canadá incluye en su ley sobre la

eutanasia a personas con enfermedades mentales. Observatorio de Bioética, Instituto

Ciencias de la Vida. Recuperado:

<https://www.observatoriobioetica.org/2023/01/canada-incluye-en-su-ley-sobre-la-eutanasia-a-personas-con-enfermedades-mentales/40947>

Olano, H. (2016). Hablemos del derecho a la vida. *Ius Humani*. 5(2016), pp. 209-

216. Recuperado:

<https://www.iushumani.org/index.php/iushumani/article/view/111/87>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1977). Declaración Universal sobre

el genoma humano y los derechos humanos. Recuperado:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-human-genome-and-human-rights>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

(UNESCO) (2005). Creación de comités de bioética. UNESCO. Recuperado:

[https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef0000139309\\_spa&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach\\_import\\_f7127fa2-4310-4a74-9b93-d74064a6f341%3F\\_%3D139309spa.pdf&locale=es&multi=true&ark=/ark:/48223/pf0000139309\\_spa/PDF/139309spa.pdf#%5B%7B%22num%22%3A143%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C0%2C624%2Cnull%5D](https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef0000139309_spa&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_f7127fa2-4310-4a74-9b93-d74064a6f341%3F_%3D139309spa.pdf&locale=es&multi=true&ark=/ark:/48223/pf0000139309_spa/PDF/139309spa.pdf#%5B%7B%22num%22%3A143%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C0%2C624%2Cnull%5D)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

(UNESCO) (2003). Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos.

Recuperado: <https://www.fcv.unl.edu.ar/institucional/wp-content/uploads/sites/3/2018/11/ANEXO-4-Declaracion-Internacional-sobre-Datos-Geneticos-Humanos-UNESCO-2003.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

(UNESCO) (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos.

Recuperado: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf>

Organización Mundial de la Salud, Constitución. (1946). Recuperado:

[https://www3.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=planificacion-a-nivel-mundial-c&alias=351-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud&Itemid=518](https://www3.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=planificacion-a-nivel-mundial-c&alias=351-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud&Itemid=518)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos. Recuperado:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud (23 de febrero de 1996) Diez principios básicos

de las normas para la atención de la salud mental. División de Salud mental y prevención del abuso de sustancias. Recuperado:

[https://www.mpba.gov.ar/files/documents/OMS.\\_10\\_princ.\\_basicos\\_de\\_las\\_Ns.\\_p\\_la\\_atencion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.mpba.gov.ar/files/documents/OMS._10_princ._basicos_de_las_Ns._p_la_atencion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos. Recuperado:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2021). World Health Organization Model List of

Essential Medicines. Recuperado:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345533/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, (1968). Tratado Internacional

4229 del 11 de diciembre de 1968. Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=20579&nValor3=21899&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=20579&nValor3=21899&strTipM=TC)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). Naciones Unidas.

Recuperado: [https://www.ohchr.org/es/instruments-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%206,-1.&text=El%20derecho%20a%20la%20vida,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente.)

[mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%206,-1.&text=El%20derecho%20a%20la%20vida,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente.)

[rights#:~:text=Art%C3%ADculo%206,-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%206,-1.&text=El%20derecho%20a%20la%20vida,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente.)

[1.&text=El%20derecho%20a%20la%20vida,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente.](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%206,-1.&text=El%20derecho%20a%20la%20vida,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente.)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966).

Naciones Unidas. Recuperado: [https://www.ohchr.org/es/instruments-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

[mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

[rights](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

Patiño, S. (2 de marzo de 2020) Opinión jurídica: 049-J. Asamblea Legislativa.

Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro\\_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=21946&strTipM=T](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=21946&strTipM=T)

Picón, Y., Lozada, I., Orozco, J., Montaña, L., Bolaños, M., Moscote, L. y Janjua,

T. (2023). Eutanasia y suicidio asistido: revisión y análisis de marcos legales

internacionales comparados con Colombia. *Revista Med.* Vol. 30 (1), 55-65. 30 de

junio de 2023. Recuperado:

<https://www.redalyc.org/journal/910/91075644005/html/>

Pino, K., Murillo, M., y Suárez, L. (2019). Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis*, (36), 126-146. Recuperado:

<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/3194/2439>

Platero, E. (2022). La Muerte: ¿Una Decisión Democrática? Breves Reflexiones

Sobre La Muerte Digna y Eutanasia en Costa Rica. *Revista Digital de Ciencias*

*Penales de Costa Rica*, (2 (33) (14). Recuperado: [https://Revistas-Ucr-Ac-](https://Revistas-Ucr-Ac-Cr.Translate.Goog/Index.Php/Rdmcp/Article/View/52980/53170?_X_Tr_Sl=Es&_X_Tr_Tl=En&_X_Tr_Hl=En&_X_Tr_Pto=Sc)

[Cr.Translate.Goog/Index.Php/Rdmcp/Article/View/52980/53170?\\_X\\_Tr\\_Sl=Es&](https://Revistas-Ucr-Ac-Cr.Translate.Goog/Index.Php/Rdmcp/Article/View/52980/53170?_X_Tr_Sl=Es&_X_Tr_Tl=En&_X_Tr_Hl=En&_X_Tr_Pto=Sc)

[\\_X\\_Tr\\_Tl=En&\\_X\\_Tr\\_Hl=En&\\_X\\_Tr\\_Pto=Sc](https://Revistas-Ucr-Ac-Cr.Translate.Goog/Index.Php/Rdmcp/Article/View/52980/53170?_X_Tr_Sl=Es&_X_Tr_Tl=En&_X_Tr_Hl=En&_X_Tr_Pto=Sc)

Poder Judicial Peruano (13 de febrero de 2023) Séptimo Juzgado Constitucional de

Lima dispone cumplimiento de sentencia a una muerte digna a favor de Ana

Estrada. Gob.pe. Recuperado: [https://www.gob.pe/institucion/pj/noticias/699563-](https://www.gob.pe/institucion/pj/noticias/699563-setimo-juzgado-constitucional-de-lima-dispone-cumplimiento-de-sentencia-a-una-muerte-digna-a-favor-de-ana-estrada)

[setimo-juzgado-constitucional-de-lima-dispone-cumplimiento-de-sentencia-a-una-](https://www.gob.pe/institucion/pj/noticias/699563-setimo-juzgado-constitucional-de-lima-dispone-cumplimiento-de-sentencia-a-una-muerte-digna-a-favor-de-ana-estrada)

[muerte-digna-a-favor-de-ana-estrada](https://www.gob.pe/institucion/pj/noticias/699563-setimo-juzgado-constitucional-de-lima-dispone-cumplimiento-de-sentencia-a-una-muerte-digna-a-favor-de-ana-estrada)

Procuraduría General de la República. (2011). Opinión Jurídica: OJ-073-2011

Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro\\_ficha.aspx](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=16913&strTipM=T)

[?param1=PRD&param6=1&nDictamen=16913&strTipM=T](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=16913&strTipM=T)

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Sentencia N.º14. 192 de las

diez horas y dos minutos del 24 de septiembre del 2008. Recuperado:

<https://vlex.co.cr/vid/499310266>

Procuraduría General de la República. (2020). Opinión Jurídica OJ-049-2020 (2 de

marzo de 2020. Recuperado:

[https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Pronunciamiento/pro\\_detalle.aspx?param1=PRR&param6=1&nDictamen=21946&strTipM=R](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Pronunciamiento/pro_detalle.aspx?param1=PRR&param6=1&nDictamen=21946&strTipM=R)

Real Academia española. (s.f.). Significado de compasión |

Diccionario de la lengua española. Edición Del Tricentenario. Recuperado:

<https://dle.rae.es/compasi%C3%B3n>

Real Academia española. (s.f.). Significado de muerte |

Diccionario de la lengua española. Edición Del Tricentenario. Recuperado

<https://dle.rae.es/muerte>

Ramos, M. (2013). Duelo ante una muerte inesperada. Asociación Mexicana de

Educación Continua y a Distancia, A.C. Recuperado: <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/200%20duelo.pdf>

Reglamento 8601 de 2012. Reglamento del Consentimiento Informado en la

Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. 20 de setiembre de 2012. Recuperado:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73577&nValor3=90345&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73577&nValor3=90345&strTipM=TC)

Resolución No. 14.192-2008 (24 de septiembre 2008). Despenalización de la

tentativa de suicidio. Artículo 114 del Código Penal. Sala Constitucional

Recuperado: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-482865>

Ruiz, P. (2021). Eutanasia continuará siendo prohibida, diputados archivaron

proyecto para permitirla. El observador. Recuperado:

<https://observador.cr/eutanasia-continuara-siendo-prohibida-diputados-archivaron-proyecto-para-permitirla/>

Sala Constitucional. Resolución N.º 01877-1990 de las dieciséis horas y 2 minutos

del 19 de diciembre de 1990. Recuperado: [https://nexuspj.poder-](https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-80162)

[judicial.go.cr/document/sen-1-0007-80162](https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-80162)

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia N.º 01915 – 1992

de las catorce horas y doce minutos del 22 de Julio de 1992. Recuperado:

<https://vlex.co.cr/vid/497198930>

Sala Constitucional. Resolución N.º 02679-1994 de las 16 horas y 21 minutos del

8 de junio de 1994. Recuperado: [https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-](https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-122863)

[1-0007-122863](https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-122863)

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia N.º 05130-1994 de

las diecisiete horas con treinta y tres minutos del 7 de septiembre de 1994.

Recuperado: <https://vlex.co.cr/vid/497286330>

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 06410-1996

de las quince horas y doce minutos del 26 de noviembre de 1996. Recuperado:

<https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-83161>

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Voto N. 04423 – 1993 de las

12 horas y 00 minutos del 07 de septiembre del 1993. Recuperado:

<https://vlex.co.cr/vid/-497248818>

Samayoa, A. (2021). Dignidad humana: una mirada desde un enfoque filosófico.

*Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*. 32 (1). Recuperado:

<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/15093/212>

[830](#)

Samperio, G. (2020). ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? *Cirujano*

*general*, 38(3), 121-122. Epub 31 de marzo de 2020. Recuperado:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992016000300121&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000300121&lng=es&tlng=es).

Sánchez, B. (2023) Eutanasia y Suicidio Asistido: un estudio comparado de las

novedades en Alemania, Austria, Portugal y España. *Teoría y realidad constitucional*. Recuperado:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9214427.pdf>

Sánchez, J. y Taype, A. (2018). Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha

cambiado y por qué? *Revista médica de Chile*, 146(12), pp. 1498-1500.

Recuperado: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018001201498](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201498)

Santos, P. (2023). El duelo por suicidio. Eutanasia y Suicidio. Filósofos Asesores.

Recuperado: <https://www.filosofosasesores.com/blog-filosofia/el-duelo->

Saucedo, M. (2014). Intervención psicológica en el proceso de duelo, luego del

acompañamiento de enfermedad terminal: de amor y de muerte. Universidad de la

República. Recuperado:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5377/1/SAUCEDO.pdf>

Schalock, R. y Verdugo, M. (2013). Discapacidad e inclusión. Manual para la

docencia. *Amarú*. 23 (19), pp. 443-461. Recuperado:

[https://www.researchgate.net/profile/Miguel-](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e)

[Verdugo/publication/283211086\\_Calidad\\_de\\_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e)

[c3/Calidad-de-](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e)

[Vida.pdf?fbclid=IwAR1fW3wGij0gnIfZhlYlsBYaa\\_GrVgHZqk7e9246uoxHONnX](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e)

[gVCz5Tlea9c](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432e)

Sentencia 67-23-IN/24 (5 de febrero 2024) Sentencia sobre la eutanasia en El

Ecuador. Corte Constitucional del Ecuador. Recuperado:

[http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcNBlDGE6](http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6)

J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidlnZVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01  
MTdlYzVkYTY3NGQucGRmJ30=

Sesión Ordinaria 41-19. Colegio de Abogados (22 de octubre de 2019).

Recuperado: <https://abogados.or.cr/uploads/CMS/pronunciamientos/2019/JD-11-1002-19.pdf>

Sgreccia, E. (2013). Persona Humana y Personalismo. *Cuadernos de Bioética*. 24

(1), pp.115-123. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87527461012.pdf>

Soto, H., Valverde, K., Granados, P., Acevedo, K., Gutiérrez, M., Rodríguez, N.,

Orduz, C., Rodríguez, J. (9 de agosto de 2023). Guía de Abordaje Multidisciplinario de Entrega de Malas Noticias y Terminalidad.

Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética

intercultural. *Veritas*, (22), pp. 121-157. Recuperado:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)

Torrades, S. (2004). Proteómica. El diseño molecular de la vida. *Offarm*, 146(12),

pp. 126-130. Recuperado: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13060308>

Uda, K. (23 de enero de 2022). Por qué la ayuda al suicidio es “normal” en

Suiza. SWI swissinfo.ch. Recuperado: [https://www.swissinfo.ch/spa/vida-tercera-  
edad/porqu%C3%A9-la-ayuda-al-suicidio-es-normal-en-suiza/45810404](https://www.swissinfo.ch/spa/vida-tercera-edad/porqu%C3%A9-la-ayuda-al-suicidio-es-normal-en-suiza/45810404)

Uribe, R. (2018). Fisiopatología. La ciencia del porqué y el cómo. ELSEVIER.

Recuperado:

[https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=CVFVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=fisiopatolog%C3%ADa+que+estudia&ots=XfZLjdndMX&sig=EmbG19C  
Svy-tyMvsDYdz24dGtmM](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=CVFVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=fisiopatolog%C3%ADa+que+estudia&ots=XfZLjdndMX&sig=EmbG19CSvy-tyMvsDYdz24dGtmM)

Vargas, A. (2014). Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica: ¿un

problema de formación académica? 56(2), pp. 59-64. Recuperado:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-  
60022014000200005](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200005)

Velásquez, P. (17 de diciembre de 2020). Eutanasia: ¿en qué consiste esta

práctica y dónde es legal? CONSULTORSALUD. Recuperado:

<https://consultorsalud.com/eutanasia-en-que-consiste-y-donde-es-legal/>

Vega, P. (22 de marzo 2021) Expediente N.º 22.430. Ley Nacional de Salud

Mental. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recuperado

<https://proyectos.conare.ac.cr/asamblea/22430%20TEXT0%20BASE.pdf>

Zelaya, O. (2020). Mitos y matices sobre la eutanasia. Central Law. Recuperado:

<https://central-law.com/costa-rica-mitos-y-matices-sobre-la-eutanasia/>