UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE DERECHO

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN DERECHO

Título de la investigación:

"Propuesta de Marco Jurídico para Tutelar el Derecho a Finalizar la Vida de Forma Digna en Personas con Enfermedades Terminales en Costa Rica:

Análisis del Expediente N° 21383 y Modelos Internacionales Vigentes al I Semestre de 2024."

Nombre del estudiante:

Mainor Artavia Hernández

Tutor:

Edwin Retana Carrera

Sede San José

Marzo, 2025

DEDICATORIA

A mi papá, el hombre más trabajador y humilde que he conocido, un ejemplo de esfuerzo y dignidad que inspira mi vida. Me siento inmensamente orgulloso de ser su hijo. Aunque el Alzheimer le ha arrebatado algunas memorias, su espíritu de amor y su impulso por ayudarnos siguen intactos. Mi mayor esperanza es que, en algún rincón de su corazón, pueda sentirse orgulloso de mí, aunque el tiempo le robe el recuerdo.

A mi mamá, quien con su insistencia y disciplina me enseñó el valor de la educación. Gracias a su amor firme y su fe en mí, he llegado a obtener valiosas preseas de superación mismas que mi alma les entrega en señal de reconocimiento como padres dedicados y ejemplares. Ella ha sido mi más exigente maestra, inspirándome a dar lo mejor de mí cada día, y por eso, este logro también es suyo.

A mis hermanas Kattya, Silvia y Jaz, mi hermana del alma. Gracias por ser mi sostén y mis compañeras de vida. A Kattya, por demostrarme con su ejemplo que los sueños se alcanzan con esfuerzo y determinación; a Silvia, por su paciencia infinita y por brindarme apoyo en los momentos más difíciles, y a Jaz, que, sin preguntar, siempre estuvo ahí, creyendo en mí incluso cuando yo dejé de hacerlo. Sin ella, no habría llegado hasta el final de este camino.

A mis cuñados y a mi cuñada, Gary, Memo y Cinthya, que han sido hermanos de vida y me han regalado el privilegio de ser tío de sobrinos maravillosos: Garyto, Sebas, Nicolle, Santi y Emmita. A ellos les deseo un camino lleno de éxitos, no solo en lo profesional, sino también en la alegría, en la realización de sueños, en el amor, en la paz y en la perseverancia ante las pruebas de la vida.

A mi familia más cercana: mamá Juana, que es el roble que sostiene a todos, y mis tías Rita y Marlen, siempre presentes y cariñosas. A tía Maricela, que nos cuida desde el cielo, y a mi tío Ferriol, mis primas Nanis y Yess. A Ferriol por ser el mejor de los tíos, a

Nanis por su alegría y locuras, y a Yess por haber sido la primera en nuestra familia en cumplir este camino de metas académicas.

A las personas queridas que viven en mi corazón: mami Cris, papi Jose, y a Mando, quien nos acompaña desde el cielo y que nos enseñó que se puede lograr sacar fuerzas, de donde no la teníamos y que necesitábamos en uno de los momentos más duros de nuestra vida. Desde tu partida, estoy seguro que su presencia desde arriba se ha convertido en nuestra fortaleza y perseverancia.

Finalmente, a mi abuelita Catalina, que sigue siendo el más dulce recuerdo de mi infancia. Aunque pasaron muchos años desde su partida, su amor me sigue acompañando cada día. Sus abrazos y su ternura fueron un regalo invaluable que llevo en el alma. Que Dios la tenga en su gloria, y desde allí, sepa cuánto la amo y cuánto la agradezco. Es ella la raíz que nació en la tierra para unirme al Cielo atreves del amor sanguíneo que nos une y naturalmente a toda la familia.

A todos ustedes, que son no solo mi razón de ser sino tesoro de sentimientos y valores, mi razón y mi impulso. Y al Espíritu Santo (herencia de la fe de mi papá) y a la Virgencita, que nunca me abandonaron, incluso en los momentos de duda.

Este logro también les pertenece, y lo dedico a cada uno de ustedes con todo mi amor y gratitud.

II. AGRADECIMIENTOS

A mi tutor de tesis, Edwin Retana Carrera, quien, desde el primer momento, confió en este proyecto aún antes de que iniciara mi taller de tesis. Su fe en esta investigación, a pesar de las complejidades legales y de su enfoque en el derecho penal, me brindó el impulso necesario para avanzar en un tema de índole constitucional. Su guía, experiencia y confianza en este trabajo son fundamentales para que esta tesis alcance el éxito.

Agradezco profundamente al profesor Luis Zúñiga Solís, no solo por su disposición para asumir el rol de lector, sino también por su guía generosa durante el desarrollo de esta investigación. Su orientación sobre los temas fundamentales a abordar, así como sus recomendaciones para la elección de las personas conocedoras del tema en cuestión sobre con quiénes conversar, fueron claves para darle solidez y profundidad a este trabajo.

De igual forma, extiendo mi agradecimiento sincero a los expertos entrevistados, cuyo conocimiento, experiencia y calidez humana enriquecieron esta tesis la que nace con el propósito de aleccionar a aquellas personas, familiares o no, encargadas de mejorar la calidad de vida de su familiar con enfermedad terminal de manera invaluable.

A Jazmín, una vez más. Porque sin ella jamás hubiera subido hasta aquí: a presentar como mi creación esta Tesis.

. Gracias por ser esa hermana que el cielo me regaló, por creer en mí cuando yo ya no lo hacía, y por apoyarme incondicionalmente. Cada vez que quise rendirme, ella estuvo ahí, y este logro también es suyo. Que Dios la bendiga, la proteja y la colme de felicidad y éxitos; porque personas como ella son la expresión autentico del amor humano que intenta emular al amor del Señor, mereces todo lo bueno de la vida: hermana-amiga.

A Tati y Nina, por ser compañeras de carrera que se han convertido en amigas para toda la vida. Espero verlas brillar como grandes profesionales del Derecho. Desde ya, les deseo éxito en todo lo que emprendan, y que la amistad que compartimos perdure más allá de los muros de la universidad.

También deseo expresar un eterno agradecimiento a la señora Keila Mora Valverde, cuyo respaldo fue clave para concretar las entrevistas con los expertos que enriquecieron esta tesis. Su apoyo, brindado en medio de una etapa profundamente transformadora de su vida, hizo posible avanzar con confianza en esta última fase del trabajo.

Keila es una mujer admirable, que ha sabido caminar con fortaleza entre retos y bendiciones. Aun con las exigencias propias de un momento tan único y personal, no dudó en extenderme su ayuda con generosidad y cariño. Su ejemplo de entrega y resiliencia será siempre recordado con profunda gratitud.

Gracias a todos ustedes, porque cada uno ha sido una pieza clave en este recorrido y por ello mi eterno agradecimiento.

Resumen Ejecutivo

La presente tesis aborda el complejo y sensible tema de la Eutanasia, enfocándose en la viabilidad de construir un marco jurídico que permita el derecho a finalizar la vida de forma digna en personas con enfermedades terminales en Costa Rica. A partir del análisis del Expediente N° 21.383 y la comparación con las legislaciones de nueve países donde la Eutanasia se encuentra debidamente regulada, se busca ofrecer una propuesta integral, jurídica, ética y humanista.

Para ello, se utilizó una metodología de análisis documental de derecho comparado y entrevistas a profundidad con especialistas en medicina, bioética y trabajo social, cuyas perspectivas enriquecieron profundamente la investigación.

Los hallazgos evidencian que, si bien Costa Rica aún carece de una legislación específica sobre Eutanasia, el país cuenta con herramientas constitucionales, legales y bioéticas que podrían respaldar dicha regulación, especialmente si se fundamenta en el principio de autonomía de la voluntad y en el respeto a la dignidad humana. Sin embargo, el estudio también identifica desafíos importantes a nivel de infraestructura médica, capacitación del personal especializado, dilemas éticos y religiosos, así como la urgente necesidad de fortalecer los cuidados paliativos antes de considerar la Eutanasia como opción.

El análisis comparativo de las leyes extranjeras (Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, España, Nueva Zelanda, Portugal y Ecuador) permitió identificar elementos comunes como la necesidad del consentimiento informado, voluntario y reiterado; la participación de comités interdisciplinarios de evaluación; el reconocimiento de las voluntades anticipadas; y la garantía de objeción de conciencia para el personal médico. Asimismo, se propone la creación de un Comité Nacional de Evaluación y Garantía de la Muerte Digna, así como protocolos específicos para la valoración médica, psicológica

y legal de cada caso, incluyendo la incorporación de la Eutanasia como parte de las directrices anticipadas, especialmente para enfermedades Neurodegenerativas.

Esta investigación concluye que Costa Rica sí podría, de manera controlada, ética y segura, desarrollar un marco jurídico que respete la autonomía de los pacientes y que les brinde el derecho a una muerte digna, sin que esto signifique sustituir los cuidados paliativos, sino complementarlos como una opción excepcional para aquellos pacientes cuyo sufrimiento es intolerable a pesar de los recursos médicos existentes. Finalmente, la tesis culmina con la propuesta de un Reglamento para la Aplicación Controlada, Ética y Segura del Procedimiento de Muerte Digna Voluntaria en Costa Rica, como un modelo humanista y jurídico basado en la autonomía y el derecho a decidir la última voluntad.

Palabras clave: Palabras clave: Eutanasia, Eutanasia Activa, Eutanasia Pasiva, Muerte Digna, Objeción de Conciencia, Autonomía de la Voluntad, Derecho a la Vida, Derechos Humanos, Bioética, Enfermedades Terminales.

Abstract

This thesis addresses the complex and sensitive issue of euthanasia, focusing on the feasibility of establishing a legal framework that allows the right to die with dignity for terminally ill patients in Costa Rica. Based on the analysis of Bill No. 21.383 and a comparison with the legislation of nine countries where euthanasia is duly regulated, this study aims to offer a comprehensive legal, ethical, and humanistic proposal. The methodology involved a comparative law documentary analysis and in-depth interviews with experts in medicine, bioethics, and social work, whose perspectives greatly enriched the research.

The findings show that, although Costa Rica still lacks specific legislation on euthanasia, the country has constitutional, legal, and bioethical tools that could support such regulation, especially if based on the principle of autonomy of will and respect for human dignity. However, the study also identifies significant challenges in medical infrastructure, training of specialized personnel, ethical and religious dilemmas, and the urgent need to strengthen palliative care before considering euthanasia as an option.

The comparative analysis of foreign laws (Netherlands, Belgium, Luxembourg, Canada, Colombia, Spain, New Zealand, Portugal, and Ecuador) allowed identifying common elements such as the need for informed, voluntary, and reiterated consent; the participation of interdisciplinary evaluation committees; the recognition of advance directives; and the guarantee of conscientious objection for healthcare personnel. The study also proposes the creation of a National Committee for the Evaluation and Oversight of Death with Dignity, as well as specific protocols for the medical, psychological, and legal assessment of each case, including the incorporation of euthanasia as part of advance directives, especially for neurodegenerative diseases.

This research concludes that Costa Rica could, in a controlled, ethical, and safe manner, develop a legal framework that respects patients' autonomy and grants them the right to a dignified death, without replacing palliative care, but rather complementing it as an exceptional option for those whose suffering is intolerable despite existing medical resources. Finally, the thesis culminates with the proposal of a Regulation for the Controlled, Ethical, and Safe Application of the Voluntary Death with Dignity Procedure in Costa Rica, as a humanistic and legal model based on autonomy and the right to decide one's final will.

Keywords: Euthanasia, Active Euthanasia, Passive Euthanasia, Death with Dignity, Conscientious Objection, Autonomy of Will, Human Rights, Bioethics, Terminal Illnesses.

Glosario de Términos

A

- **Alzheimer:** Enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible que afecta principalmente la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Es la forma más común de demencia y, en etapas avanzadas, genera una pérdida total de la autonomía del paciente, lo que plantea dilemas éticos y jurídicos sobre su tratamiento y cuidados.
- **Autonomía de la Voluntad:** Principio jurídico y bioético que reconoce el derecho de una persona a tomar decisiones libres y fundamentadas sobre su vida, salud y tratamientos médicos, siempre que no afecte derechos de terceros ni vaya en contra del ordenamiento jurídico. En el contexto de la Eutanasia, implica la capacidad del paciente para decidir sobre el final de su vida.

B

- **Bioderecho:** Rama del Derecho que regula los avances científicos y tecnológicos en materia de biología y salud, estableciendo normas éticas y jurídicas para la investigación biomédica, la reproducción asistida, los trasplantes de órganos, la eutanasia y otros temas sensibles en el ámbito de la medicina y la biotecnología.
- **Bioética:** Disciplina que estudia las cuestiones éticas derivadas de la práctica médica y la investigación científica en seres humanos. En el contexto de la Eutanasia y los cuidados paliativos, se centra en garantizar la dignidad y autonomía de los pacientes, evitando tanto la prolongación innecesaria del sufrimiento como la aplicación arbitraria de procedimientos médicos.

C

- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS):** Institución pública encargada de administrar el sistema de salud en Costa Rica, incluyendo la gestión de hospitales, Ebáis y programas de atención médica. En el ámbito de la eutanasia y los cuidados paliativos, es la entidad responsable de garantizar el acceso a tratamientos adecuados y definir los protocolos de atención al final de la vida.
- **Cáncer Metastásico:** Fase avanzada del cáncer en la que las células malignas se han diseminado a otros órganos del cuerpo, lo que reduce significativamente las posibilidades de tratamiento curativo. Su diagnóstico suele estar relacionado con el debate sobre la muerte digna y el acceso a cuidados paliativos.
- **Clínica Ampliada:** Modelo de atención médica que enfatiza la relación humanizada entre el paciente y el equipo de salud, considerando no solo el tratamiento de la enfermedad, sino también su impacto psicológico, social y familiar. En el contexto de la eutanasia, promueve un enfoque integral de la muerte digna.
- **Comité Interdisciplinario:** Grupo conformado por especialistas de distintas áreas de la salud, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales y bioeticistas, encargado de evaluar solicitudes de Eutanasia, garantizar el cumplimiento de criterios médicos y éticos, y evitar posibles abusos en la aplicación del procedimiento.
- **Comité Nacional de Evaluación y Garantía de la Muerte Digna (CONAGEMD):** Órgano hipotético propuesto en esta investigación, cuya función sería supervisar la aplicación de la eutanasia en Costa Rica, estableciendo lineamientos, regulaciones y mecanismos de control para garantizar su correcta implementación bajo principios éticos y jurídicos.
- **Consentimiento Informado:** Derecho del paciente a recibir información clara, completa y comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento y alternativas médicas

antes de aceptar o rechazar cualquier procedimiento. En el contexto de la Eutanasia es un requisito esencial para garantizar que la decisión del paciente sea libre y voluntaria.

- **Cuidados Paliativos:** Atención médica especializada que busca mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades graves o terminales, aliviando el dolor y otros síntomas sin intención curativa. Incluye el acompañamiento psicológico, social y espiritual del paciente y su familia.

D

- **Derecho a la Vida:** Principio fundamental consagrado en la Constitución Política de Costa Rica y en tratados internacionales de derechos humanos, que protege la existencia de toda persona. Su interpretación en el contexto de la eutanasia genera debate sobre si el derecho a la vida incluye el derecho a decidir sobre el propio final de la vida.
- **Derechos Humanos:** Conjunto de garantías fundamentales inherentes a toda persona, incluyendo el derecho a la dignidad, la autonomía y la autodeterminación. En el marco de la eutanasia, se relacionan con el derecho a una muerte digna y la no prolongación del sufrimiento innecesario.
- **Disfagia:** Dificultad para tragar alimentos o líquidos debido a enfermedades neuromusculares o neurodegenerativas, como el ELA o el Parkinson. Puede llevar a la necesidad de alimentación asistida mediante una Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP).
- **Distanasia:** Práctica médica que prolonga innecesariamente la vida de un paciente en estado terminal mediante tratamientos excesivos, sin expectativa de recuperación ni mejora en su calidad de vida.

- **Distrofia Muscular de Duchenne:** Enfermedad genética que causa degeneración muscular progresiva, afectando la movilidad y funciones vitales. En etapas avanzadas, puede generar la necesidad de cuidados paliativos y decisiones sobre el uso de medidas de soporte vital.

E

- **Ebáis (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud):** Unidades de atención primaria en Costa Rica encargadas de brindar servicios médicos preventivos y curativos a nivel comunitario.
- **EDUS (Expediente Digital Único en Salud):** Sistema digital de la CCSS que centraliza la información médica de los pacientes, facilitando la gestión de su historial clínico.
- **ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica):** Enfermedad neurodegenerativa incurable que provoca debilidad muscular progresiva, parálisis y dificultad para respirar, afectando la autonomía del paciente. Es una de las condiciones más asociadas al debate sobre la eutanasia y la muerte digna.
- **Encarnizamiento Terapéutico (o Ensañamiento Terapéutico):** Uso de tratamientos médicos desproporcionados que prolongan artificialmente la vida de un paciente sin mejorar su calidad de vida, generando sufrimiento innecesario.
- **Enfermedades Neurodegenerativas:** Grupo de patologías progresivas que afectan el sistema nervioso, como el Alzheimer, el Parkinson, la Esclerosis Múltiple y el ELA, provocando deterioro físico y cognitivo irreversible. Suelen ser la base de discusiones sobre la muerte digna y cuidados paliativos.
- **Enfermedades Terminales:** Enfermedades avanzadas, incurables y progresivas que llevan inevitablemente a la muerte en un corto o mediano plazo. Incluyen el cáncer metastásico, ELA y otras condiciones irreversibles.

- **Euporfina:** Analgésico opioide utilizado en medicina paliativa para el tratamiento del dolor severo y síntomas refractarios en pacientes terminales, especialmente cuando otros medicamentos no logran el alivio esperado.
- **Eutanasia:** Procedimiento médico mediante el cual se provoca intencionalmente la muerte de un paciente con enfermedad terminal o sufrimiento insoportable, a solicitud de este, con el fin de evitar un padecimiento prolongado.
- **Eutanasia Activa:** Intervención directa realizada por un profesional de salud para provocar la muerte del paciente mediante la administración de sustancias letales, bajo su consentimiento informado.
- **Eutanasia Involuntaria:** Situación en la que la eutanasia se practica sin que exista consentimiento del paciente, pese a que este podría haberlo otorgado. Considerada éticamente inaceptable y jurídicamente sancionada en la mayoría de los países.
- **Eutanasia No Voluntaria:** Práctica de eutanasia realizada cuando el paciente no puede expresar su voluntad debido a inconsciencia, demencia avanzada o incapacidad mental. La decisión suele recaer en familiares o comités médicos, generando debates éticos complejos.
- **Eutanasia Pasiva:** Omisión o suspensión de tratamientos médicos que prolongarían artificialmente la vida, permitiendo el curso natural hacia la muerte. Es considerada por algunos autores un ejercicio de autonomía y dignidad.

- **Eutanasia Voluntaria:** Eutanasia realizada a solicitud expresa, consciente y reiterada del paciente, quien decide finalizar su vida ante un sufrimiento intolerable.

F

- **Fentanilo en parches:** Potente analgésico opioide de liberación prolongada, utilizado para tratar el dolor crónico severo en pacientes oncológicos y terminales, mediante absorción transdérmica continua.

H

- **Homicidio Piadoso:** Figura jurídica contemplada en el artículo 116 del Código Penal de Costa Rica, que sanciona con penas reducidas a quien cause la muerte a una persona enferma grave o incurable, motivado por compasión y a solicitud insistente del enfermo.

L

- **Lex Artis:** Principio que hace referencia a las normas, estándares y prácticas médicas aceptadas y reconocidas por la comunidad profesional, que definen lo que se considera una actuación correcta y diligente en el ejercicio médico.
- **Lidocaína:** Anestésico local y antiarrítmico utilizado en cuidados paliativos para el manejo de dolores neuropáticos severos y síntomas refractarios que no responden a otros analgésicos.

G

- **Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP):** Procedimiento quirúrgico en el que se coloca un tubo en el estómago para proporcionar nutrición a pacientes que no pueden alimentarse por vía oral, común en personas con enfermedades neurodegenerativas avanzadas.

M

- **Muerte Digna:** Concepto que defiende el derecho de una persona a morir sin sufrimiento innecesario, con acceso a cuidados paliativos y en condiciones que respeten su autonomía y dignidad.
- **Muerte por Piedad:** Acción de causar la muerte de una persona para evitarle sufrimientos extremos, basada en un acto de compasión. Puede ser considerada sinónimo de homicidio piadoso en el ámbito jurídico costarricense.

N

- **NoLOM:** Procedimiento administrativo de la CCSS para la compra extraordinaria de medicamentos no disponibles en el cuadro básico, especialmente aquellos utilizados en cuidados paliativos, como la lidocaína, el fentanilo y el riluzol.

O

- **Objeción de Conciencia:** Derecho de los profesionales de la salud a abstenerse de participar en procedimientos que contravengan sus principios

morales, éticos o religiosos, como la eutanasia o la interrupción del embarazo, siempre que se respeten los derechos del paciente.

P

- **Paciente Terminal:** Persona diagnosticada con una enfermedad incurable, en etapa avanzada y con expectativa limitada de vida, sin posibilidad de tratamiento curativo.
- **Parkinson:** Enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta el sistema nervioso, causando temblores, rigidez muscular y dificultades en la movilidad.
- **Pedopsiquiatra:** Especialista médico en psiquiatría infantil y adolescente, encargado de evaluar la salud mental de menores de edad, incluyendo situaciones límite donde pudiera considerarse la eutanasia en países donde es legal para menores.
- **Principio de Autonomía:** Fundamento bioético que establece el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su salud y tratamientos médicos sin interferencia externa.
- **Principio de Beneficencia:** Obligación médica de actuar en beneficio del paciente, minimizando el sufrimiento y maximizando su bienestar.
- **Principio de Dignidad Humana:** Concepto central en derechos humanos y bioética, que establece que toda persona debe ser tratada con respeto y sin sometimiento a condiciones degradantes.
- **Principio de No Maleficencia:** Fundamento ético que obliga a los profesionales de la salud a evitar causar daño al paciente. En el debate sobre

la eutanasia, implica valorar si mantener tratamientos innecesarios podría ser considerado un acto de daño o prolongación del sufrimiento.

R

- **Rechazo de Tratamientos Médicos:** Derecho reconocido a todo paciente para negarse a recibir procedimientos médicos o terapias, incluso si esto acelera el proceso de muerte. Se basa en el principio de autonomía y debe respetarse siempre que el paciente esté en capacidad de tomar decisiones informadas. Artículo 46 Código Civil de Costa Rica.
- **Riluzol:** Medicamento utilizado para ralentizar la progresión de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Aunque no cura la enfermedad, puede retrasar el deterioro funcional. Su adquisición en Costa Rica debe tramitarse mediante procedimientos especiales como NoLOM.

S

- **Sedación Paliativa:** Práctica médica que consiste en administrar medicamentos para reducir la conciencia del paciente y aliviar síntomas refractarios (dolor, agitación o disnea) en la etapa final de la vida, cuando otros tratamientos ya no son efectivos.
- **Síntomas Refractarios:** Se refiere a aquellos síntomas físicos o psicológicos, como dolor intenso, disnea (dificultad respiratoria), vómitos persistentes o ansiedad severa, que no responden a los tratamientos médicos convencionales, incluso utilizando todas las terapias disponibles. En medicina paliativa, la presencia de síntomas refractarios es una de las

principales indicaciones para aplicar sedación paliativa profunda, buscando aliviar el sufrimiento del paciente al final de la vida.

- **Suicidio Asistido:** Procedimiento en el que un profesional médico facilita los medios necesarios (como medicamentos letales) para que el propio paciente, de forma voluntaria y consciente, pueda poner fin a su vida. La diferencia con la Eutanasia radica en que la acción final la ejecuta el paciente.

T

- **Testamento Vital:** Documento legal en el que una persona expresa por adelantado su voluntad respecto a los tratamientos médicos que desea recibir o rechazar en caso de encontrarse en situación irreversible o terminal, y de no poder tomar decisiones por sí misma.

V

- **Voluntades Anticipadas:** Instrumento legal mediante el cual una persona manifiesta, de forma previa y con validez jurídica, sus preferencias sobre cuidados médicos, tratamientos o procedimientos al final de la vida, incluyendo el deseo expreso de no ser sometido a encarnizamiento terapéutico o de optar por la eutanasia, si fuera legalmente posible.

Tabla de Contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1

Definición del Tema de Investigación 1

Justificación.....2

Conveniencia.....2

Relevancia social.....3

Implicaciones prácticas 4

Valor teórico 4

Planteamiento del Problema 5

Delimitación del Tema.....7

Delimitación Espacio-Temporal.....7

Contenido Necesario 8

Factibilidad 8

Justificación de la Delimitación.....8

Objetivos**.....10**

Objetivo General 10

Objetivos Específicos.....10

Antecedentes.....11

Antecedentes Nacionales 11

Primer Proyecto de Ley Expediente 19.440 (2014).....11

Considérese la Tesis de Yoselin Mata Rodríguez y María José Valverde Barrantes (2017) 11

Segundo Proyecto de Ley Expediente 21.383 (2019).....12

Tesis de María Daniela Jiménez Araya y Stefanny Mariela Fernández Serrano (2021) 13

Antecedentes Internacionales.....14

Colombia 14

Países Bajos (Holanda).....15

Bélgica.....15

Luxemburgo.....16

Canadá 16

Australia.....17

Nueva Zelanda 17

España 17

Ecuador 18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA 19

Conceptualización Etimológica de la Eutanasia y su Relación con la Muerte Digna.....21

Referencias Históricas de la Eutanasia 23

1.1. Etapa Primitiva 23

1.2. Etapa Antigua 23

1.2.1. Pueblo Judío.....24

1.2.2. Pueblo Griego.....24

1.2.3. Pueblo Romano.....24

1.4 Etapa Moderna 25

1.4.1 Concepción Eclesiástica.....25

1.4.2 La Experiencia Nazi.....25

1.4.3 Concepción Humanista 26

Definición de Eutanasia y Muerte Asistida.....27

Conceptualización de la Eutanasia Activa y Pasiva.....27

Conceptualización del Suicidio Asistido.....28

Diferencias entre Eutanasia Voluntaria, Involuntaria y No Voluntaria.....28

Muerte por Piedad – Artículo 116 Código Penal Costarricense.....30

Diferenciación entre Eutanasia y el Rechazo de Tratamientos Médicos 33

Definición de Encarnizamiento Terapéutico y su Relevancia en el Debate Jurídico y Ético 36

Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales de la Eutanasia 38

Implicaciones médicas y psicológicas del proceso en pacientes terminales 38

Impacto en familiares y equipos médicos.....39

Perspectivas religiosas y culturales en torno a la eutanasia 40

El Derecho a la Vida desde la Óptica Legal Costarricense 41

Conceptualización del Derecho a la Vida.....42

Interpretaciones de la Sala Constitucional sobre el derecho a la vida 44

Comparación con el Derecho Natural y la Dignidad Humana 50

Análisis Doctrinal Integral del Derecho a la Vida.....55

Protección y Limitaciones del Derecho a la Vida: Opinión Jurídica OJ-026-2011 58

Autonomía y Dignidad: Resolución N.º 04593-2024 del Tribunal Contencioso Administrativo.....61

Conflictos Éticos en la Eutanasia: Un Análisis desde las Creencias y la Dignidad Humana.....64

Conflictos Bioéticos de la Eutanasia: Una Reflexión desde la Bioética Ampliada 67

La Bioética Ampliada como Enfoque Integral para Entender la Eutanasia 67

La Relación entre Clínica Ampliada y Bioética: Humanización del Acto Médico 67

El Caso "Anne Prédaille": Dilemas Éticos Profundos.....68

Tensión entre Beneficencia, Autonomía y No Maleficencia 69

La Relación Humana en el Proceso de Morir: Más Allá del Modelo Biomédico.....69

Conclusión Dr. Rubens Bedrikow.....70

Introducción al Proyecto de Ley N.º 21.383 sobre Muerte Digna y Eutanasia en Costa Rica 70

Análisis Integral del Proyecto de Ley N.º 21.383: "Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia" 71

Análisis de la Opinión Pública y el Debate Social sobre la Muerte Digna en Costa Rica

.....75

Encuesta “Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica” (Universidad de Costa Rica, 2015) 76

Análisis de la percepción social costarricense sobre la eutanasia: Encuesta realizada por Teletica (2019) 82

Comparación y análisis crítico de las percepciones sociales sobre la eutanasia en Costa Rica (2015-2019) 85

Análisis del artículo: "Vivir con dignidad el proceso de la muerte: una mirada desde el bioderecho" 88

Conflicto Jurídico y Ético entre los Cuidados Paliativos y la Eutanasia 91

Introducción al análisis de la objeción de conciencia.....94

Reconocimiento de la objeción de conciencia en pacientes 95

Reconocimiento de la objeción de conciencia en los profesionales de la salud 96

Ejercicio específico de la objeción de conciencia en casos particulares: interrupción del embarazo.....96

Límites de la objeción de conciencia según la jurisprudencia de la Sala Constitucional 97

Objeción de conciencia y otros profesionales de la salud: el caso de la dispensación de anticonceptivos.....97

Implicaciones de la objeción de conciencia para el Proyecto de Ley N.º 21.383.....98

Estudio de los conflictos normativos y doctrinales que tendría la eventual aprobación de una Ley de Eutanasia en Costa Rica.....99

Ley General de Salud: un derecho a la protección de la vida 99

Código Penal: el homicidio por piedad y la penalización vigente.....99

Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud...100

Jurisprudencia de la Sala Constitucional: límites al derecho de autonomía y vida ...100

Defensoría de los Habitantes: análisis y condiciones para la eutanasia.....101

Colegio de Médicos y Cirujanos: objeción de conciencia y deber de cuidado 101

Ley de Voluntades Anticipadas: un vacío normativo urgente.....102

Necesidad de reformas integrales para la viabilidad de la eutanasia en Costa Rica 103

Introducción al Derecho Comparado sobre la Muerte Digna: Un Estudio Internacional Relevante para Costa Rica 103

El Derecho a una Muerte Digna en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos 107

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y la Vida como Existencia Digna.....107

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Igualdad, Dignidad y Autonomía 108

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Derecho a la Vida con Dignidad.....109

Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH): Vida, Dignidad y Autonomía 109

Conclusión Artículo Miró Quesada 110

Modelos Internacionales de Regulación de la Muerte Digna: Legislaciones Vigentes hasta 2024 110

Ley de Eutanasia Países Bajos (2002) 112

Ley de Eutanasia Bélgica (2002).....116

Ley de Eutanasia Luxemburgo (2009) 122

Ley de Eutanasia Colombia (2014) 127

Ley de Eutanasia Canadá (2016).....131

Ley de Eutanasia España (2021) 137

Ley de Eutanasia Nueva Zelanda (2021) 142

Ley de Eutanasia Portugal (2023).....146

Ley de Eutanasia Ecuador (2024).....151

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....157

Enfoque de la Investigación 158

Enfoque Cualitativo 158

Diseño de la Investigación 159

Selección del Diseño de Investigación: Diseño Fenomenológico 163
Fuentes de Información 166
Fuentes Primarias 167
Fuentes Secundarias.....168
Población de Estudio 169
Justificación de la Población 170
Criterios de selección 171
Criterios de Exclusión.....171
Instrumento para la Recolección de Datos 172
Contenido de la Guía de Entrevistas.....172
Justificación del Uso de la Entrevista Semiestructurada.....173
Recolección y Análisis de Datos 173
Recolección de Datos.....174
Análisis de Datos.....174
Procesamiento de Información 175
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS 176
Unidades de Análisis, Categorías y Justificación sobre la Viabilidad Jurídica y Social de la Eutanasia en Costa Rica.....178
Preguntas Realizadas a los Expertos por Unidad de Análisis 181
Unidad de Análisis 1.1: Viabilidad Médica de la Eutanasia en Costa Rica.....186
Categoría 1: Criterios Médicos para Determinar la Elegibilidad de la Eutanasia 186
Unidad de Análisis 1.2: Alcance de los Cuidados Paliativos en la Decisión de la Eutanasia 193
Categoría 2: Limitaciones del Sistema Paliativo en Costa Rica.....193
Unidad de Análisis 2.1: Consideraciones Éticas en la Aplicación de la Eutanasia.....199
Categoría 3: Dilemas Éticos para los Profesionales de la Salud 199
Unidad de Análisis 2.2: Impacto de la Eutanasia en la Relación Médico-Paciente y la Familia.....205

Categoría 4: Consentimiento Informado y Presión Familiar 205

Unidad de Análisis 3.1: Viabilidad del Proyecto de Ley 21.383 en el Contexto Costarricense 210

Categoría 5: Desafíos en la Implementación del Proyecto de Ley 21.383.....210

Unidad de Análisis 3.2: Alternativas o Modelos Internacionales que Podrían Adaptarse a Costa Rica.....215

Categoría 6: Adaptabilidad de Modelos Extranjeros a la CCSS 215

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 220

Conclusiones.....221

Preámbulo General para la Respuesta a los Objetivos Específicos 233

Respuesta Final a la Pregunta de Investigación. 238

Recomendaciones 241

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIÓN DE REGLAMENTO.....242

Título I: Disposiciones Generales 244

Título II: Definiciones.....245

Título III: Requisitos del Paciente.....247

Título IV: Procedimiento y Control 248

Título V: Control, Supervisión y Sanciones.....251

Título VI: Reformas y Disposiciones Finales.....252

Referencias**.....254**

Anexos**.....266**

Anexo No. 1 - Currículum Profesional de las Personas Entrevistadas 266

Anexo No. 2 - Detalle de las Entrevistas Realizadas a los Expertos 269

Anexo No. 3 – Solicitud de Entrevista Dr. Franz Vega Zúñiga 270

Anexo No. 4 – Autorización de Entrada a Ciudad Judicial.....273

Anexo No. 5 - Transcripción Integral de las Entrevistas a Expertos 276

Índice de Tablas

Tabla 1 Resultados de la Encuesta - "Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica" (UCR, 2015).....83

Tabla 2 Decisiones personales ante una enfermedad terminal según encuesta "Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica" (UCR, 2015).....86

Tabla 3 Resultados y análisis de la encuesta sobre Eutanasia en redes sociales (Teletica.com, 2019).....89

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Definición del Tema de Investigación

El tema de esta investigación se centra en el desarrollo de un marco jurídico que eventualmente podría tutelar el derecho de las personas con enfermedades terminales, a finalizar su vida de manera digna en Costa Rica. La discusión sobre la eutanasia en el contexto jurídico-costarricense plantea múltiples desafíos, en particular cuando se considera la intersección entre los derechos fundamentales, como el derecho a la vida, la dignidad humana, y el derecho a la autodeterminación (González, 2019).

En esta línea, el Expediente Legislativo N° 21383 propone un marco normativo que permita la eutanasia en casos excepcionales, lo que abre un debate que no solo involucra aspectos legales, sino también consideraciones éticas y culturales profundamente arraigadas en la sociedad costarricense. Existen diferentes aristas que tendrán que ser consideradas en caso de una posible aprobación de este proyecto de ley, pues entrarían en confrontación con varias normas legales vigentes.

Desde una perspectiva constitucional, la investigación pretende analizar si Costa Rica puede, respetando los valores y principios que rigen su ordenamiento jurídico, desarrollar una regulación que permita la eutanasia para personas con enfermedades terminales, sin contravenir las disposiciones actuales del derecho penal ni las normativas de salud vigentes (Rodríguez, 2021). El tema cobra relevancia en un contexto en el que varios países ya han implementado marcos jurídicos que regulan este derecho, como los Países Bajos y Bélgica, así como Colombia, permitiendo extraer lecciones valiosas que podrían ser aplicables en el caso costarricense (Smith & Jones, 2020).

En particular, la investigación examinará cómo estas legislaciones extranjeras han abordado cuestiones clave como los mecanismos de supervisión, los requisitos para acceder a este derecho, y las salvaguardas para evitar abusos (Kelleher, 2018). Asimismo,

se evaluará el expediente N° 21383 para determinar su viabilidad en el marco jurídico costarricense y si responde adecuadamente a las necesidades de los pacientes terminales, así como a los principios fundamentales de dignidad y derechos humanos.

Este análisis no solo permitirá identificar las fortalezas y debilidades del proyecto legislativo costarricense, sino que también proporcionará recomendaciones para un eventual marco jurídico que asegure un equilibrio entre los derechos individuales y el respeto por los valores colectivos que caracterizan a la sociedad costarricense (Fernández, 2020).

Justificación

Conveniencia

En el marco jurídico Costarricense, la ausencia de regulación en materia de eutanasia plantea la necesidad de abordar y normar este vacío legal. La falta de una ley que contemple la muerte digna, impide que los ciudadanos tengan acceso a un derecho esencial, para poner fin al sufrimiento en casos de enfermedades terminales, es una opción que al día de hoy no está cubierta por el sistema legal Costarricense.

Si bien ningún sistema jurídico es perfecto, su evolución es indispensable para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad, como lo argumenta Montesquieu en “De l'esprit des lois” (1748), cuando describe que "las leyes no son más que las relaciones necesarias que derivan de la naturaleza de las cosas" (p. 25). En este sentido, Costa Rica debe ajustar su sistema jurídico para brindar una opción digna a quienes enfrentan un sufrimiento irreversible.

La protección de los derechos individuales de cada Costarricense es primordial, y la muerte digna debería contemplarse como parte de ese resguardo. Según Fernández (2008), la normatividad debe procurar una coherencia en la defensa de los derechos

fundamentales, incluso para quienes pertenecen a minorías vulnerables, como los pacientes que desean finalizar su vida de manera digna.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo analizar el Proyecto de Ley N° 21.383, presentado por la diputada Paola Vega en 2019, que aborda la eutanasia y la muerte digna en Costa Rica, con el fin de evaluar su viabilidad y su potencial para aliviar el sufrimiento de pacientes terminales y de sus familias.

Relevancia social

La aceptación y legalización de la Eutanasia impactaría significativamente a diversos actores sociales: los pacientes terminales, sus familias, los profesionales médicos, y la sociedad en general. Para los médicos, la Eutanasia plantea un desafío en relación con el Juramento Hipocrático y las implicaciones éticas de participar en el proceso de finalización de la vida.

Además, se hace realmente esencial establecer pautas claras para evitar mal-interpretaciones o solicitudes indebidas por parte de familiares, lo que garantizaría la protección de las personas más vulnerables, como los adultos mayores (Montesinos, 2022). Incluso como se estudiará más a profundidad en el marco teórico, algunos países tienen contemplado en sus legislaciones, cómo manejar este tipo de procedimientos con pacientes menores de edad.

La relevancia de este proyecto radica en el alivio del sufrimiento extremo que padecen muchos pacientes terminales. Según el informe de la Dirección de Servicios de Salud, cerca de 4600 personas fallecen cada año en Costa Rica a causa del cáncer, muchas de ellas sufriendo dolores intensos pese a los cuidados paliativos (Ministerio de Salud, 2017). Estos datos reflejan la necesidad de considerar opciones como la eutanasia para pacientes que ya no encuentran alivio en los tratamientos disponibles.

Implicaciones prácticas

El envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas en Costa Rica sugieren que el número de personas que podrían beneficiarse de la eutanasia aumentará en los próximos años.

Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que, para el año 2050, el 18% de la población costarricense tendrá 60 años o más (INEC, 2011). Este cambio demográfico ejercerá presión sobre los recursos de salud pública, y la eutanasia podría no solo aliviar el sufrimiento de pacientes terminales, sino también optimizar el uso de recursos médicos y financieros.

Desde un punto de vista económico, la legalización de la eutanasia podría reducir los costos asociados a los tratamientos paliativos prolongados y los cuidados intensivos en los últimos días de vida de los pacientes, lo que contribuiría a un uso más eficiente de los recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (Censo Nacional, 2011).

Valor teórico

La discusión sobre la eutanasia enfrenta numerosos prejuicios sociales, éticos y religiosos que necesitan ser abordados de manera crítica y empática. En palabras de Reyes (2019), "la empatía hacia el sufrimiento ajeno debe guiar los debates sobre el derecho a morir con dignidad" (p. 45). La presente investigación no pretende estigmatizar ninguna opinión, sino ofrecer una plataforma para evaluar de manera imparcial todas las perspectivas involucradas.

Este análisis busca desentrañar la complejidad del derecho a la muerte digna desde la óptica de los principales actores involucrados: los pacientes, sus familias, el personal médico y la sociedad en general. Como parte de este proceso, también se abordarán las posturas de las instituciones religiosas, que a menudo se oponen a la eutanasia en base a creencias morales y espirituales profundamente arraigadas (Rodríguez, 2021).

Finalmente, el estudio de la propuesta de ley N° 21.383 proporcionará una comprensión más completa del impacto social, ético y legal que podría tener la legalización de la eutanasia en Costa Rica. La investigación evaluará cada una de las variables que enfrentará el proyecto, incluyendo las influencias culturales, religiosas y sociales que prevalecen en el país.

Planteamiento del Problema

El sistema jurídico costarricense tiene como fundamento esencial la defensa del derecho a la vida, un principio consagrado en el artículo 21 de la Constitución Política (1949), que establece que “la vida humana es inviolable”. Este derecho se deriva de las bases del derecho natural, el cual ha guiado el desarrollo normativo del país.

No obstante, frente a este derecho inalienable, surge el concepto de la eutanasia, que propone el derecho a una muerte digna, especialmente en aquellos casos donde la vida, lejos de ser una garantía de dignidad, se convierte en un prolongado sufrimiento. En Costa Rica, sin embargo, la eutanasia es penalizada, ya que el artículo 116 del Código Penal (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1970) prohíbe el "homicidio por piedad", lo que deja en el limbo jurídico a muchos pacientes terminales que buscan poner fin a su dolor de manera digna.

A pesar de estas restricciones legales, un creciente número de costarricenses, especialmente aquellos afectados por enfermedades terminales, abogan por el reconocimiento de su derecho a decidir el momento y las circunstancias de su muerte, de forma controlada y por piedad. La falta de un marco legal que permita la eutanasia en Costa Rica genera un vacío en la protección de los derechos de estos pacientes, quienes enfrentan enfermedades que les han arrebatado no solo su salud, sino su calidad de vida, felicidad y dignidad.

El proyecto de ley "Ley sobre muerte digna y eutanasia" (Expediente N° 21383), presentado en 2019 por la diputada Paola Vega Rodríguez, aborda precisamente esta problemática. Esta iniciativa propone regular el derecho de las personas con enfermedades terminales a optar por una muerte digna, retomando el debate iniciado en 2014 por los legisladores Antonio Álvarez Desanti y Carlos Manuel Arguedas Ramírez bajo el Expediente N° 19.440.

La importancia de esta investigación radica en analizar la viabilidad de dicho proyecto de ley, así como en estudiar el impacto que su aprobación podría tener desde el punto de vista legal, ético y social.

Además de examinar el marco jurídico propuesto, el presente estudio se enfoca en recabar opiniones de distintos sectores involucrados, tales como el gremio médico, que sería responsable de llevar a cabo estos procedimientos, y las organizaciones religiosas, que defienden la vida desde un enfoque dogmático.

También el proyecto podría buscar incluir el punto de vista de los pacientes terminales, cuyas experiencias reales y sufrimiento prolongado deben ser considerados en cualquier discusión sobre la legalización de la eutanasia.

La discusión sobre la eutanasia no es exclusiva de Costa Rica. Países como los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, España, Canadá y Colombia han avanzado en la legalización de la eutanasia bajo estrictos controles y condiciones. Aunque cada uno de estos países cuenta con su propio marco normativo, han logrado superar las barreras culturales y religiosas para enfocarse en la dignidad del paciente terminal.

Costa Rica, como un país que ha sido pionero en la defensa de los derechos humanos —demostrado en la reciente aprobación del matrimonio igualitario o inseminación in vitro —, enfrenta ahora la oportunidad de liderar en el ámbito centroamericano al abordar esta nueva cuestión ética.

El planteamiento del problema está alineado con el objetivo general de la investigación: Proponer recomendaciones para un eventual marco jurídico de eutanasia en Costa Rica, tomando como base el Expediente N° 21383 y las experiencias internacionales. Asimismo, los objetivos específicos de analizar la viabilidad del proyecto de ley y comparar legislaciones extranjeras están diseñados para ofrecer una visión clara y completa de la posible implementación de la eutanasia en el contexto costarricense.

Este análisis es crucial para garantizar que la discusión sobre el derecho a una muerte digna en Costa Rica avance con una sólida base jurídica, respetando los derechos fundamentales de los ciudadanos y los valores que rigen la sociedad costarricense.

La pregunta que surge de esta investigación es: ¿Puede Costa Rica, desde su marco constitucional, penal y de salud, desarrollar una normativa que permita la eutanasia en casos de personas con enfermedades terminales, respetando los valores éticos y culturales del país? Esta interrogante busca resolver la tensión entre el derecho inviolable a la vida y el derecho a morir con dignidad en un contexto de sufrimiento extremo.

Delimitación del Tema

Delimitación Espacio-Temporal

- **Espacial**: El estudio se centrará en Costa Rica, específicamente en el marco legal vigente que regula el derecho a la vida, el tratamiento de la eutanasia en el Código Penal (art. 116) y las políticas de salud relacionadas con enfermedades terminales y cuidados paliativos.
- **Temporal**: La investigación se delimita al análisis del Proyecto de Ley N° 21383 presentado en 2019, así como el marco legal y doctrinas vigentes hasta el primer semestre de 2024. También se contrastarán las legislaciones de países que ya permiten la eutanasia (Países Bajos, Bélgica, Colombia, etc.).

Contenido Necesario

La investigación busca abordar una brecha importante en el sistema jurídico costarricense, al analizar la posibilidad de establecer un marco normativo para la eutanasia que respete tanto el derecho constitucional a la vida como la dignidad de las personas con enfermedades terminales. La relevancia de esta investigación radica en la falta de un análisis profundo y actualizado que integre tanto el aspecto jurídico como las perspectivas éticas y de salud en Costa Rica.

Factibilidad

El proyecto es viable dado que el marco jurídico costarricense, tanto en el área constitucional como penal, está bien documentado, y existe acceso a información de primera mano sobre el proyecto de ley en estudio. Además, la colaboración con expertos en salud permitirá contextualizar las implicaciones prácticas y éticas de la eutanasia sin que la investigación tenga que abarcar temas estrictamente médicos. Los recursos disponibles en las Bibliotecas Jurídicas, así como el acceso a legislaciones internacionales, también facilitan la recolección de datos pertinentes dentro del tiempo previsto para la investigación.

Justificación de la Delimitación

Aunque la investigación es principalmente legal, la integración de expertos en cuidados paliativos se justifica en tanto que la eutanasia es un tema transversal que involucra a varios sectores, especialmente al sector salud. La asesoría de médicos y profesionales del área de cuidados paliativos permitirá que la investigación no se aleje de la realidad médica y que las propuestas de regulación tomen en cuenta la perspectiva de quienes estarían directamente involucrados en la aplicación de la ley.

De esta forma, la investigación se mantendrá fiel a sus raíces jurídicas, pero sin perder de vista las implicaciones prácticas y humanas del derecho a morir dignamente.

Con esta delimitación clara y precisa, el estudio se ajusta tanto a las líneas de investigación de Derecho como a las necesidades de la sociedad costarricense, contribuyendo con un análisis jurídico profundo sobre un tema de interés creciente.

Objetivos

Objetivo General

- Proponer recomendaciones para un eventual marco jurídico de eutanasia, con el fin de dar solidez y viabilidad al derecho de finalizar la vida de forma digna en personas con enfermedades terminales en Costa Rica, basado en el análisis del Expediente N° 21383 y en las experiencias internacionales de países europeos y americanos que ya aplican políticas similares.

Objetivos Específicos

1 Examinar el Expediente N° 21383, identificando sus principales componentes y su viabilidad en el marco jurídico Costarricense relacionado con el derecho a finalizar la vida de forma digna.

2 Contrastar las legislaciones extranjeras de países europeos y americanos sobre el derecho a una vida digna en casos de personas con enfermedades terminales, obteniendo elementos que puedan ser adaptados e implementados en Costa Rica en caso de aprobarse el proyecto de ley N° 21383.

3 Recomendar elementos de un marco jurídico para Costa Rica, basados en prácticas internacionales y adaptados a las necesidades específicas del contexto costarricense, avalando el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades terminales.

Antecedentes

Antecedentes Nacionales

Primer Proyecto de Ley Expediente 19.440 (2014)

En 2014, los diputados Antonio Álvarez Desanti y Carlos Manuel Arguedas Ramírez presentaron el proyecto titulado “Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal”. Este proyecto tenía como objetivo principal establecer un marco legal que permitiera a los pacientes en estado terminal optar por la eutanasia, promoviendo así el derecho a una muerte digna.

La propuesta incluía condiciones específicas para que un paciente pudiera solicitar este procedimiento, tales como la confirmación de un diagnóstico terminal y la voluntad expresa del paciente. A pesar de la importancia del tema, el proyecto fue archivado en agosto de 2018 debido a la falta de consenso político y social en torno a la eutanasia, así como a la resistencia de ciertos sectores que consideraban que la legalización podría llevar a abusos y a la desvalorización de la vida humana.

Considérese la Tesis de Yoselin Mata Rodríguez y María José Valverde Barrantes (2017)

En 2017, las estudiantes Yoselin Mata Rodríguez y María José Valverde Barrantes presentaron esta tesis para optar por el grado de licenciatura en Derecho en la Universidad de Costa Rica titulada “*Análisis de la aplicación de la eutanasia activa en pacientes con enfermedades terminales en el sistema jurídico costarricense”*. La investigación se centra en la viabilidad de la implementación de la eutanasia activa en el contexto costarricense,

abordando tanto los aspectos legales como las implicaciones éticas y sociales que rodean este tema.

La tesis se estructura en varios capítulos que analizan el marco jurídico existente en Costa Rica, identificando los principios constitucionales que podrían respaldar el derecho a una muerte digna. Las autoras examinan cómo los derechos humanos y la autonomía del paciente están interrelacionados con la discusión sobre la eutanasia, resaltando que, aunque se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones sobre su tratamiento médico, la legislación vigente presenta limitaciones significativas.

Uno de los puntos clave de la investigación es la identificación de las barreras legales que obstaculizan la legalización de la eutanasia activa. Estas incluyen la interpretación restrictiva de los derechos a la vida y a la integridad personal, así como la falta de un marco normativo claro que regule el procedimiento de eutanasia, lo que genera incertidumbre tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes.

Las autoras concluyen que, a pesar del creciente reconocimiento de los derechos de los pacientes terminales en la sociedad Costarricense, se requiere un cambio legislativo y cultural para abordar el tema de la Eutanasia activa. Sugieren que un enfoque más inclusivo y comprensivo que contemple tanto los aspectos legales como los éticos y sociales podría facilitar la discusión y eventual aprobación de una ley que permita la eutanasia activa en Costa Rica.

Es importante recalcar que esta tesis es la que utilizaría la diputada Paola Vega, para proponer y ampliar el segundo proyecto de Ley Expediente 21.383 en el año 2019.

Segundo Proyecto de Ley Expediente 21.383 (2019)

En 2019, la diputada Paola Vega revivió el debate sobre la eutanasia mediante la iniciativa "*Ley para el derecho a una muerte digna*". Este proyecto busca regular la eutanasia de forma integral, estableciendo no solo el derecho de los pacientes en estado

terminal a solicitar la eutanasia, sino también el procedimiento a seguir y los requisitos para su aplicación.

En este sentido, el proyecto enfatiza la necesidad de garantizar la autonomía del paciente y el respeto por su decisión, así como las obligaciones del personal médico involucrado. A pesar de su presentación, la propuesta ha enfrentado un intenso debate en la sociedad costarricense, generando opiniones divididas que han hecho que el proceso legislativo avance lentamente y que al día de hoy se encuentra prácticamente sin ningún tipo de estudio.

Tesis de María Daniela Jiménez Araya y Stefanny Mariela Fernández Serrano (2021)

Esta tesis se tituló "*Derecho a una muerte digna en la Constitución Política de Costa Rica, como manifestación de la dignidad humana: viabilidad de su despenalización, una lectura integral a la luz de los derechos humanos y el derecho comparado, en el caso de personas adultas en estado termina".*

Presentada en 2021 por María Daniela Jiménez Araya y Stefanny Mariela Fernández Serrano en la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, esta tesis investiga la posibilidad de despenalizar la eutanasia en el contexto costarricense, centrándose en el derecho a una muerte digna como un componente esencial de la dignidad humana.

La investigación está estructurada en varios capítulos que analizan, en primer lugar, el marco constitucional de Costa Rica y cómo se relaciona con la dignidad humana. Las autoras argumentan que el derecho a una muerte digna debe ser considerado como una extensión de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución, enfatizando que el respeto a la dignidad humana implica la posibilidad de elegir cómo y cuándo morir, especialmente para personas en estado terminal.

Un aspecto central de la tesis es el uso de un enfoque de derechos humanos y derecho comparado. Las autoras examinan las legislaciones de otros países que han despenalizado la eutanasia, así como las interpretaciones de tribunales internacionales sobre el derecho a la vida y a la dignidad. Esta comparación permite identificar modelos exitosos y lecciones aprendidas que podrían ser aplicables a la realidad costarricense.

Las conclusiones de la tesis subrayan que, a pesar de las barreras legales y culturales que existen en Costa Rica, hay un creciente reconocimiento de la necesidad de abordar el derecho a una muerte digna. Jiménez Araya y Fernández Serrano sostienen que la despenalización de la eutanasia podría ser viable si se considera desde una perspectiva integral que incluya no solo el marco legal, sino también las implicaciones éticas y sociales que acompañan a esta decisión. Además, destacan la importancia de un debate público amplio y bien informado para facilitar el avance hacia una legislación que respete y proteja este derecho.

Antecedentes Internacionales

Colombia

En Colombia, el derecho a la eutanasia fue reconocido inicialmente por la Corte Constitucional en 1997 a través de la Sentencia C-239/97, en la que se determinó que las personas que padecen enfermedades terminales tienen el derecho a una muerte digna. Sin embargo, no fue hasta 2015 que el Ministerio de Salud reglamentó el procedimiento para aplicar la eutanasia a través de la Resolución 1216 de 2015, que establece los requisitos y protocolos médicos para llevar a cabo este proceso en pacientes terminales.

Posteriormente, en 2021, la Corte Constitucional amplió el acceso a la eutanasia, permitiendo que personas con enfermedades no terminales también pudieran solicitarla

bajo ciertos criterios. En 2024, Colombia despenalizó por completo la eutanasia, reafirmando su compromiso con el derecho a una muerte digna. El país ha sido pionero en Latinoamérica en el desarrollo y aplicación de políticas sobre eutanasia, siendo uno de los pocos en tener una legislación tan avanzada en la materia.

Países Bajos (Holanda)

De acuerdo con los datos oficiales de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (2016). En los Países Bajos, la eutanasia fue legalizada mediante la Ley de Terminación de la Vida a Petición y Asistencia al Suicidio (2002). Es conocida bajo el nombre original "*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*". Esta legislación establece que los médicos pueden practicar la eutanasia si cumplen con estrictos criterios de diligencia, tales como que el paciente sufra de manera insoportable y que no exista perspectiva de mejoría.

La ley también permite la eutanasia en casos de enfermedades tanto terminales como no terminales, siempre que el sufrimiento sea grave. Los Países Bajos fueron el primer país del mundo en legalizar completamente la eutanasia, y su sistema ha servido de modelo para otros países que buscan implementar políticas similares.

Bélgica

El Congreso de Bélgica (2002), aprobó la Ley de Eutanasia (Loi relative à l'euthanasie), que permite a los adultos solicitar la eutanasia en caso de sufrir una enfermedad incurable que cause un sufrimiento físico o psicológico insoportable. Esta ley establece que los médicos pueden practicar la eutanasia si el paciente cumple con los requisitos legales, como la confirmación de su condición por un segundo médico.

En 2014, Bélgica amplió su legislación para permitir la eutanasia en menores de edad sin límite de edad, siempre que estos puedan demostrar una comprensión de las implicaciones del proceso y cuenten con el consentimiento de sus padres.

Luxemburgo

Según una traducción oficial de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (2016). Luxemburgo legalizó la eutanasia y el suicidio asistido en 2009 mediante la Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la Eutanasia y el Suicidio Asistido. Esta ley permite a los pacientes en estado terminal, o aquellos que padezcan una enfermedad grave e incurable, solicitar la eutanasia o el suicidio asistido.

Según dicha ley, la decisión debe ser tomada de manera libre y consciente, y debe confirmarse en repetidas ocasiones. Además, también se estipula que al menos dos médicos y una comisión de control deben estar involucrados en el proceso.

Canadá

De acuerdo a un informe periodístico de la reportera Vjosa Isai (2024) para el New York Times en 2016, Canadá legalizó la eutanasia y el suicidio asistido mediante la Ley C-14, conocida como *Medical Assistance in Dying (MAID)*. Esta ley permite que los adultos canadienses con enfermedades graves e irreversibles, que experimenten sufrimiento físico o psicológico insoportable, soliciten asistencia médica para morir.

En 2021, Canadá amplió los criterios de elegibilidad para incluir a personas con enfermedades no terminales y personas con discapacidades graves y crónicas. Los requisitos para acceder al MAID incluyen que el solicitante tenga al menos 18 años, esté mentalmente competente y que su solicitud sea voluntaria y bien informada.

Australia

En Australia, la eutanasia fue legalizada en el estado de Victoria en 2017 a través de la *Voluntary Assisted Dying Act 2017* según la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (2018) . Esta ley permite a los pacientes con enfermedades terminales solicitar asistencia para morir si cumplen con los requisitos establecidos, que incluyen tener menos de seis meses de vida, estar en pleno uso de sus facultades mentales y realizar la solicitud de manera voluntaria.

Otros estados, como Australia Occidental, Tasmania, Queensland y Australia del Sur, han aprobado legislaciones similares en los últimos años, lo que ha expandido el acceso a la eutanasia en gran parte del país.

Nueva Zelanda

Nueva Zelanda legalizó la eutanasia en 2020 mediante la "*End of Life Choice Act"*, que fue aprobada tras un referéndum en el que la mayoría de los votantes apoyó su implementación. La ley permite a las personas con enfermedades terminales que experimenten un sufrimiento insoportable solicitar asistencia médica para morir.

Para acceder a la eutanasia, los pacientes deben cumplir con estrictos criterios, como ser mayores de 18 años, estar mentalmente competentes y recibir la confirmación de dos médicos sobre su diagnóstico según informaba Preeti Jha (2020) en una publicación de la cadena internacional BBC News Mundo.

España

En 2021, España aprobó la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. De acuerdo con la página oficial del Ministerio de Sanidad (2021) esta ley permite que personas que padezcan una enfermedad grave e incurable o una condición crónica que cause un sufrimiento intolerable puedan solicitar la eutanasia.

Para acceder a este derecho, los pacientes deben ser mayores de edad, estar en pleno uso de sus facultades mentales y solicitar de manera reiterada su deseo de morir. La ley también establece un sistema de control y seguimiento a cargo de una comisión de garantías y evaluación en cada comunidad autónoma.

Ecuador

En 2024, Ecuador despenalizó la eutanasia bajo ciertos criterios, convirtiéndose en el segundo país de América Latina en adoptar esta legislación, después de Colombia. LEXIS Noticias (2024) comentó que la ley permite que pacientes con enfermedades terminales soliciten la eutanasia si cumplen con los requisitos establecidos, como haber agotado todas las opciones de tratamiento, estar en pleno uso de sus facultades mentales y contar con la confirmación de al menos dos médicos.

Esta ley aunque es muy reciente, también establece una serie de controles y supervisiones por parte de una comisión de ética médica que debe evaluar cada caso, que probablemente sufría cambios en el transcurso de los próximos años.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

El derecho a una muerte digna ha emergido como un tema central en los debates bioéticos y jurídicos contemporáneos. Este concepto se refiere al proceso de fin de vida en el cual se busca evitar el sufrimiento innecesario y preservar la autonomía y dignidad de la persona. En diversas jurisdicciones, la discusión se ha centrado en cómo garantizar que las personas con enfermedades terminales o condiciones incurables puedan transitar sus últimos momentos de manera respetuosa y conforme a sus deseos.

La importancia de este debate radica en la necesidad de equilibrar el respeto por la vida con la autonomía individual y el alivio del sufrimiento, por supuesto respetando criterios de valor como la objeción de conciencia en aquellos especialistas que deban aplicarlo. En Costa Rica, la discusión sobre la muerte digna ha cobrado relevancia en los últimos años. Según Sánchez Astúa (2024), en su artículo "La muerte digna en el Estado de Derecho costarricense", publicado en la *Revista Digital de Ciencias Penales de Costa Rica*, la jurisprudencia costarricense ha reconocido la muerte digna como una extensión de la dignidad humana, abriendo espacio para debates sobre su regulación y aplicación práctica.

A nivel internacional, países como España han avanzado en la regulación de este derecho. La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en vigor desde el 25 de junio de 2021, establece un marco legal que permite a las personas con enfermedades graves e incurables solicitar asistencia para morir, siempre que se cumplan estrictos requisitos y garantías. Esta legislación busca dar una respuesta jurídica equilibrada a una demanda social creciente sobre el derecho a decidir el propio final de la vida de manera digna.

Esta tesis como se explicó en la introducción, se propone explorar los conceptos fundamentales asociados al derecho a una muerte digna, evitando terminologías que puedan resultar sensibles en el contexto Costarricense. Se analizarán las definiciones y

alcances de términos como "muerte digna" y "autonomía del paciente", así como su interpretación en la doctrina y jurisprudencia nacionales.

En el ámbito jurídico, se examinará cómo el ordenamiento Costarricense ha abordado este derecho, considerando pronunciamientos de la Sala Constitucional y la legislación vigente en materia de derechos de los pacientes y cuidados paliativos, los cuales se analizarán con ayuda de médicos especialistas en dicha área. Este examen permitirá identificar las fortalezas y limitaciones del marco legal actual en relación con la garantía de una muerte digna.

Para enriquecer el análisis, se realizará un estudio comparado de legislaciones en países que han implementado normativas sobre la muerte digna. Se examinarán casos como el de España, donde la mencionada Ley Orgánica 3/2021 establece procedimientos claros y garantías para quienes optan por este derecho. Asimismo, se considerarán las experiencias de otros países europeos y americanos que han adoptado regulaciones similares, evaluando los desafíos y logros en su implementación.

Este enfoque comparado permitirá extraer lecciones y buenas prácticas que podrían ser adaptadas al contexto Costarricense, considerando las particularidades culturales, éticas y legales del país.

La investigación se basará en un enfoque cualitativo, empleando métodos de análisis documental y jurisprudencial. Se revisarán fuentes doctrinales, legislativas y jurisprudenciales tanto nacionales como internacionales, priorizando aquellas publicadas hasta el primer semestre de 2024. Las fuentes serán seleccionadas por su relevancia y actualidad, garantizando una base sólida y confiable para el desarrollo de la tesis. Todo esto acompañado de la mano de especialistas de alto renombre en el ámbito costarricense, así que, sin más preámbulo se dará inicio al tema de conceptualización y definiciones relacionadas con la muerte digna.

Conceptualización Etimológica de la Eutanasia y su Relación con la Muerte Digna

Para comprender a profundidad el debate jurídico y ético sobre la muerte digna, resulta indispensable iniciar definiendo uno de los conceptos más antiguos y al mismo tiempo más polémicos que la humanidad ha debatido: la eutanasia. Esta palabra, que a menudo genera reacciones encontradas en sociedades conservadoras como la costarricense, tiene un origen que dista mucho de la percepción negativa que algunas personas le atribuyen. Por ello, es esencial partir desde su raíz etimológica para comprender su verdadera esencia y su relación con el concepto moderno de muerte digna.

Según la el Diccionario Etimológico Castellano, la Real Academia Española, el término “eutanasia” proviene de la unión de dos vocablos griegos: eu, que significa “bueno” o “adecuado”, y thanatos, que se traduce como “muerte”. De esta manera, etimológicamente, eutanasia significa “buena muerte” o “muerte apacible”, un concepto que originalmente hacía referencia a una muerte tranquila, sin sufrimiento innecesario (Diccionario Etimológico Castellano, 2024). Esta idea, lejos de connotar una intervención agresiva, apuntaba más bien a un proceso de acompañamiento y alivio en el tramo final de la existencia humana.

Con el paso del tiempo, esta idea de “buena muerte” evolucionó y adquirió múltiples matices, en especial durante el siglo XX, cuando el término empezó a asociarse directamente con prácticas médicas orientadas a acelerar el proceso de morir en personas que enfrentaban enfermedades terminales. No obstante, esta acepción moderna no representa por completo el espíritu original de la palabra, lo que ha generado una serie de malentendidos y resistencias sociales (Rodríguez, 2018).

Ahora bien, aunque Eutanasia y muerte digna son conceptos emparentados, es fundamental marcar una distinción. De acuerdo con Palacios (2019), en su estudio titulado Autonomía y dignidad al final de la vida: Reflexiones ético-jurídicas, el término “muerte digna” tiene un alcance mucho más amplio, ya que no se refiere exclusivamente a la

intervención médica para acelerar la muerte, sino que abarca todo un proceso de cuidados paliativos, respeto a la voluntad del paciente, rechazo al encarnizamiento terapéutico y garantía de condiciones que preserven la dignidad humana hasta el último aliento (Palacios, 2019).

Por lo tanto, cuando en esta tesis se aborde la muerte digna, se hará referencia a un concepto integral, en el que se reconoce el derecho de las personas en situación terminal a vivir el tramo final de su existencia en condiciones de respeto, sin sufrimiento innecesario, y con plena consideración de sus valores, creencias y decisiones autónomas. En este contexto, la eutanasia será tan solo una de las aristas dentro de un abanico más amplio de derechos y cuidados que forman parte de la dignidad al final de la vida.

Es precisamente este enfoque amplio el que permite distanciar el concepto de muerte digna de las connotaciones negativas que la palabra eutanasia ha adquirido en ciertos sectores sociales, particularmente en Costa Rica. Al ampliar la perspectiva, la muerte digna se conecta directamente con el derecho fundamental a la dignidad humana, consagrado en la Constitución Política costarricense y reconocido ampliamente en el derecho internacional de los derechos humanos (Jiménez, 2020).

En suma, partir de la raíz etimológica de la Eutanasia y su evolución histórica permite comprender cómo un término originalmente neutral e incluso positivo ha sido objeto de resignificaciones culturales y jurídicas. Esta reflexión inicial es clave para abordar de manera rigurosa el análisis conceptual, doctrinal y jurídico que esta tesis desarrollará. A continuación, se expondrán las principales referencias históricas de la eutanasia, lo que permitirá entender el camino recorrido por la humanidad en torno al debate sobre la muerte digna.

Referencias Históricas de la Eutanasia

Según Campos Calderón, Sánchez Escobar y Jaramillo Lezcano (2001), en una publicación realizada para *Medicina Legal de Costa Rica*, específicamente en su volumen 18 y titulada "Consideraciones acerca de la Eutanasia" del sitio web SciELO, la eutanasia es un tema que ha suscitado profundas reflexiones a lo largo de la historia, desde tiempos primitivos hasta la actualidad.

Este estudio, uno de los pocos que investiga el tema desde épocas tan antiguas, señala que las experiencias relacionadas con la vida y la muerte han dado lugar a diversas connotaciones y prácticas en distintas culturas. En este sentido, se pueden identificar diferentes etapas históricas que abarcan desde la época primitiva hasta el pensamiento humanista contemporáneo.

Por ello, a continuación, se destacarán las ideas fundamentales sobre la eutanasia y sus antecedentes históricos que brinda este importante estudio, etapa por etapa.

1.1. Etapa Primitiva

En algunas culturas primitivas, era común la práctica de eliminar o abandonar a ancianos y enfermos graves. Por ejemplo, los esquimales llevaban a cabo una forma de "eutanasia voluntaria", en la cual se dejaba a la persona mayor o enferma en un iglú sellado durante tres días, siempre a petición de la misma. No obstante, también se evidencia que estas sociedades desarrollaron códigos que protegían y privilegiaban a los ancianos, lo que muestra una ambivalencia en sus prácticas.

1.2. Etapa Antigua

En esta etapa, los expertos mencionan que se observa que en ciertas comunidades, como los celtas, existía una combinación del propósito eugénico con la eutanasia, permitiendo que los ancianos con problemas de salud fueran sacrificados. Esta acción era

considerada un deber sagrado, en el que los hijos debían asistir a sus padres ancianos y enfermos a morir dignamente.

1.2.1. Pueblo Judío

Un relato en el Segundo Libro de Samuel de la Biblia describe cómo un amalecita se presenta ante David para informarle sobre la muerte de Saúl. Este amalecita cuenta que Saúl intentó quitarse la vida al clavarse en su lanza y le pidió ayuda para morir. Sin embargo, David lo castiga por haber dado muerte al "ungido de Jehová", lo que ilustra la complejidad moral que rodea el tema de la eutanasia como lo mencionan Campos Calderón, Sánchez Escobar y Jaramillo Lezcano (2001).

1.2.2. Pueblo Griego

En las ciudades griegas, como Atenas, el Estado ofrecía veneno, como la cicuta, a quienes solicitaban poner fin a su sufrimiento. Aunque no se utilizaba el término "eutanasia", estas acciones eran vistas como una forma de "ayuda para morir". En Esparta, los ancianos eran respetados, mientras que los niños con deformidades eran abandonados.

Los pensadores griegos y romanos, como Diógenes y Zenón de Citio, a menudo optaban por el suicidio eutanásico al enfrentar enfermedades graves. Platón, en su obra "La República", abogó por prácticas que permitían dejar morir a aquellos que no cumplían con ciertos estándares físicos o mentales, lo que refleja una mentalidad eugenésica.

1.2.3. Pueblo Romano

En Roma, (Campos Calderón, Sánchez Escobar y Jaramillo Lezcano, 2001) mencionan que se facilitaba el acceso a la cicuta para quienes deseaban acabar con su vida, lo que se relacionaba más con el suicidio que con prácticas de eutanasia. Además, la

eutanasia neonatal estaba legalmente permitida, autorizando a los padres a matar a sus hijos con deformidades bajo la Ley de las XII Tablas.

1.4 Etapa Moderna

Con el surgimiento del derecho público europeo, los principios de moral práctica, enraizados en la religión católica, jugaron un papel crucial en la concepción de la vida y la muerte.

1.4.1 Concepción Eclesiástica

Para la Iglesia romana, la vida humana se consideraba el bien más importante y su destrucción era condenada, ya fuera a través de homicidios o suicidios. No obstante, existían excepciones, como en el caso de guerras justas, la ejecución de criminales por la autoridad pública, y el homicidio en legítima defensa. Las concesiones al poder secular eran vistas como un equilibrio entre el poder divino y el orden social.

La moral católica tradicional mantenía una postura condenatoria hacia el suicidio deliberado y la eutanasia, a excepción de casos específicos como la eutanasia auténtica o situaciones de distancia, que se abordarán más adelante.

1.4.2 La Experiencia Nazi

La experiencia nazi revela el uso negativo del término eutanasia, utilizado para justificar un plan de eugenesia basado en criterios racistas. La tragedia comenzó con un libro que promovía la eliminación de vidas consideradas "sin valor". La legislación de 1933 permitió la esterilización, y a finales de 1939, se dio inicio a un programa que buscaba "procurar la muerte por misericordia", resultando en la muerte de aproximadamente 25,000 personas, incluidas muchas víctimas infantiles.

Métodos atroces se utilizaron, como inyecciones letales y hambre, y se extendieron a genocidios de grupos como judíos y gitanos. A pesar de la oposición de muchos, incluidos obispos católicos, la condena a estas prácticas se hizo evidente.

Al reflexionar sobre esta experiencia, se plantearon cuestiones sobre la responsabilidad de los médicos, que alegaron obediencia a órdenes superiores, cuestionando la primacía de la ética profesional.

1.4.3 Concepción Humanista

La filosofía humanista busca reintegrar la muerte en el discurso de la vida, promoviendo la aceptación consciente de la muerte como parte de la existencia. Luis Fernando Niño señala que reconocer la certeza de la muerte permite enfrentar la angustia que esta provoca. La corriente humanista sostiene que el afrontar serenamente la muerte puede contribuir a la realización personal y colectiva, dotando de sentido a cada momento de vida.

A pesar de que han transcurrido más de dos décadas desde la publicación del informe de los autores Campos Calderón, Sánchez Escobar y Jaramillo Lezcano en 2001, es esencial destacar que, hasta la fecha actual en 2024, no se ha producido un compendio que abarque de manera tan exhaustiva y meticulosa las diversas etapas históricas en el tratamiento de la eutanasia.

La profundidad y el rigor del análisis presentado en dicho informe, así como su enfoque multidimensional que incluye perspectivas éticas, religiosas y sociales, lo convierten en un antecedente importante y sencillo de comprender. Por ende, la utilización de esta obra es fundamental no solo por su relevancia histórica, sino también por la carencia de estudios que ofrezcan una visión tan integral y bien documentada de la evolución del concepto de eutanasia.

Definición de Eutanasia y Muerte Asistida

Según Mentes Abiertas Psicología S.L. (2023), en su artículo Tipos de eutanasia: explicaciones detalladas, la eutanasia puede definirse como la intervención médica o asistencial cuyo objetivo es adelantar el proceso de muerte de una persona que padece una enfermedad terminal o un sufrimiento físico o psicológico insoportable. Esta práctica implica que un tercero, generalmente un profesional de salud, actúe de forma directa o indirecta para provocar la muerte de esa persona, siempre bajo su consentimiento informado (Mentes Abiertas Psicología S.L., 2023).

Por otra parte, de acuerdo con la Asociación Derecho a Morir Dignamente (2023), el suicidio asistido se diferencia de la eutanasia porque, en este caso, es el propio paciente quien ejecuta el acto final que provoca su muerte, aunque con el respaldo de un profesional que le proporciona los medios necesarios para ello. Esta práctica es legal en países como Suiza, donde se garantiza el acceso a dicha asistencia dentro de un marco ético y legal previamente definido (Derecho a Morir Dignamente, 2023).

Conceptualización de la Eutanasia Activa y Pasiva

Según el mismo artículo de Mentes Abiertas Psicología S.L. (2023), la eutanasia activa ocurre cuando un médico u otra persona administra directamente una sustancia letal al paciente, provocando su muerte de manera rápida e indolora. Este es el modelo vigente en países como Bélgica y Países Bajos.

En contraste, la Eutanasia pasiva consiste en la suspensión o no inicio de tratamientos médicos que prolongarían artificialmente la vida de una persona en estado terminal. Esto incluye, por ejemplo, retirar un respirador o suspender una alimentación parenteral. Esta forma de eutanasia suele ser más aceptada en contextos jurídicos y culturales restrictivos, al interpretarse como un respeto al curso natural de la muerte (Mentes Abiertas Psicología S.L., 2023).

Conceptualización del Suicidio Asistido

De acuerdo con Palacios (2023), en su estudio “Autonomía del paciente y muerte asistida: Reflexiones desde el derecho comparado”, el suicidio asistido implica que el médico o un tercero proporciona al paciente los insumos necesarios para que sea él mismo quien realice la acción final. A diferencia de la eutanasia activa, aquí no hay una intervención directa del profesional en la ejecución, sino únicamente en la facilitación de los medios (Palacios, 2023).

Según el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (2021), esta práctica sigue siendo objeto de amplios debates éticos, pues si bien respeta la autonomía del paciente, también plantea dilemas sobre el papel que los profesionales de la salud deben asumir en procesos que, en última instancia, terminan con la vida de un ser humano (Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 2021).

Diferencias entre Eutanasia Voluntaria, Involuntaria y No Voluntaria

Según Rodríguez & Arrieta (2023), en su investigación “El derecho a morir dignamente en América Latina”, la eutanasia voluntaria se produce cuando el paciente expresa de manera consciente y reiterada su deseo de morir y solicita asistencia médica para lograrlo. Es considerada la forma más respetuosa de eutanasia, porque parte de la voluntad autónoma y reflexiva de la persona que padece un sufrimiento irreversible (Rodríguez & Arrieta, 2023).

Por otro lado, la eutanasia involuntaria ocurre cuando se practica sin el consentimiento del paciente, a pesar de que este se encuentra en capacidad de expresar su voluntad. Según Palacios (2023), esta forma de eutanasia es ampliamente rechazada por violar principios básicos de autonomía y dignidad, es decir, la persona está consciente y puede decidir, pero no se le consulta y un tercero (normalmente un profesional médico o

cuidador) decide terminar con su vida por considerar que su sufrimiento es insoportable (Palacios, 2023).

Finalmente, la Eutanasia no voluntaria ocurre cuando el paciente no puede expresar su consentimiento por estar inconsciente o en una condición médica que le impide decidir. En estos casos, la decisión suele ser tomada por familiares o médicos, aplicando criterios como la calidad de vida o el principio de proporcionalidad terapéutica (Rodríguez & Arrieta, 2023).

Ejemplos Reales o Contextuales de Eutanasia No Voluntaria.

1. **Paciente con enfermedad terminal sin consulta directa:** Se puede imaginar un caso en el que un paciente oncológico se encuentra en cuidados intensivos. El médico tratante, al observar un sufrimiento extremo y una calidad de vida muy deteriorada, decide aplicar una sustancia letal para "evitarle más dolor", sin preguntar al paciente (quien aún está consciente) si desea o no continuar con su tratamiento o con su vida. Esto sería un caso típico de eutanasia involuntaria. Esto sucedió en 2016 en un caso real, cuando una doctora aplicó el procedimiento a una paciente con alzhéimer, de acuerdo a la fuente BBC News Mundo (2019), se absolvió a la doctora por falta de claridad en el caso.
2. **Pacientes con discapacidad severa:** En algunos debates bioéticos internacionales, se han analizado casos de pacientes con discapacidad física o psíquica grave, a quienes se les ha aplicado eutanasia bajo el argumento de que su calidad de vida es "indigna", aun cuando nunca expresaron ese deseo. Un caso muy polémico fue el de los programas de eutanasia aplicados por el régimen nazi, que incluyeron personas con discapacidad, enfermedades mentales o crónicas, sin su consentimiento (Rodríguez & Arrieta, 2023).

3 **Casos de crisis humanitaria (desplazamientos o guerras):** En contextos de guerra o crisis extremas, han existido reportes de soldados o personal médico que terminan con la vida de heridos graves sin consentimiento explícito, por considerar que no hay medios para salvarlos o porque "es un acto de piedad". Si bien estos casos son extremos, ejemplifican la eutanasia involuntaria en situaciones límites (Rodríguez & Arrieta, 2023).

4 **Pacientes geriátricos y decisiones unilaterales:** En países donde existe saturación de sistemas de salud o un enfoque muy pragmático sobre el "valor social de la vida", se han documentado casos (particularmente en investigaciones periodísticas) de adultos mayores terminales que han sido sometidos a procedimientos de terminación de la vida sin su consentimiento explícito, bajo la lógica de "liberar recursos médicos" o evitar sufrimiento "innecesario". Aunque esto es ilegal en la mayoría de países, es parte de los debates éticos actuales (Palacios, 2023).

En definitiva, comprender las diferencias entre eutanasia activa, pasiva, voluntaria, involuntaria y no voluntaria, así como entre eutanasia y suicidio asistido, es esencial para desarrollar un marco normativo claro y humanizado. Estas distinciones permiten establecer reglas específicas, garantizando que cada caso sea analizado desde la perspectiva del respeto a la autonomía, la dignidad y la proporcionalidad terapéutica. A continuación, se analizarán las referencias históricas de la eutanasia, para comprender cómo este concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo y cómo ha sido moldeado por factores culturales, religiosos y jurídicos.

Muerte por Piedad – Artículo 116 Código Penal Costarricense

Luego de analizar las distintas formas de eutanasia, resulta necesario profundizar en una figura que, aunque menos conocida, tiene una especial relevancia en el contexto costarricense: la muerte por piedad, una figura jurídica y ética relevante para el debate

sobre la muerte digna. Este concepto, que históricamente ha estado presente en el ámbito médico y bioético, hace referencia a la acción de causar la muerte de una persona que padece un sufrimiento extremo, bajo la convicción de que dicho acto constituye un gesto de compasión y humanidad (Palacios, 2023).

A diferencia de la eutanasia voluntaria, donde existe una solicitud expresa y reiterada del paciente, la muerte por piedad puede darse incluso sin que haya una petición directa, basándose únicamente en la percepción de un tercero sobre la calidad de vida y el dolor experimentado por la persona (Rodríguez & Arrieta, 2023).

En el caso de Costa Rica, este concepto trasciende la discusión meramente ética y adquiere una dimensión legal concreta. El artículo 116 del Código Penal tipifica el homicidio por piedad, estableciendo penas atenuadas para quien cause la muerte de otro “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” (Código Penal de Costa Rica, 1970).

Esta disposición legal evidencia que el ordenamiento jurídico costarricense ya reconoce, aunque sea de manera parcial y limitada, la existencia de situaciones excepcionales en las que provocar la muerte de una persona gravemente enferma puede tener una justificación humanitaria. Este reconocimiento implícito del sufrimiento extremo como un factor atenuante es sumamente relevante para la presente investigación, ya que demuestra que Costa Rica no es completamente ajena a la idea de que hay casos en los que prolongar la vida, lejos de proteger la dignidad humana, puede convertirse en una forma de tortura o trato cruel.

De hecho, según Rodríguez & Arrieta (2023), el homicidio por piedad representa una “puerta jurídica entreabierta”, que podría servir como punto de partida para un futuro marco regulatorio más amplio y garantista en materia de muerte digna. Por otro lado, desde una perspectiva bioética, autores como Palacios (2023) explican que la muerte por piedad

refleja un choque entre el principio de no maleficencia, que obliga a no causar daño, y el principio de compasión, que busca evitar el sufrimiento extremo y sin sentido.

En este sentido, la doctrina bioética moderna ha señalado que negar la posibilidad de aliviar el dolor extremo mediante la muerte asistida, puede constituir en sí mismo una forma de crueldad, especialmente cuando la persona afectada ya no tiene ninguna expectativa real de recuperación. Sin embargo, también es importante resaltar que la muerte por piedad, tal como está regulada en el derecho costarricense, es un acto penalmente reprochable.

El hecho de que propio Código Penal de Costa Rica castigue con una pena reducida no implica que sea legal; por el contrario, el sistema jurídico costarricense deja claro que cualquier forma de terminación deliberada de la vida (incluso motivada por la compasión) sigue siendo considerada un homicidio. Esta dualidad, entre el reconocimiento de la compasión como atenuante y la penalización del acto mismo, ilustra con claridad la tensión entre el derecho penal tradicional, centrado en la protección absoluta de la vida, y las nuevas concepciones sobre el derecho a una muerte digna, basadas en la autonomía y la calidad de vida (Rodríguez & Arrieta, 2023).

Por tanto, incorporar la figura de la muerte por piedad al análisis jurídico de la muerte digna resulta indispensable en el contexto costarricense. No solo se trata de una figura existente en el Código Penal, sino que refleja el reconocimiento implícito de que existen situaciones extremas donde prolongar la vida es incompatible con el respeto a la dignidad humana.

Este reconocimiento, aunque fragmentado y limitado, permite plantear la pregunta central de esta tesis: ¿Es posible que Costa Rica avance hacia un marco jurídico que, lejos de penalizar la compasión, garantice el derecho a morir dignamente bajo condiciones claras, seguras y respetuosas de la voluntad individual?. Este tema se analizará más adelante con base en la jurisprudencia nacional e internacional vigente.

Diferenciación entre Eutanasia y el Rechazo de Tratamientos Médicos

Uno de los debates más importantes en torno al final de la vida gira en torno a distinguir de manera clara y precisa entre el concepto de eutanasia y el rechazo de tratamientos médicos. La confusión entre ambos fenómenos no solo produce distorsiones jurídicas, sino también dilemas éticos que impactan directamente en la autonomía del paciente. Según el filósofo y doctor en Ciencias Políticas Eduardo Rivera López (2018), este análisis resulta crucial para poder comprender, desde una mirada ética y legal, las implicaciones profundas de aceptar o rechazar cada una de estas prácticas.

Cabe destacar que Rivera López (2018), licenciado en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires y Doctor en Ciencias Políticas por la Universidad de Mainz, Alemania, es una de las voces más autorizadas en América Latina en cuanto a los debates bioéticos sobre la autonomía y el derecho a morir. En su obra "Eutanasia y Autonomía", el autor ofrece un abordaje exhaustivo sobre estas cuestiones, articulando argumentos sólidos a favor del respeto a la autonomía personal como base fundamental para entender la legitimidad de la eutanasia activa, así como para reflexionar sobre la práctica del rechazo de tratamientos médicos.

Desde el inicio, Rivera López (2018) advierte sobre la importancia de diferenciar entre la eutanasia activa y pasiva, por un lado, y el rechazo de tratamientos médicos, por otro, aunque reconoce que en ocasiones los efectos de estas prácticas pueden parecer similares (p. 79). No obstante, el autor enfatiza que mientras la eutanasia activa implica una intervención directa para causar la muerte del paciente (como la administración de un fármaco letal), el rechazo de tratamientos médicos supone permitir que la enfermedad siga su curso natural, sin intervención para prolongar artificialmente la vida (Rivera López, 2018, p. 81).

Además, Rivera López (2018) explica que aceptar el derecho del paciente a rechazar tratamientos médicos está vinculado al principio de autonomía, es decir, el

derecho fundamental de toda persona competente a decidir sobre su propio cuerpo y su vida, incluyendo las decisiones relacionadas con el proceso de morir (p. 81). En este sentido, el rechazo de tratamientos médicos no debería entenderse como una forma disfrazada de eutanasia, sino como un ejercicio legítimo de la autonomía personal, al igual que cualquier otra decisión médica que afecte a la propia integridad física o psíquica (Rivera López, 2018, p. 81).

Por otra parte, el autor sostiene que una diferencia fundamental entre la eutanasia y el rechazo de tratamiento radica en la intención. Mientras en la eutanasia se busca deliberadamente provocar la muerte del paciente para evitarle sufrimiento, en el rechazo de tratamientos, aunque se conozca que la muerte será una consecuencia probable, la intención directa no es matar, sino respetar la voluntad del paciente de no someterse a tratamientos que considere inútiles, dolorosos o indignos (Rivera López, 2018, p. 82).

No obstante, Rivera López (2018) también desarrolla un argumento sumamente interesante: si se acepta la práctica del rechazo de tratamientos como una expresión legítima de la autonomía personal, entonces se vuelve inconsistente rechazar la eutanasia activa cuando esta también responde a una decisión autónoma de la persona (p. 82). Según el autor, desde el punto de vista del respeto por la autonomía, no existe una diferencia ética relevante entre causar la muerte activamente o permitirla mediante la interrupción de tratamientos, siempre que ambas decisiones emanen de la voluntad clara y consciente del paciente (Rivera López, 2018, p. 82).

Asimismo, Rivera López (2018) hace referencia a casos paradigmáticos, como el de Karen Ann Quinlan en Estados Unidos, donde se debatió intensamente la posibilidad de retirar un respirador artificial a una paciente en estado vegetativo persistente, y cómo ese caso abrió un precedente sobre el derecho a rechazar tratamientos, aun cuando ello condujera directamente a la muerte (p. 83). Este análisis histórico le permite al autor sostener que el reconocimiento del derecho a rechazar tratamientos médicos implica, en

los hechos, aceptar una forma de eutanasia pasiva, aunque se evite esa denominación por razones sociales o jurídicas (Rivera López, 2018, p. 83).

En su reflexión, Rivera López (2018) enfatiza además que el criterio de "pasividad" (es decir, permitir morir en lugar de causar la muerte) no es éticamente relevante en sí mismo. Lo importante, sostiene, es la autonomía y la decisión del paciente. Por tanto, el respeto a la autonomía debería conducir también a aceptar la eutanasia activa, cuando el paciente así lo solicite, ya que ambas prácticas responden al mismo fundamento ético: la voluntad autónoma del individuo (p. 84).

El autor también advierte sobre las críticas que podrían plantearse a esta posición, como la posibilidad de que los pacientes terminales no sean plenamente competentes para tomar decisiones en situaciones de sufrimiento extremo. Sin embargo, Rivera López (2018) señala que la competencia debe evaluarse caso por caso y que no puede asumirse de forma generalizada que una persona terminal carece de capacidad para decidir sobre su vida o su muerte (p. 84). En este sentido, defiende que el respeto por la autonomía del paciente incluye también el respeto a sus decisiones sobre cómo y cuándo morir, siempre que puedan demostrarse condiciones mínimas de competencia y lucidez (Rivera López, 2018, p. 84).

Finalmente, Rivera López (2018) concluye que la diferencia entre eutanasia activa y el rechazo de tratamientos médicos no puede sostenerse de forma coherente desde una ética basada en la autonomía, ya que en ambos casos se trata de respetar la voluntad soberana del paciente frente al proceso de morir (p. 85). Por tanto, cualquier legislación que reconozca el derecho al rechazo de tratamientos debería, por consistencia ética, reconocer también el derecho a solicitar una eutanasia activa, bajo las mismas condiciones de autonomía y competencia (Rivera López, 2018, p. 85).

Definición de Encarnizamiento Terapéutico y su Relevancia en el Debate Jurídico y Ético

En el contexto del debate sobre el derecho a una muerte digna, uno de los temas de mayor relevancia y controversia es el encarnizamiento terapéutico, también conocido como distanasia o ensañamiento terapéutico. Esta práctica consiste, según Juan Carlos Riofrío Martínez-Villalba (2019), en el uso de medios médicos desproporcionados para prolongar la vida de una persona cuya muerte es inminente e inevitable, mediante intervenciones que no proporcionan un beneficio real al paciente, sino que únicamente extienden el proceso de morir, muchas veces a costa de un profundo sufrimiento (párr. 1).

Cabe destacar que Juan Carlos Riofrío Martínez-Villalba (2019) es un reconocido académico, docente titular en la Universidad de los Hemisferios, y autor del artículo "Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos", publicado en la Revista de la Facultad de Jurisprudencia, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En su obra, el autor explica que tanto la eutanasia como la distanasia constituyen dos posturas extremas ante la muerte, por lo que resulta fundamental comprenderlas para avanzar hacia soluciones éticas y legales más equilibradas (párr. 2).

En relación con la definición precisa del encarnizamiento terapéutico, Riofrío Martínez-Villalba (2019) sostiene que se trata de una práctica médica que busca "prolongar la vida del paciente terminal con tratamientos extraordinarios que no son suficientemente proporcionados a los efectos previstos" (párr. 175). En otras palabras, el encarnizamiento terapéutico se manifiesta cuando se aplican tratamientos invasivos, dolorosos, costosos y carentes de eficacia médica real, con el único propósito de evitar la muerte, aun cuando esta es inminente (párr. 175).

Según el mismo autor, el encarnizamiento terapéutico se opone al principio de proporcionalidad terapéutica, un concepto fundamental en bioética que establece que los tratamientos deben guardar proporción entre los beneficios que aportan y los daños o

sufrimientos que generan (párr. 126). Así, aplicar medidas médicas que solo alargan la agonía, sin ofrecer una mejora real de la calidad de vida del paciente, constituye una violación tanto ética como jurídica de los derechos del enfermo (párr. 126).

Riofrío Martínez-Villalba (2019) enfatiza que el derecho a la vida no debe interpretarse como una obligación de someter a los pacientes a cualquier procedimiento médico disponible, sino como el derecho a recibir cuidados proporcionales y dignos, que respeten la voluntad y la situación concreta de cada persona (párr. 114). De esta manera, la aplicación de tratamientos extraordinarios y desproporcionados, especialmente cuando el paciente ha manifestado su negativa, se convierte en una práctica contraria al derecho, que incluso puede ser considerada una forma de agresión médica (párr. 175).

El autor también aporta ejemplos claros de encarnizamiento terapéutico, como el uso de respiradores artificiales, cirugías de alto riesgo o tratamientos experimentales en personas cuyo pronóstico de muerte es seguro y próximo (párr. 175). En estas situaciones, prolongar la vida de forma artificial no solo carece de justificación clínica, sino que priva al paciente de un final digno, lleno de paz y rodeado de su familia (párr. 175).

De acuerdo con Riofrío Martínez-Villalba (2019), el rechazo del encarnizamiento terapéutico no significa abandonar al paciente, sino optar por los cuidados paliativos adecuados, que sí se centran en aliviar el dolor y proporcionar bienestar hasta el final de la vida (párr. 160). El autor afirma que el verdadero respeto por la dignidad humana implica evitar ambos extremos: tanto acelerar la muerte por eutanasia como prolongar innecesariamente la vida mediante prácticas de encarnizamiento terapéutico (párr. 175).

En este sentido, uno de los aportes más relevantes de la obra de Riofrío Martínez-Villalba (2019) es la formulación de la prohibición del encarnizamiento terapéutico como un principio jurídico y ético, que debe regir las actuaciones médicas en la fase terminal de la vida. Para el autor, el derecho debe prohibir expresamente (i) los tratamientos extraordinarios o desproporcionados de los que nadie espera beneficios para el paciente;

(ii) la prolongación artificial de la vida tras el cese irreversible de las funciones cerebrales; (iii) el uso de medios extraordinarios rechazados por el paciente; y (iv) la prolongación de la vida mediante tratamientos que no aportan mejoría sustancial (párr. 175).

Además, Riofrío Martínez-Villalba (2019) defiende que los pacientes deben tener siempre el derecho a rechazar estos tratamientos, así como a renunciar a intervenciones que solo extenderían una vida precaria y llena de dolor (párr. 175). Esta posición se fundamenta en una visión ética del cuidado al final de la vida, donde la dignidad y la voluntad del paciente son los elementos centrales.

Finalmente, el autor subraya que la ética médica actual rechaza ampliamente el encarnizamiento terapéutico, y que la mayoría de los profesionales de la salud coinciden en que prolongar la vida a cualquier costo, sin considerar la dignidad ni la voluntad del paciente, constituye una práctica inaceptable (párr. 175). Sin embargo, advierte que aún hoy existen situaciones donde, por presiones familiares, institucionales o sociales, se recurre a estas medidas extremas, lo que refuerza la necesidad de regular y limitar jurídicamente este tipo de intervenciones (párr. 175).

Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales de la Eutanasia

Implicaciones médicas y psicológicas del proceso en pacientes terminales

De acuerdo con Scielo Chile (2011), en su artículo “Eutanasia: Un análisis médico y bioético”, la eutanasia representa un desafío complejo para el ejercicio profesional de la medicina. Desde un punto de vista técnico, la medicina tradicional ha centrado sus esfuerzos en preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, la eutanasia implica un cambio radical en esta lógica, pues consiste precisamente en causar intencionalmente la

muerte de un paciente para evitar sufrimientos extremos y sin posibilidad de cura (Scielo Chile, 2011).

Por otra parte, según la Unidad de Humanidades y Ética Médica de la Universidad de Navarra (2018), la eutanasia genera tensiones éticas en la relación médico-paciente, ya que podría debilitar el principio de confianza que guía esta interacción. El paciente podría interpretar que su médico no solo se enfoca en salvar vidas o paliar el dolor, sino que tiene la facultad de decidir o ejecutar su muerte, lo cual cambia profundamente el vínculo terapéutico (Universidad de Navarra, 2018).

Desde el ámbito psicológico, Rodríguez y Alarcón (2023), en su estudio “Salud mental y decisiones al final de la vida: Una mirada latinoamericana”, explican que los pacientes terminales que solicitan eutanasia suelen experimentar emociones complejas, como depresión, desesperanza, miedo al dolor o a la pérdida de autonomía. En muchos casos, el sufrimiento psicológico es incluso más determinante que el físico al momento de tomar la decisión de solicitar la eutanasia (Rodríguez & Alarcón, 2023).

Impacto en familiares y equipos médicos

En cuanto a las familias, según Auza y Ruiz (2016), en su investigación “Impacto emocional de la eutanasia en familiares y cuidadores”, el proceso de aceptar la decisión de un ser querido de optar por la eutanasia es profundamente doloroso y genera una serie de emociones ambiguas. Los familiares pueden experimentar alivio al saber que el sufrimiento terminará, pero también culpa, tristeza, e incluso cuestionamientos éticos y religiosos (Auza & Ruiz, 2016).

El duelo vivido por las familias tras una eutanasia, explica el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2021), es diferente al duelo por muerte natural, ya que la familia suele participar activamente en el proceso de decisión y acompañamiento, lo cual puede

generar tanto cierre emocional anticipado como conflictos internos sobre si fue la mejor decisión (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2021).

En relación con el personal médico, según Scielo Colombia (2022), en su artículo “Eutanasia y salud mental en profesionales de la salud”, los médicos y enfermeros que participan en procedimientos de eutanasia pueden experimentar estrés moral y desgaste profesional. Esta carga emocional se debe a la contradicción interna entre el deber tradicional de preservar la vida y la ejecución de un acto letal (Scielo Colombia, 2022).

Perspectivas religiosas y culturales en torno a la eutanasia

Desde una perspectiva religiosa, la Asociación de Bioética de Argentina (2023), en su publicación “Eutanasia y religión: un debate pendiente”, señala que las principales tradiciones religiosas, como el cristianismo, el judaísmo y el islam, consideran la vida como un don sagrado de Dios, por lo que cualquier acto destinado a acortar la vida es visto como moralmente inaceptable (Asociación de Bioética de Argentina, 2023).

Sin embargo, según el estudio “Creencias religiosas y actitudes hacia la eutanasia en jóvenes universitarios de América Latina” realizado por García y Morales (2023), existe una creciente disonancia entre las posturas oficiales de las instituciones religiosas y las creencias personales de sus feligreses. En dicho estudio, se evidenció que muchos jóvenes católicos o evangélicos manifiestan una postura favorable hacia la eutanasia en casos de sufrimiento extremo, lo que refleja un cambio generacional en la valoración de este derecho (García & Morales, 2023).

En términos culturales, según el artículo “Eutanasia y cultura: Contrastes entre Occidente y América Latina” publicado por Redalyc (2023), en sociedades individualistas como las europeas, la autonomía personal se valora como un principio rector, lo que facilita la aceptación de la eutanasia como una extensión de esa autonomía. En cambio, en culturas latinoamericanas, donde predomina una visión colectivista, las decisiones

individuales son fuertemente influenciadas por las opiniones familiares y comunitarias, lo que genera una mayor resistencia cultural hacia la legalización de esta práctica (Redalyc, 2023).

Indiscutiblemente, analizar los aspectos médicos, psicológicos y sociales de la eutanasia es indispensable para entender que este fenómeno trasciende el ámbito jurídico, impactando la salud mental de los pacientes y sus familias, alterando el rol histórico de los profesionales de la salud y confrontando valores culturales y religiosos profundamente arraigados. Este análisis integral permitirá que, en el contexto costarricense, el debate sobre la muerte digna no se limite a una discusión legal, sino que abarque las múltiples dimensiones humanas involucradas.

El Derecho a la Vida desde la Óptica Legal Costarricense

El derecho a la vida constituye uno de los pilares fundamentales del ordenamiento jurídico costarricense, consagrado en la Constitución Política y protegido por una vasta jurisprudencia de la Sala Constitucional. Este derecho, inherente a la dignidad humana, se erige como un principio rector que guía la interpretación y aplicación de las normas jurídicas en el país. En el contexto del debate sobre la eutanasia, resulta imprescindible analizar este derecho desde una óptica legal, doctrinal y bioética para comprender las implicaciones y desafíos que plantea su posible regulación.

Este apartado establecerá la base conceptual y legal sobre la cual se evaluará la eutanasia en Costa Rica. A través de un análisis exhaustivo, se explorará la definición jurídica del derecho a la vida en el marco de la Constitución Política, así como las interpretaciones de la Sala Constitucional sobre este derecho. Además, se realizará una comparación con el derecho natural y la dignidad humana, proporcionando un marco teórico robusto para entender las bases legales y filosóficas que sustentan el derecho a la vida.

Se llevará a cabo una revisión de las doctrinas jurídicas y la jurisprudencia en Costa Rica sobre la protección y las limitaciones del derecho a la vida. Este análisis incluirá el estudio de casos relevantes en los tribunales costarricenses que aborden la dignidad y la autonomía de las personas, ofreciendo una visión integral de cómo se ha interpretado y aplicado este derecho en situaciones concretas.

Asimismo, se analizarán las tensiones entre el derecho a la vida y el derecho a una muerte digna desde una perspectiva bioética. Este apartado incluirá encuestas y estudios sobre la percepción de la eutanasia en Costa Rica, así como opiniones de expertos en derecho, medicina y filosofía. Este análisis permitirá comprender los dilemas éticos que surgen en torno a la eutanasia y cómo estos pueden influir en la formulación de políticas públicas y legislativas.

A través de estos temas, se pretende proporcionar una comprensión profunda y detallada del derecho a la vida en Costa Rica, estableciendo así una base sólida para evaluar la viabilidad de regular la eutanasia en el país. Este análisis no solo contribuirá al debate académico y jurídico, sino que también ofrecerá una perspectiva informada para la toma de decisiones legislativas y políticas en esta materia.

Conceptualización del Derecho a la Vida

En un artículo titulado “Defensa constitucional de la vida en Costa Rica” publicado en la Revista Judicial (2012), el Dr. Fernando Zamora Castellanos sostiene que el principio de inviolabilidad de la vida humana en Costa Rica se fundamenta en varios artículos de la Constitución Política, entre ellos los artículos 21, 48 y 40. Pero ¿qué nos indican estos artículos y cuales convienen para este caso de tesis? A continuación, se muestra su transcripción íntegra, extraída de la propia Constitución Política costarricense:

Artículo 21.- La vida humana es inviolable.

Artículo 48.- Toda persona tiene derecho al recurso de hábeas corpus para garantizar su libertad e integridad personales, y al recurso de amparo para mantener o restablecer el goce de los otros derechos consagrados en esta Constitución, así como de los de carácter fundamental establecidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, aplicables a la República. Ambos recursos serán de competencia de la Sala indicada en el artículo 10.

Artículo 40.- Nadie será sometido a tratamientos crueles o degradantes ni a penas perpetuas, ni a la pena de confiscación. Toda declaración obtenida por medio de violencia será nula.

(Constitución Política de la República de Costa Rica, 1949 Artículos 21, 48 y 40).

Según el análisis del Dr. Zamora, este principio se encuentra profundamente arraigado en la tradición judeocristiana de la dignidad humana y en el desarrollo del derecho natural, que exige que el Estado garantice y respete la vida dentro de su ámbito de influencia. La jurisprudencia constitucional de Costa Rica ha reforzado esta postura, considerando el derecho a la vida como el valor fundamental que sustenta todo el ordenamiento jurídico y como la base sobre la cual se erigen los demás derechos. Es decir, sin la protección del derecho a la vida, los otros derechos carecerían de existencia real, por ello el artículo 21 será esencial durante toda la investigación.

Zamora también subraya que la dignidad humana, al igual que la vida, ha sido elevada a un valor fundamental dentro del sistema constitucional costarricense. Esta dignidad se asocia estrechamente con el desarrollo libre de la personalidad, así como con la integridad física y moral del individuo. En este sentido, la protección de la vida en Costa Rica no se limita únicamente a evitar su privación, sino que también abarca la salvaguarda de la integridad física y mental de las personas.

La jurisprudencia costarricense refleja claramente la preeminencia del derecho a la vida. En la sentencia 4423-93, la Sala Constitucional declaró que el derecho a la vida es la

base y la condición indispensable para la existencia humana, y que el Estado tiene el deber irrenunciable de protegerlo. En palabras de Zamora (2012), este principio ha impedido que Costa Rica considere la reinstauración de la pena de muerte, ya que atentaría contra el ideal de inviolabilidad de la vida consagrado en la Constitución.

Asimismo, el ordenamiento jurídico costarricense cuenta con mecanismos como el recurso de habeas corpus, que garantizan el respeto a la vida y la integridad física de los ciudadanos. Esta protección se entiende de manera amplia, abarcando tanto la vida como la integridad física y mental, y extendiéndose a la prohibición de cualquier tipo de tortura o trato inhumano. En síntesis, del propio autor, la protección constitucional de la vida en Costa Rica se considera un bien jurídico superior, lo que establece una fuerte barrera para cualquier medida que pueda socavar este principio esencial.

Interpretaciones de la Sala Constitucional sobre el derecho a la vida

Resolución Nº 5662 – 2007.

La interpretación de la Sala Constitucional (2007) sobre el derecho a la vida ha sido consistente al enfatizar la supremacía de este derecho sobre cualquier consideración administrativa o económica. Aunque antigua, esta es la única sentencia donde se relaciona directamente el término “eutanasia” con “derecho a la vida.

En la Resolución Nº 5662, la Sala Constitucional enfrentó un caso en el que se le negó a una paciente con cáncer metastásico un medicamento prescrito por su médico tratante, basándose en decisiones administrativas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La Sala reiteró que el criterio del médico tratante debe prevalecer sobre decisiones administrativas, pues es el profesional más cercano a la situación del paciente y tiene la responsabilidad de prescribir el tratamiento más adecuado para garantizarle calidad de vida, incluso en casos terminales.

La sentencia resalta la obligación del Estado y de las instituciones públicas, como la CCSS, de proteger la vida y la integridad física de los ciudadanos, aun cuando los tratamientos recomendados no se encuentren en las listas de medicamentos oficiales. En este contexto, la Sala establece una analogía con la eutanasia, rechazando cualquier justificación administrativa que favorezca la terminación de la vida de un paciente terminal por razones económicas o de conveniencia. La Sala aclara que, aunque podría ser más barato no tratar a un paciente con pocas expectativas de vida, ello sería una violación directa del artículo 21 de la Constitución, que protege la inviolabilidad de la vida humana. Esto se respalda incluso con lo expresado en la Sentencia de la propia Sala 5662-07 y del mismo año:

> La eutanasia es inconstitucional porque el artículo 21 de la Constitución establece que la vida humana es inviolable. Entonces sería inconstitucional acceder a la petición de eutanasia de un enfermo, aunque administrativamente sea más barato terminar ya con la vida de un paciente en estado terminal, y no tener que hacer mayores gastos médicos en él, para dedicar esos recursos a otros pacientes con mejores expectativas de vida, eso sería violatorio del derecho a la vida del enfermo y no es de recibo que criterios administrativos de conveniencia o de oportunidad incidan en la salud humana. Esa forma de actuar violenta la dignidad humana porque pone fin a la vida, antes de que suceda naturalmente, por una decisión humana basada en razones de índole económico. (Sala Constitucional, 2017)

La relación de este fallo con el tema de la eutanasia es clara: así como las decisiones administrativas no pueden sobreponerse al derecho a la vida en cuanto a la prescripción de medicamentos, tampoco podría justificarse la eutanasia bajo el mismo tipo de criterios. La Sala Constitucional refuerza que cualquier acción que acelere artificialmente la muerte de un individuo, sin que esta ocurra de manera natural, es inconstitucional y atenta contra la dignidad humana. En este sentido, la jurisprudencia de la Sala se alinea con la

protección integral de la vida, estableciendo un precedente relevante para el debate sobre la regulación de la eutanasia en Costa Rica, ya que enfrenta la tensión entre la calidad de vida, las decisiones médicas y las implicaciones éticas y constitucionales que rodean el final de la vida.

De esta manera, la Resolución Nº 5662-2007 y otras relacionadas (como las sentencias 1729-92, 1915-92 y 2679-04) se convierten en un pilar fundamental para entender la postura del sistema judicial costarricense frente al derecho a la vida y su relación con temas críticos como el acceso a tratamientos médicos y la posible regulación de la eutanasia.

Resolución Nº 03107 – 2021.

La Sala Constitucional de Costa Rica ha abordado el derecho a la vida en diversas sentencias, subrayando su importancia y las obligaciones que impone al Estado. En la Resolución Nº 03107-2021, aunque el recurso no fue declarado con lugar, se reafirma la relevancia del derecho a la vida y su conexión con el derecho a la salud.

La Sala destaca que el derecho a la vida, consagrado en el artículo 21 de la Constitución Política, es fundamental y se extiende a garantizar un equilibrio físico, psíquico y ambiental adecuado para las personas. Este derecho implica que el Estado debe adoptar medidas activas para proteger la vida y la salud de sus ciudadanos. Además, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos refuerzan la obligación del Estado de asegurar el acceso a servicios de salud de calidad y en condiciones de igualdad.

En el caso específico, la recurrente, desempleada debido a la pandemia de Covid-19, solicitó el seguro por beneficio familiar, pero su solicitud fue denegada por no cumplir con los requisitos establecidos. La Sala reconoció que la denegación no fue arbitraria, sino basada en la normativa vigente. Sin embargo, se enfatizó que la Caja Costarricense de

Seguro Social (CCSS) no puede negar atención médica a personas en situación irregular con su seguro, y debe brindar la atención necesaria, emitiendo posteriormente el cobro correspondiente.

En concreto entonces, la Sala Constitucional reafirma que el derecho a la vida incluye el derecho a la salud, y que el Estado tiene la obligación de garantizar condiciones mínimas para un equilibrio adecuado. La falta de acción o la negligencia en la prestación de servicios de salud puede ser objeto de intervención judicial para asegurar la protección efectiva de estos derechos fundamentales.

Resolución Nº 29965 – 2022.

La Sala Constitucional de Costa Rica ha reiterado en varias sentencias la importancia del derecho a la vida y su relación con el derecho a la salud. En la sentencia 2003-011519, la Sala estableció que el derecho a la vida no solo impone obligaciones negativas al Estado, como abstenerse de acciones que eliminen la existencia física de las personas, sino también obligaciones positivas, que requieren que el Estado adopte medidas activas para proteger la vida ante diversos peligros.

En un caso reciente, la Sala Constitucional abordó una situación en la que una paciente diagnosticada con nódulos en ambas mamas tuvo que esperar dos años para un ultrasonido prescrito por su médico. La Sala determinó que esta demora vulneraba su derecho a la salud, consagrado en el artículo 21 de la Constitución Política, y ordenó a las autoridades de salud que tomaran medidas inmediatas para realizar el examen en un plazo máximo de tres meses.

La Sala enfatizó que los servicios de salud pública deben ser prestados de manera eficiente, eficaz, continua, regular y rápida, y que la falta de recursos no es una excusa válida para no cumplir con estas obligaciones. Además, destacó que los jerarcas de las

instituciones de salud son personalmente responsables de adoptar las medidas necesarias para garantizar una atención adecuada y oportuna.

En resumen, la Sala Constitucional de Costa Rica sostiene que el derecho a la vida incluye el derecho a la salud, y que el Estado tiene la obligación de garantizar condiciones mínimas para un equilibrio psíquico, físico y ambiental adecuado. La falta de acción o la negligencia en la prestación de servicios de salud puede ser objeto de intervención judicial para asegurar la protección efectiva de estos derechos fundamentales.

Resolución Nº 03987 – 2023.

En esta sentencia, la Sala Constitucional de Costa Rica aborda el derecho a la salud de las personas adultas mayores, subrayando la importancia de una atención médica oportuna y adecuada.

La recurrente, una mujer de 77 años, no ha recibido una intervención quirúrgica necesaria para tratar su coxartrosis de cadera izquierda severa, a pesar de haber sido diagnosticada en diciembre de 2020 y estar en lista de espera desde entonces. La Sala Constitucional destaca que el plazo de espera de más de dos años es irrazonable y lesivo del derecho a la salud, especialmente considerando el dolor intenso que sufre la paciente.

La sentencia enfatiza que el derecho a la vida, consagrado en el artículo 21 de la Constitución Política, incluye el derecho a la salud, y que cualquier retraso en la atención médica puede afectar negativamente la vida y salud de los usuarios. Además, se menciona la obligación del Estado y sus instituciones de asegurar el acceso a servicios de salud de calidad, en condiciones de igualdad, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La Sala ordena al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia realizar la cirugía dentro de un mes, destacando que los servicios de salud pública deben ser prestados de

manera eficiente, eficaz y continua, sin que la falta de recursos sea una excusa válida para no cumplir con esta obligación.

En compendio, la sentencia reafirma la importancia del derecho a la salud, la protección de la vida en especial de adultos mayores y la necesidad de que las instituciones públicas adopten medidas efectivas para garantizar una atención médica adecuada y oportuna, especialmente para las personas adultas mayores.

Resolución Nº 26657 – 2024.

La Sala Constitucional de Costa Rica ha desarrollado una jurisprudencia clara y consistente sobre el derecho a la vida, destacando tanto las obligaciones negativas como positivas del Estado en su protección. En la sentencia 2003-011519, reiterada en el voto 2022-011698, se establece que el derecho a la vida no solo implica que el Estado debe abstenerse de acciones que puedan eliminar la existencia física de las personas, como la tortura o la pena de muerte, sino que también debe adoptar medidas activas para proteger este derecho ante diversos peligros, ya sean de origen humano o natural.

El Tribunal ha señalado que el Estado tiene la obligación de regular áreas de la vida social que puedan representar peligros para la existencia física de los habitantes, a través de leyes, reglamentos y otras medidas administrativas. Aunque no siempre se puede exigir judicialmente una medida específica, sí se puede demandar que el Estado actúe de manera diligente ante situaciones de peligro inminente. La intervención de la jurisdicción constitucional es viable cuando hay una negligencia evidente por parte del Estado en atender las demandas de los ciudadanos.

En este caso concreto, la Sala Constitucional determinó que las autoridades no resolvieron adecuadamente una denuncia sobre la falta de aceras y alcantarillado en la Ruta Nacional 125, lo cual ponía en peligro la seguridad peatonal de la comunidad. La respuesta de las autoridades fue considerada imprecisa y negligente, sin tomar acciones concretas, lo que constituye una violación de los fines establecidos en la Ley de Movilidad

Peatonal. El Tribunal ordenó a las autoridades que adopten medidas inmediatas y concretas para la construcción de las aceras necesarias, en cumplimiento de sus obligaciones constitucionales y legales, para garantizar la seguridad de los peatones y proteger el derecho a la vida y a la seguridad personal de los habitantes.

En resumen, la Sala Constitucional de Costa Rica enfatiza que el derecho a la vida impone al Estado tanto obligaciones de no hacer como de hacer, requiriendo acciones preventivas y protectoras para salvaguardar la vida y la integridad física de las personas. La falta de acción o la negligencia por parte del Estado en situaciones que ponen en riesgo estos derechos puede ser objeto de intervención judicial para asegurar su protección efectiva.

Comparación con el Derecho Natural y la Dignidad Humana

Antes de proceder a analizar la viabilidad de regular la eutanasia en Costa Rica, resulta esencial establecer una comprensión sólida de los conceptos que subyacen a dicha discusión. En este sentido, el derecho natural y la dignidad humana son dos pilares fundamentales que permiten enmarcar la complejidad ética y jurídica de un tema tan sensible. Al desglosar estos conceptos, es posible apreciar cómo ambos, desde su perspectiva filosófica y jurídica, brindan las bases teóricas necesarias para sustentar una reflexión profunda sobre el derecho a una muerte digna en personas con enfermedades terminales.

Es a partir de esta comprensión inicial que se puede avanzar hacia un análisis más detallado que permita evaluar si la legislación costarricense puede o debe adaptarse para regular la eutanasia, tomando en cuenta no solo el marco normativo actual, sino también los valores éticos y culturales de la sociedad.

Definición de Derecho Natural.

De acuerdo con Raffino, Equipo editorial (2021), en un artículo publicado para la Enciclopedia Concepto, el derecho natural se define como una doctrina tanto ética como jurídica, que afirma la existencia de ciertos derechos inherentes a la condición humana. Estos derechos, considerados inalienables, no solo son universales, sino que también se conciben como anteriores y superiores a cualquier otro ordenamiento jurídico establecido. El fundamento de tales derechos se encuentra en la naturaleza misma del ser humano, lo que los convierte en un pilar fundamental para la concepción moderna de los Derechos Humanos Universales.

En la misma publicación, Raffino (2021) sostiene que el derecho natural es una de las principales fuentes del derecho, junto con el derecho consuetudinario y el derecho positivo. Sus principios surgen con la propia existencia humana, sentando las bases para el desarrollo de los derechos fundamentales que se reconocen en la actualidad. Además, señala que los antecedentes históricos de esta doctrina pueden rastrearse hasta los filósofos de la Grecia clásica, especialmente en las ideas de Platón y Aristóteles, aunque su formalización como corriente se dio en la Escuela de Salamanca durante el Siglo de Oro español. Posteriormente, figuras como Thomas Hobbes, John Locke y Jean-Jacques Rousseau continuaron refinando y expandiendo el concepto en sus teorías.

Asimismo, Raffino (2021) menciona que el derecho natural ha tenido influencias religiosas, como en la doctrina cristiana, que reconoce en el ser humano una ley escrita "en sus corazones", supuestamente dictada por Dios. Sin embargo, esta noción de ley natural es vista como una condición inherente al ser humano, previa a cualquier organización judicial o política.

En cuanto a las características del derecho natural, Raffino (2021) destaca que, a diferencia del derecho positivo, que requiere ser documentado y formalizado, el derecho natural emana directamente de la naturaleza humana y no depende de su inscripción en un

texto normativo. Además, subraya que este derecho no discrimina en su aplicación, siendo igualmente válido para todas las personas, independientemente de su origen étnico, nacionalidad, religión o cualquier otra condición.

Finalmente, Raffino (2021) presenta varios ejemplos de derecho natural, como los derechos humanos contemporáneos, que no pueden ser contravenidos por ninguna ley; los mandamientos católicos, que en un tiempo fueron considerados como leyes naturales dictadas por Dios; y las antiguas leyes divinas, que en culturas como la griega, se encontraban por encima de cualquier ley terrenal, incluso de los reyes.

Definición de Dignidad Humana.

De acuerdo con Samayoa (2021), en su artículo titulado Dignidad humana: una mirada desde un enfoque filosófico, la dignidad humana es un concepto pluridisciplinar y pluridimensional que involucra múltiples disciplinas como la filosofía, la antropología, la política y el derecho. Sin embargo, en su análisis, se centra en el enfoque desde la ética y el derecho. Desde la perspectiva ética, la dignidad humana se relaciona con la persona como fuente de derechos y deberes, constituyendo la base de los actos morales. Según Samayoa, es la propia persona quien valora y descubre en sí misma las normas morales, logrando captar tanto el hecho como el deber moral, lo que la hace capaz de indagar su objetividad y fundamento.

En la misma publicación, Samayoa (2021) señala que desde el ámbito del derecho, la noción de dignidad humana se encuentra firmemente vinculada a la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. En este contexto, cada individuo, independientemente de su condición social, cultural o económica, posee derechos inalienables y dignidad, lo que implica que sus derechos deben ser garantizados en todo momento y lugar. La dignidad humana es la justificación y fundamento de los derechos humanos, constituyendo su valor primario y esencial.

Por otro lado, Samayoa (2021) enfatiza la dimensión pluridimensional de la dignidad humana, la cual abarca aspectos religiosos, ontológicos, éticos y sociales, como lo menciona Ruiz en Marín (2007). Estas dimensiones explican que la dignidad humana, en su dimensión religiosa, establece que la persona es creada a imagen y semejanza de Dios; en la dimensión ontológica, la persona es consciente de sí misma y de su superioridad en el mundo; en la dimensión ética, la persona posee autonomía moral y la capacidad de valorar normas; y en la dimensión social, la dignidad se refleja en el comportamiento decoroso y respetuoso de las personas hacia los demás.

En cuanto al desarrollo histórico de la dignidad humana como fuente de derechos humanos, Samayoa (2021) destaca que su incorporación en la literatura jurídica es reciente. Aunque declaraciones previas, como las de Estados Unidos y Francia en el siglo XVIII, no hacían referencia directa a la dignidad humana, los horrores de las guerras mundiales del siglo XX llevaron a una revalorización de la condición humana. La dignidad humana se posicionó como un valor central en la Declaración Universal de 1948, y desde entonces ha sido fundamental para la defensa de derechos como la libertad frente a la tortura, la igualdad de oportunidades y el acceso a la educación.

Samayoa (2021) concluye que, a pesar de los avances logrados en la promoción de la dignidad humana y los derechos humanos, este ideal aún no se ha alcanzado plenamente en todas las sociedades. La dignidad humana sigue siendo vulnerada en muchas situaciones, y es responsabilidad tanto de los individuos como de la sociedad en su conjunto, garantizar su respeto y protección. La dignidad, según el autor, es inherente a todos los seres humanos, independientemente de sus logros, fracasos, posición social o características físicas y mentales.

Análisis entre el Derecho Natural y la Dignidad Humana.

Para abordar el tema de la eutanasia en Costa Rica, es crucial entender la interrelación entre el derecho natural y la dignidad humana. Ambos conceptos se complementan y son esenciales para determinar si un marco jurídico que regule el final de la vida de forma digna es viable dentro del contexto costarricense.

Como se ha podido examinar, de acuerdo con Raffino (2021), el derecho natural se refiere a una doctrina ética y jurídica que defiende la existencia de derechos inalienables derivados de la propia naturaleza humana, anteriores y superiores a cualquier legislación escrita. Estos derechos son universales y no dependen de la cultura, el tiempo o la geografía, sino de la propia condición de ser humano. Desde esta perspectiva, el derecho a la vida y, por extensión, el derecho a morir de manera digna, se conciben como inherentes a la persona. Así, cualquier legislación que ignore estos derechos naturales podría ser vista como injusta o ilegítima desde la óptica del iusnaturalismo.

Por otro lado, la dignidad humana, como señala Samayoa (2021), es un concepto multi-dimensional que abarca aspectos éticos, ontológicos y sociales. En el campo jurídico, la dignidad humana es la justificación misma de los derechos humanos, tal como fue consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Este concepto se refiere al valor intrínseco de cada persona, simplemente por su condición de ser humano, lo cual implica que, independientemente de sus circunstancias, todo individuo es merecedor de respeto y de un trato que preserve su dignidad. Es precisamente esta dignidad la que permite fundamentar la posibilidad de que un individuo con una enfermedad terminal decida el fin de su vida de manera voluntaria y asistida, siempre que su derecho a la dignidad sea salvaguardado.

Importancia para la Discusión sobre la Eutanasia en Costa Rica.

La relevancia de comparar el derecho natural con la dignidad humana radica en que ambos ofrecen perspectivas esenciales para abordar la viabilidad de la eutanasia. En el contexto de una tesis sobre este tema, como es el caso de la propuesta para regular la eutanasia en Costa Rica, es crucial entender cómo el derecho natural puede servir de base para argumentar a favor de la autonomía del individuo, mientras que la dignidad humana otorga un marco normativo que justifica la protección de los derechos fundamentales, incluso en el proceso de morir. La discusión sobre la eutanasia no se limita a lo jurídico, sino que también abarca lo moral y lo filosófico, y ambos conceptos aportan un marco de referencia para balancear los derechos y la dignidad del individuo frente a los límites que una sociedad puede imponer.

Al estudiar la viabilidad de la eutanasia en Costa Rica, es importante tener en cuenta que cualquier propuesta normativa debe alinearse con los valores fundamentales de la sociedad costarricense. Tanto el derecho natural como la dignidad humana ofrecen un fundamento sólido para garantizar que cualquier regulación respete no solo los derechos inherentes a la persona, sino también los principios éticos que subyacen a la vida en sociedad. En este sentido, la eutanasia debe considerarse dentro del marco de un respeto profundo por la autonomía y la dignidad del ser humano, asegurando que se tomen decisiones que estén en consonancia con estos principios.

Análisis Doctrinal Integral del Derecho a la Vida

El artículo titulado "Derecho a la vida, el aborto y la norma técnica," publicado en el periódico El Delfino por Isaac Montero Solera en 2019, el abogado y notario graduado de la Universidad de Costa Rica y socio fundador del bufete Montero y Montero, aborda de manera exhaustiva el derecho a la vida. Este abogado y especialista en el tema se define

a sí mismo como demócrata, católico, provida y defensor de la dignidad humana, de allí su importancia para este estudio tan delicado.

Aunque su enfoque principal es el aborto, proporciona un marco legal pertinente para el análisis de viabilidad de eutanasia al analizar cómo se protege el derecho a la vida, tanto a nivel nacional como internacional, haciendo referencia a normativas de derechos humanos aplicables en Costa Rica (Montero, 2019). Este análisis resulta fundamental para comprender cómo la protección de la vida puede influir en la legislación sobre la eutanasia en Costa Rica.

De este derecho de inviolabilidad de la vida emanan diversos resultados. Según Montero (2019), se trata de un derecho a favor de todo ser humano, sin excepción, a no ser privado de su vida ni a sufrir ataques ilegítimos por parte del Estado o de particulares. Lo clave en esto es la determinación de a partir de cuándo se considera que hay vida humana, lo que equivale a cuestionar: ¿cuándo entonces se considera que hay vida humana?

La respuesta a esto no puede depender de posiciones subjetivas; se debe recurrir a la ciencia. En este sentido, nuestra Sala Constitucional ha tenido por cierta la conclusión de que hay vida humana desde la fecundación. Según el voto 2306-200 de las 15:21 hrs. del 15 de marzo de 2000, cuando el espermatozoide fecunda al óvulo, esa entidad se convierte en un cigoto y, por ende, en un embrión. La más importante característica de esta célula es que toda la información necesaria para definir las características de un nuevo ser humano aparece reunida en el encuentro de los veintitrés cromosomas del espermatozoide y los veintitrés cromosomas del ovocito. Este principio ha sido científicamente sustentado desde 1987 (Sala Constitucional, 2000).

De conformidad con lo anterior, queda claro que, desde el momento de la concepción, el feto es considerado una persona, un ser vivo que tiene el derecho a ser protegido por el ordenamiento jurídico. Esto es acorde con las normas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos vigentes en Costa Rica y la interpretación que ha

dado la Sala Constitucional (voto 647-90) sobre la protección de la vida desde la concepción (Montero, 2019).

En cuanto a la fundamentación normativa para este criterio, se pueden citar varios instrumentos relevantes, alguno de ellos ya analizados con anteriodad. La Constitución Política de Costa Rica de 1949, en su artículo 21, establece que "la vida humana es inviolable." Asimismo, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, en su artículo I, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 3, coinciden en que "todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona" (Montero, 2019).

Además, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, en su artículo 6, establece que "el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente." Del mismo modo, el Pacto de San José de 1969, en su artículo 4.1, señala que "toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente." Es notable que este último instrumento internacional va más allá, ya que expresa explícitamente la protección del derecho a partir del momento de la concepción.

En consonancia con esto, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en su artículo 6.1, reconoce que "los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida" y, en su preámbulo, expresa la necesidad de proteger a todo niño, tanto antes como después del nacimiento (Montero, 2019).

Por su parte, el artículo 31 del Código Civil de Costa Rica establece que la existencia de la persona física comienza al nacer viva, pero a la vez indica que se le considera "nacida para todo lo que la favorezca, desde 300 días antes de su nacimiento," lo que reconoce su estatus de persona desde el momento de la concepción (Montero, 2019).

En concreto, el marco normativo y jurisprudencial existente en Costa Rica subraya la inviolabilidad de la vida desde la concepción hasta la muerte, estableciendo un contexto legal en el que cualquier debate sobre la eutanasia debe considerar cuidadosamente estos principios fundamentales.

Protección y Limitaciones del Derecho a la Vida: Opinión Jurídica OJ-026-2011

En el contexto costarricense, la doctrina jurídica ha abordado con profundidad el tema de la protección del derecho a la vida, reconociendo al mismo tiempo sus límites en función de otros derechos fundamentales, como la dignidad humana, la autonomía y la vida privada. Un claro ejemplo de este desarrollo doctrinario es la Opinión Jurídica OJ-026-2011, emitida por la Procuraduría General de la República, donde se analiza la protección del derecho a la vida en el marco del proyecto de ley sobre fecundación in vitro, pero con implicaciones relevantes para otros debates, como la eutanasia y el derecho a una muerte digna.

Según dicha Opinión Jurídica, la vida humana es inviolable, conforme al artículo 21 de la Constitución Política, y por tanto debe ser objeto de especial protección por parte del Estado. Sin embargo, el mismo dictamen reconoce que el derecho a la vida no puede interpretarse de manera absoluta, ya que debe armonizarse con otros derechos fundamentales garantizados constitucionalmente, como la dignidad, la vida privada y la libertad individual. En efecto, se sostiene que el derecho a la vida debe ser protegido, pero siempre dentro de los límites que imponen otros derechos esenciales para el desarrollo humano.

De manera específica, la Opinión Jurídica enfatiza el vínculo entre el derecho a la vida y la dignidad humana, señalando que la protección de la vida no puede desconocer la calidad intrínseca de la persona como sujeto de dignidad. En palabras de la Procuraduría, el respeto a la vida está indisolublemente ligado al respeto a la dignidad, y este último

constituye un límite infranqueable a cualquier intervención estatal, aun cuando se invoque la protección de la vida. Este razonamiento se conecta directamente con el debate sobre el derecho a una muerte digna, pues implica que no se debe prolongar la vida humana a toda costa, si hacerlo contraviene la dignidad del paciente.

Otro aspecto esencial abordado en la Opinión Jurídica OJ-026-2011 es la relación del derecho a la vida con la libertad individual y la vida privada, conforme a los artículos 28 y 24 de la Constitución Política. El dictamen destaca que las acciones privadas que no afectan a terceros ni vulneran la moral o el orden público están fuera del alcance del derecho estatal de intervención. Este principio establece que, dentro del ámbito privado, las personas tienen derecho a decidir sobre aspectos esenciales de su vida, lo cual incluye las decisiones relativas al final de la vida y al rechazo de tratamientos médicos que podrían prolongar artificialmente una existencia en condiciones indignas.

La Procuraduría también destaca la protección del derecho a la vida privada y familiar reconocida en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en cuyo artículo 11 se establece que toda persona tiene derecho al respeto de su honra y dignidad, así como a estar libre de injerencias arbitrarias en su vida privada. Esto refuerza la idea de que el derecho a la vida debe entenderse en el marco más amplio de la autonomía personal y la libertad de decidir sobre los propios procesos vitales, incluidas las circunstancias del morir.

Además, la Opinión Jurídica se apoya en la jurisprudencia tanto nacional como internacional, destacando sentencias de la Sala Constitucional, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Europea de Derechos Humanos, que refuerzan la doctrina de que los derechos fundamentales, incluido el derecho a la vida, no son absolutos y deben armonizarse con otros valores fundamentales como la libertad, la dignidad y el desarrollo de la personalidad (Procuraduría General de la República, 2011, párr. I).

Así, la Sala Constitucional ha sostenido en la sentencia 6776-1994 que el derecho a la vida privada implica la existencia de una "esfera en la cual nadie puede inmiscuirse", lo que garantiza a cada persona la libertad para tomar decisiones sobre los aspectos más íntimos de su existencia. Este criterio puede extrapolarse al ámbito de las decisiones sobre el final de la vida, sugiriendo que los individuos deberían tener el derecho a decidir sobre su muerte en condiciones que respeten su dignidad.

Por otra parte, la sentencia 4819-1996 reafirma que el derecho a la vida privada y la autonomía personal limitan las intervenciones estatales sobre la vida del individuo, subrayando que el desarrollo de la personalidad dentro de una esfera de intimidad es un derecho inviolable. Este reconocimiento es esencial para entender que la persona tiene derecho a decidir, incluso, cuándo y cómo desea terminar su vida, especialmente frente a enfermedades terminales y situaciones de sufrimiento extremo.

Por último, el dictamen recuerda que el orden público, la moral y los derechos de terceros pueden servir como límites a la libertad individual, pero estas limitaciones deben ser razonables, necesarias y proporcionales, según lo ha sostenido la Sala Constitucional y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Esto implica que no cualquier razón puede justificar la imposición de la vida a toda costa, y que los derechos de autonomía y dignidad personal deben tener un peso relevante en la decisión de permitir una muerte digna.

En conclusión, la Opinión Jurídica OJ-026-2011 constituye un documento clave para comprender cómo Costa Rica ha interpretado la protección y los límites del derecho a la vida, señalando que este derecho no puede ser usado para justificar prácticas contrarias a la dignidad humana o al libre desarrollo de la personalidad. Por tanto, aunque la eutanasia aún no está permitida en el país, la doctrina y jurisprudencia costarricense abren la posibilidad de analizar un eventual marco jurídico que respete la autonomía del paciente y

le permita morir dignamente, evitando el encarnizamiento terapéutico y el sufrimiento innecesario.

Autonomía y Dignidad: Resolución N.º 04593-2024 del Tribunal Contencioso Administrativo

En el estudio del derecho a una muerte digna, es indispensable analizar cómo la jurisprudencia costarricense ha desarrollado las relaciones entre el derecho a la vida, la autonomía y la dignidad personal, ya que estos conceptos resultan fundamentales para la comprensión de los límites que el ordenamiento jurídico nacional impone a la protección absoluta de la vida. Una sentencia relevante que aporta valiosos elementos a esta discusión es la Resolución N.º 04593-2024 del Tribunal Contencioso Administrativo, emitida en julio de 2024, la cual, aunque resuelve un caso relacionado con la atención médica, desarrolla criterios directamente vinculados a la dignidad, la autonomía del paciente y la libertad en las decisiones relacionadas con la salud.

Desde el inicio, el Tribunal establece la importancia de entender que la práctica médica debe regirse por los principios éticos reconocidos universalmente, como son la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y, especialmente, la autonomía (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). En este sentido, el fallo subraya que la dignidad y la libertad del paciente son elementos esenciales que deben guiar la relación médico-paciente, destacando que el paciente debe ser considerado como "persona con dignidad y libertad" y nunca como un objeto del acto médico (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII).

De manera significativa, el Tribunal remite al Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, el cual establece en su artículo 1 que el respeto a la vida humana debe ir acompañado del respeto a la dignidad y libertad del paciente, lo que implica reconocer su autonomía en la toma de decisiones sobre los tratamientos a recibir o

rechazar (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). Este principio, aunque planteado en el contexto de la responsabilidad médica, tiene claras implicaciones para el debate sobre la eutanasia, ya que sugiere que la protección de la vida no debe imponerse de forma absoluta cuando entra en conflicto con la dignidad del paciente y su derecho a decidir sobre su propio proceso de morir.

Asimismo, la resolución enfatiza que la autonomía del paciente está directamente relacionada con el consentimiento informado, entendiendo que las preferencias y valores del paciente deben ser respetados en todo momento (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). De este modo, el fallo del Tribunal refuerza la doctrina de que la vida, aunque fundamental, no puede imponerse por encima de la voluntad consciente y autónoma del paciente, criterio esencial cuando se discuten los límites del derecho a la vida en el contexto de enfermedades terminales y sufrimiento irremediable.

En cuanto al alcance del derecho a la vida, el Tribunal señala que no debe interpretarse como la obligación de mantener la vida por medios desproporcionados o contrarios a la voluntad del paciente, sino como el derecho a vivir con dignidad, lo que incluye la posibilidad de rechazar intervenciones médicas que el paciente considere innecesarias, dolorosas o contrarias a su concepción personal de calidad de vida (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). Este criterio es particularmente relevante en el contexto del debate sobre la eutanasia, al plantear que el derecho a la vida debe armonizarse con otros derechos fundamentales, como el derecho a no sufrir y el derecho a una muerte digna.

Por otra parte, el Tribunal analiza el deber de los médicos de evitar prácticas que puedan ser consideradas como encarnizamiento terapéutico, recordando que la beneficencia y la no maleficencia obligan a los profesionales de la salud a evitar prolongar el sufrimiento del paciente de manera innecesaria (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). Este razonamiento apoya indirectamente los postulados que, en otras

legislaciones, sirven de fundamento para regular la eutanasia, al reconocer que la vida no puede mantenerse a cualquier costo si ello implica anular la dignidad y autonomía de la persona.

De igual forma, la resolución hace referencia al principio de justicia en el acto médico, subrayando que los recursos médicos deben distribuirse de manera equitativa y razonable, y que el respeto a la vida del paciente debe ir de la mano con un respeto efectivo a su dignidad, lo que incluye no someterlo a tratamientos innecesarios o fútiles (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). Esta visión integral de la justicia en la atención médica también es aplicable al debate sobre la eutanasia, ya que una negativa absoluta a considerar esta práctica podría derivar en una forma de discriminación contra quienes desean evitar un sufrimiento insoportable.

Finalmente, la sentencia reconoce que la dignidad humana es un valor superior dentro del sistema constitucional costarricense, que no puede ser subordinado a una interpretación rígida del derecho a la vida (Tribunal Contencioso Administrativo, 2024, párr. VIII). Esta afirmación es clave para el debate sobre el derecho a morir dignamente, pues abre la puerta a considerar que la protección de la vida no debe significar la obligación de mantener a toda costa una existencia que el propio paciente considera indigna.

En conclusión, la Resolución N.º 04593-2024 del Tribunal Contencioso Administrativo ofrece un marco interpretativo sólido para sustentar el reconocimiento de los límites del derecho a la vida en Costa Rica, destacando los principios de autonomía, dignidad, beneficencia y no maleficencia.

Aunque la eutanasia aún no esté regulada en el país, esta jurisprudencia sienta las bases para debatir su viabilidad desde un enfoque respetuoso de los derechos humanos, haciendo énfasis en la necesidad de reconocer el derecho de las personas a decidir sobre su propio proceso de morir, en condiciones que aseguren su dignidad y eviten el sufrimiento innecesario.

Conflictos Éticos en la Eutanasia: Un Análisis desde las Creencias y la Dignidad Humana

El debate sobre la eutanasia no solo implica cuestiones legales o médicas, sino que también presenta profundos conflictos éticos, morales y filosóficos que tensionan las creencias individuales y colectivas respecto a la existencia humana. Como señala Ximena Cortés Oñate (2021), la eutanasia enfrenta dos cuestionamientos fundamentales: por un lado, la legitimidad moral y jurídica de adelantar la muerte con la ayuda de terceros y, por otro, la validez de la objeción de conciencia dentro de la profesión médica.

Estos debates son cruciales para entender las implicaciones de reconocer el derecho a morir dignamente como parte del respeto a la autonomía personal, es por ello que sobre la base de dicho artículo se obtienen 5 puntos importantes acerca de los conflictos éticos, que a continuación se desarrollarán:

1. **El Impacto de los Avances Científicos y Tecnológicos en el Debate Ético:** De acuerdo con Cortés Oñate (2021), el progreso científico y biomédico ha extendido la esperanza de vida de las personas, pero al mismo tiempo ha generado nuevos dilemas éticos, especialmente en el manejo de enfermedades terminales. La autora destaca que la prolongación de la vida, sin considerar la calidad de esta, plantea interrogantes sobre los límites del quehacer médico y los derechos de los pacientes, sobre todo cuando el sufrimiento físico y emocional se convierte en una constante (Cortés Oñate, 2021). Asimismo, el envejecimiento de la población y los costos asociados a la salud amplifican la relevancia del debate sobre la eutanasia, situando en el centro la cuestión de la dignidad en el proceso de morir.
2. **La Dignidad Humana como Fundamento Ético:** Siguiendo la reflexión de Isabel Cottin, citada por Cortés Oñate (2021), la eutanasia debe analizarse

desde la perspectiva del respeto a la dignidad intrínseca de la persona. Cottin sostiene que toda acción que busque provocar directamente la muerte del paciente, a solicitud expresa y consciente, en el marco de un sufrimiento extremo e intolerable, responde a la defensa de la dignidad humana. Además, enfatiza que la autonomía del paciente debe primar sobre cualquier otra consideración, afirmando que el derecho a decidir sobre la propia vida y muerte es un ejercicio legítimo de libertad y responsabilidad personal (Cortés Oñate, 2021).

Este argumento también resalta que las constituciones nacionales garantizan el derecho a vivir, pero no imponen un deber de vivir, abriendo espacio para cuestionar si las personas pueden rechazar seguir existiendo bajo condiciones que consideran indignas (Cortés Oñate, 2021).

3 **Objeción de Conciencia: Un Dilema Ético en el Campo Médico:** Uno de los conflictos éticos más relevantes en torno a la eutanasia es la objeción de conciencia de los profesionales de salud. Según Cortés Oñate (2021), la objeción de conciencia es un mecanismo moralmente válido que permite a los médicos rechazar realizar prácticas que contravengan sus creencias personales. Sin embargo, la autora, siguiendo las posiciones de Cottin y otros expertos, señala que esta objeción debe estar sujeta a ciertas condiciones, como haber sido declarada previamente y garantizar la derivación adecuada del paciente a otros profesionales dispuestos a realizar la práctica (Cortés Oñate, 2021).

A pesar de esta validez, algunos expertos como Diana Aurenque critican la objeción de conciencia en el campo de la medicina, argumentando que los médicos deben priorizar la ayuda al paciente por encima de sus creencias

personales, ya que negarse a asistir a quien solicita eutanasia podría implicar un acto de paternalismo y discriminación (Cortés Oñate, 2021).

4 **Autonomía y Derecho a Decidir sobre la Propia Muerte:** La autonomía emerge como uno de los valores fundamentales en el debate ético sobre la eutanasia. Como subraya Alfonso Henríquez, citado por Cortés Oñate (2021), la autonomía implica no solo el derecho a vivir conforme a la propia concepción del bien, sino también el derecho a decidir sobre el final de la vida cuando esta se convierte en un proceso indigno. En su análisis, Henríquez destaca que "el derecho a la vida protege los intereses del titular, no del Estado ni de la sociedad", por lo que imponer a una persona la obligación de seguir viviendo bajo sufrimientos extremos sería una violación directa a su autonomía y dignidad (Cortés Oñate, 2021).

5 **Diversidad Cultural y Ética Social frente a la Muerte Digna:** El debate sobre la eutanasia también refleja una diversidad de creencias y valoraciones sobre la vida y la muerte. Según Rodrigo Pulgar, citado por Cortés Oñate (2021), "la ética no es unidireccional" y los juicios morales sobre la eutanasia no pueden imponerse de manera uniforme en sociedades democráticas y pluralistas. Pulgar sostiene que la muerte digna debe reconocerse como una opción dentro de un marco legal que respete tanto a quienes optan por ella como a quienes, por razones de conciencia, prefieren rechazarla (Cortés Oñate, 2021).

Finalmente, Cortés Oñate (2021) reflexiona que la eutanasia obliga a reconsiderar las creencias tradicionales sobre la sacralidad de la vida, cuestionando la idea de que vivir siempre sea un bien absoluto. En sociedades diversas, la autora sostiene que debe prevalecer la libertad de cada persona para decidir qué constituye una "vida buena" y cuándo esta ha dejado de tener sentido o valor en términos personales y dignos.

Conflictos Bioéticos de la Eutanasia: Una Reflexión desde la Bioética Ampliada

El análisis de la eutanasia desde la perspectiva bioética implica no solo abordar los aspectos médicos o legales, sino también reconocer la complejidad humana, emocional, cultural y moral que envuelve este acto. En su artículo titulado *"La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada"*, publicado en la Revista Bioética de Scielo Brasil, el Dr. Rubens Bedrikow (2020) propone una reflexión profunda que invita a mirar la eutanasia más allá de las normas generales, considerando la historia de vida y el contexto de las personas involucradas, abriendo así un debate bioético que pone en el centro la dignidad y la singularidad de cada individuo.

La Bioética Ampliada como Enfoque Integral para Entender la Eutanasia

De acuerdo con Bedrikow (2020), la bioética ampliada propone una mirada más humana y completa sobre las decisiones relacionadas con el final de la vida, como la eutanasia, al incorporar no solo los aspectos biomédicos, sino también los afectos, valores, creencias y relaciones personales. A diferencia de la bioética tradicional, que suele centrarse en la aplicación de principios universales como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, la bioética ampliada enfatiza la necesidad de analizar cada caso desde la experiencia única de los sujetos involucrados, atendiendo al contexto social, familiar y emocional que los rodea (Bedrikow, 2020).

Este enfoque es especialmente relevante para la eutanasia, ya que las decisiones sobre morir con dignidad no son actos aislados, sino procesos que atraviesan la historia, los vínculos y las emociones de pacientes y sus familias.

La Relación entre Clínica Ampliada y Bioética: Humanización del Acto Médico

Según Bedrikow (2020), el concepto de clínica ampliada, tomado de los trabajos de Basaglia, Sartre y Gramsci, refuerza la idea de que el paciente debe ser un agente activo

en la toma de decisiones sobre su vida y su salud, no un simple receptor pasivo de los saberes médicos. Aplicado al campo de la eutanasia, este modelo implica que la voz del paciente, sus deseos y miedos, deben tener un papel central en la discusión sobre la posibilidad de morir dignamente (Bedrikow, 2020).

Por tanto, para una auténtica bioética ampliada, la eutanasia no puede considerarse únicamente como un procedimiento técnico, sino como un proceso relacional, en el cual participan las emociones, las historias compartidas y las tensiones culturales de las personas afectadas. En este sentido, la eutanasia se aleja de ser un acto "aséptico" o meramente médico, para convertirse en un fenómeno ético y social, profundamente enraizado en la experiencia humana del sufrimiento y la compasión (Bedrikow, 2020).

El Caso "Anne Prédaille": Dilemas Éticos Profundos

Bedrikow ilustra su análisis utilizando el ejemplo literario de la novela Anne Prédaille del autor Henri Troyat, en la que una hija decide aplicar una dosis letal de morfina a su madre enferma, buscando liberarla del sufrimiento extremo. Este relato, según Bedrikow (2020), refleja los conflictos morales más profundos que rodean a la eutanasia: por un lado, el deseo de aliviar el dolor y, por otro, el peso de transgredir normas sociales y morales que condenan el acto de causar la muerte.

Desde una perspectiva bioética tradicional, la acción de Anne podría juzgarse desde los principios de autonomía y beneficencia. Sin embargo, Bedrikow (2020) propone que desde una bioética ampliada, lo relevante es atender la historia relacional entre madre e hija, el vínculo afectivo y el sufrimiento compartido que llevó a Anne a tomar una decisión tan extrema. Este enfoque invita a considerar la dimensión subjetiva y emocional de la eutanasia, que muchas veces queda invisibilizada en los debates jurídicos o éticos tradicionales.

Tensión entre Beneficencia, Autonomía y No Maleficencia

Bedrikow también aborda la tensión existente entre los principios bioéticos clásicos. Según el autor, mientras la beneficencia llevaría al médico o al familiar a actuar para evitar el sufrimiento del paciente, la no maleficencia podría oponerse a cualquier intervención que cause la muerte, y la autonomía del paciente debería guiar la decisión final (Bedrikow, 2020).

No obstante, Bedrikow (2020) subraya que la realidad es mucho más compleja que la simple aplicación de principios, pues las decisiones sobre la muerte involucran afectos, dudas y temores que no siempre se ajustan a las categorías tradicionales. Por ello, plantea que la bioética ampliada debe incluir las voces de todos los implicados, para comprender que detrás de cada decisión hay historias personales y contextos familiares que modulan la elección de morir dignamente.

La Relación Humana en el Proceso de Morir: Más Allá del Modelo Biomédico

Finalmente, Bedrikow (2020) critica que el modelo biomédico tradicional tiende a invisibilizar las dimensiones emocionales, culturales y subjetivas que acompañan al proceso de morir. Desde su propuesta de bioética ampliada, resalta la necesidad de escuchar las narrativas personales y de abrir espacios para la deliberación conjunta entre pacientes, familiares y profesionales de la salud, como forma de humanizar el proceso de morir.

Por ello, el autor concluye que la eutanasia no puede tratarse simplemente como una decisión técnica o médica, sino que requiere una reflexión bioética profunda, que considere las vivencias y la dignidad del paciente, así como la red afectiva que lo rodea (Bedrikow, 2020).

Conclusión Dr. Rubens Bedrikow

En suma, el enfoque del Dr. Rubens Bedrikow destaca que la eutanasia, más que un procedimiento médico o un dilema legal, es una experiencia profundamente humana y relacional, que debe ser abordada desde una bioética ampliada. Este enfoque invita a repensar los debates tradicionales, reconociendo que las decisiones sobre el final de la vida implican historias de amor, dolor, cuidado y responsabilidad compartida.

Por ello, cualquier análisis serio sobre la eutanasia debe incluir estas dimensiones humanas, considerando no solo las normas generales, sino también la singularidad de cada caso y la dignidad de las personas involucradas.

Introducción al Proyecto de Ley N.º 21.383 sobre Muerte Digna y Eutanasia en Costa Rica

Luego de haber realizado un exhaustivo recorrido por las distintas conceptualizaciones relacionadas con la muerte digna, así como por los aspectos médicos, psicológicos, sociales, éticos y bioéticos que rodean esta temática, es indispensable centrar la atención en el eje principal de la presente investigación: el análisis jurídico del Proyecto de Ley N.º 21.383 sobre Muerte Digna y Eutanasia en Costa Rica.

Todo el desarrollo teórico anterior ha permitido sentar las bases para comprender las múltiples aristas del debate contemporáneo en torno a la posibilidad de otorgar a los pacientes terminales la facultad de decidir sobre el final de su vida, bajo un marco legal seguro y respetuoso de los derechos humanos. Por tanto, corresponde ahora examinar en detalle el contenido, los fundamentos y los alcances de dicha iniciativa legislativa, analizando su articulado, las definiciones que propone, los derechos que reconoce y las obligaciones que establece, así como su armonía con el ordenamiento jurídico costarricense y los estándares internacionales en materia de dignidad y autonomía de las personas.

En este contexto, el siguiente apartado desglosa de forma sistemática y crítica las distintas secciones del Proyecto de Ley N.º 21.383, las cuales constituyen la base normativa sobre la cual se podría construir, en el futuro, un marco jurídico sólido y humanista para tutelar el derecho a morir dignamente en Costa Rica.

Análisis Integral del Proyecto de Ley N.º 21.383: "Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia"

I. Antecedentes Legislativos y Fundamentación Social.

El Proyecto de Ley N.º 21.383, titulado *"Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia"*, fue presentado en el año 2019 por Paola Viviana Vega Rodríguez, entonces diputada de la República de Costa Rica, como una respuesta directa a los vacíos normativos existentes en materia del derecho a una muerte digna. La autora recuerda, en su exposición de motivos, que ya en el año 2014 se había impulsado una propuesta similar bajo el Expediente N.º 19.440, que abordaba la situación de personas con enfermedades terminales. Aunque este primer intento legislativo fue archivado en 2018, la discusión continuó abierta en el escenario político y social costarricense (Asamblea Legislativa, 2019, p. 1).

Además, el proyecto retoma casos emblemáticos, como el de Brittany Maynard, en los Estados Unidos, quien decidió adelantar su muerte frente a un diagnóstico de cáncer terminal, y el del costarricense Mauricio Leandro, quien solicitó apoyo público para poder acceder a una muerte digna, evidenciando así la urgente necesidad de regulación (Asamblea Legislativa, 2019, p. 2).

Es importante destacar que, el proyecto se sustenta en una tesis de la Universidad de Costa Rica (UCR), elaborada por una estudiante de la Facultad de Derecho, en la cual se analiza la viabilidad jurídica y constitucional de regular la muerte digna en el país (Asamblea Legislativa, 2019, p. 3).

II. Eutanasia y Muerte Digna: Conceptualización y Alcances.

El proyecto introduce el concepto de eutanasia como una intervención médica destinada a provocar una muerte sin dolor a personas que padecen enfermedades terminales, incurables o que sufren dolores insoportables. Se sostiene que, aunque existen diferentes términos como "suicidio asistido" o "muerte por piedad", el fin último es siempre evitar sufrimientos prolongados, por lo que las distinciones técnicas no deben ser un obstáculo para la garantía del derecho a morir con dignidad (Asamblea Legislativa, 2019, p. 4).

Además, se detallan los elementos constitutivos del homicidio piadoso según el Código Penal costarricense, artículo 116, que son:

- Existencia de una enfermedad incurable.
- Sufrimiento mediante dolores crueles.
- Petición expresa del paciente.
- Acto realizado por piedad.
- Muerte sin sufrimiento.

También se menciona la sentencia 14.192-2008 de la Sala Constitucional, mediante la cual se despenalizó la tentativa de suicidio, interpretando que estos actos deben considerarse parte del ámbito de salud, y no como delitos (Asamblea Legislativa, 2019, p. 4). Se alude, además, al precedente colombiano en el cual la Corte Constitucional declaró inconstitucional la penalización del homicidio por piedad, estableciendo así una ruta jurídica relevante para países latinoamericanos (Asamblea Legislativa, 2019, p. 5).

III. Derecho a la Vida y Respeto a la Autonomía: Una Relación Complementaria.

El proyecto profundiza en la relación entre el derecho a la vida y otros derechos fundamentales, como la dignidad, libertad personal y autonomía. Se plantea que el derecho

a la vida no debe ser visto como una obligación incondicional de existir, sino como un derecho que debe ejercerse con dignidad y libertad (Asamblea Legislativa, 2019, p. 6).

En este sentido, se apoya en el artículo 28 de la Constitución Política de Costa Rica, que garantiza la libertad personal y el respeto a la voluntad propia. Además, recuerda que las personas pueden rechazar tratamientos médicos conforme al artículo 46 del Código Civil costarricense. Por ello, la eutanasia se plantea como una extensión del derecho a decidir sobre la propia vida y cuerpo, en casos de sufrimiento extremo (Asamblea Legislativa, 2019, p. 7).

IV. El Derecho a la Vida y a la Salud como Base para la Muerte Digna.

Siguiendo el desarrollo argumentativo, el proyecto señala que el derecho a la vida no puede entenderse en abstracto, sino vinculado a la dignidad humana. De esta manera, cuando la vida se vuelve un padecimiento, el derecho a una muerte digna se convierte en una extensión legítima del derecho a la vida misma (Asamblea Legislativa, 2019, p. 8).

Se analizan también tratados internacionales, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 4), que establece el derecho a la vida, pero no obliga a prolongarla contra la voluntad del individuo. Se alude, además, a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículos 1 y 3) y a la Convención Europea de Derechos Humanos, para reforzar la idea de que la dignidad humana y la autonomía son ejes centrales del derecho a vivir y morir con dignidad (Asamblea Legislativa, 2019, pp. 8-9).

V. El Derecho a la Salud y su Relación con la Muerte Digna.

El proyecto afirma que el derecho a la salud incluye el derecho a recibir cuidados que respeten la dignidad de la persona, incluso al final de la vida. Cita, por ejemplo:

- La Constitución de la OMS, que establece la salud como un estado completo de bienestar.

- El Protocolo de San Salvador (Ley 7907), que vincula el derecho a la salud con los derechos humanos.
- Diversos dictámenes de la Procuraduría General de la República, y resoluciones de la Sala Constitucional (Asamblea Legislativa, 2019, pp. 10-11).

Asimismo, se refiere al académico Román Navarro Fallas, quien ha conceptualizado la salud como un derecho activo, esencial para la dignidad de las personas, incluyendo su derecho a evitar un sufrimiento inútil (Asamblea Legislativa, 2019, p. 11).

VI. Contenido Normativo del Proyecto.

El cuerpo normativo del Proyecto de Ley N.º 21.383 incluye seis artículos y un transitorio, estructurados así:

1. **Objeto de la ley**: Garantizar el derecho a una muerte digna y sin sufrimiento en personas con enfermedades terminales (art. 1).
2. **Definiciones fundamentales**: Clarificación de conceptos clave como "eutanasia", "muerte digna", "encarnizamiento terapéutico" y "enfermedad terminal" (art. 2).
3. **Derechos reconocidos**:
    - Información clara y completa.
    - Derecho a segundo diagnóstico.
    - Derecho a rechazar tratamientos.
    - Acceso a cuidados paliativos.
    - Derecho a la eutanasia bajo condiciones reguladas.
    - Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.
    - Derecho a formalizar testamento vital (art. 3).
4. **Testamento vital**: Requisitos y formalidades (art. 4).

5 **Decisiones en ausencia de testamento vital**: Determinación por familiares en orden de prelación (art. 5).

6 **Prohibición de encarnizamiento terapéutico**: Sanción a quien prolongue innecesariamente la vida de forma dolorosa (art. 6).

7 **Transitorio**: Obliga al Ministerio de Salud a reglamentar la ley en un plazo de seis meses (Asamblea Legislativa, 2019, pp. 14-17).

Análisis de la Opinión Pública y el Debate Social sobre la Muerte Digna en Costa Rica

Luego de haber realizado un análisis detallado del Proyecto de Ley N.º 21.383, así como de los dilemas éticos y bioéticos que rodean el derecho a una muerte digna, resulta imprescindible conocer cuál es la percepción y apoyo real que este tema suscita en la sociedad costarricense. Precisamente, comprender la postura de la ciudadanía frente a esta compleja cuestión permite vincular la propuesta normativa con la realidad cultural, social y religiosa del país, ofreciendo una visión completa que integra tanto el plano jurídico como el contexto humano y social donde podría aplicarse.

Además, al haber examinado con anterioridad los principios de autonomía, dignidad humana y libertad personal, resulta claro que el debate sobre la muerte digna no puede alejarse de la opinión pública, ya que se trata de una temática profundamente conectada con los valores, creencias y experiencias personales de los ciudadanos. Por ello, a continuación, se analizarán tres estudios y encuestas relevantes, que permiten dimensionar el grado de aceptación, rechazo o duda que genera este tema entre los costarricenses, y cómo diferentes sectores (incluyendo el religioso) participan de este debate.

En primer lugar, se abordarán los resultados de la encuesta nacional realizada por el Centro de Investigación y Estudios Políticos (CIEP) de la Universidad de Costa Rica en 2015, la cual fue desarrollada en el marco del primer intento legislativo en torno a la eutanasia, promovido mediante el Proyecto de Ley N.º 19.440 impulsado por los diputados

Antonio Álvarez Desanti y Carlos Manuel Rojas, siendo uno de los primeros sondeos oficiales que midió el respaldo y las preocupaciones de la población ante este tipo de legislación.

Posteriormente, se analizará el sondeo publicado por el medio nacional Teletica en el año 2019, año en que se presentó el actual Proyecto de Ley N.º 21.383, y que recoge de manera directa la opinión ciudadana sobre el derecho a una muerte digna, en momentos donde el debate se encontraba nuevamente en la agenda legislativa y mediática del país.

Finalmente, se presentará un análisis profundo desde la perspectiva religiosa y espiritual, basado en el artículo publicado en la Revista de Teología: Revista de Estudios Sociorreligiosos, Volumen 16, Número 1, 2023, el cual aborda cómo diferentes tradiciones religiosas y visiones espirituales valoran y discuten el concepto de muerte digna y sus implicaciones éticas. Este análisis resulta crucial, ya que Costa Rica es un país donde el componente religioso sigue teniendo un peso importante en la opinión pública y en las decisiones legislativas, especialmente en temas bioéticos tan sensibles como este.

Por tanto, esta sección busca consolidar y concatenar todo lo analizado hasta ahora (desde las bases conceptuales y jurídicas, pasando por los aspectos médicos y bioéticos, hasta la propuesta legislativa), integrando ahora la mirada social, cultural y religiosa que completa el panorama sobre la posibilidad de reconocer el derecho a morir dignamente en Costa Rica.

Encuesta "Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica" (Universidad de Costa Rica, 2015)

I. Contexto y origen del estudio.

- La encuesta fue realizada en 2015 por la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (UCR) como parte del curso Diseño y Ejecución de Encuestas.

- Sus autores fueron Anthony Aguilar Ramírez, María Jesús Castro Solís, César Gamboa Sanabria y Angélica Zúñiga Baldi, con el objetivo de conocer la opinión pública ante la discusión del entonces Proyecto de Ley N.º 19.440 sobre Muerte Digna, impulsado en la Asamblea Legislativa.
- Aunque dicho proyecto no contemplaba la eutanasia activa, la encuesta sí incluyó preguntas sobre eutanasia activa, pasiva e involuntaria, para tener un panorama completo de la opinión social (Aguilar Ramírez et al., 2015, p. 11).

II. Metodología y escala de medición.

- Las respuestas se midieron mediante una escala de 0 a 10, donde 0 significa estar totalmente en desacuerdo y 10 significa estar totalmente de acuerdo con la afirmación presentada.
- Es decir, a mayor puntaje, mayor aceptación de la situación planteada. Los promedios obtenidos reflejan la posición general de los encuestados frente a cada forma de eutanasia o decisiones al final de la vida (Aguilar Ramírez et al., 2015, p. 11).

III. Resultados específicos y explicación de cada punto.

Tabla 1

Resultados de la Encuesta - "Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica" (UCR, 2015)

Aspecto Analizado	Puntaje Promedio	Interpretación
Aceptación de tratamientos para prolongar la vida	8	Alto respaldo a mantener la vida mediante tratamientos médicos. Refleja una clara tendencia social a preferir intervenciones que prolonguen la

		vida, aún en casos terminales.
Eutanasia pasiva (rechazo de máquinas o tratamientos artificiales)	6,4	Aceptación moderada de permitir rechazar intervenciones extremas. La sociedad muestra algo de apertura a no utilizar medios artificiales cuando el paciente terminal lo solicita.
Eutanasia pasiva (rechazo de tratamientos que mantienen con vida)	4,7	Aceptación baja, persisten reservas sociales importantes. Aunque hay cierta apertura, muchas personas siguen considerando importante mantener los tratamientos.
Eutanasia involuntaria (decisión del menor de 14 años)	7,7	Alta aceptación a consultar al menor sobre su tratamiento. Se valora la opinión del propio menor en decisiones que afectan directamente su vida y dignidad.
Eutanasia involuntaria (decisión de los progenitores)	6,5	Aceptación moderada a que los padres decidan por un menor. Se reconoce la autoridad y el papel de los progenitores, aunque no es un respaldo total.
Eutanasia involuntaria (decisión de familiar cercano)	4,9	Poca aceptación a que otros familiares decidan sobre la vida del paciente. Se evidencia desconfianza o reticencia a dejar en manos de familiares no directos una decisión tan delicada.

Eutanasia activa (médico ayuda a morir)	3,4	Rechazo importante a la intervención médica directa para causar la muerte. La población en su mayoría no respalda la acción directa del médico para terminar la vida de un paciente.
Eutanasia activa (paciente termina su vida sin ayuda médica)	2,2	Rechazo aún mayor a que el paciente actúe por sí mismo para terminar su vida. Muestra fuertes objeciones éticas y culturales frente a la eutanasia activa.
Promedio general de eutanasia pasiva	5,8	Aceptación moderada a limitar tratamientos, aunque con reservas. La sociedad parece más dispuesta a aceptar rechazar ciertos tratamientos que a intervenir directamente para provocar la muerte.
Promedio general de eutanasia involuntaria	6,3	Aceptación moderada en casos donde el paciente no puede decidir, aunque con matices importantes. Hay reconocimiento del papel de algunos familiares, especialmente padres, pero sin un consenso pleno.
Promedio general de eutanasia activa	2,6	Fuerte rechazo a cualquier intervención directa para causar la muerte. La sociedad costarricense aún no acepta ampliamente estas prácticas.

Nota. Todos los datos e interpretaciones se basan en la encuesta realizada por Aguilar Ramírez, A., Castro Solís, M. J., Gamboa Sanabria, C., & Zúñiga Baldi, A. (2015), Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica, Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica (p. 11). La Escala es de 0 a 10, donde 0 significa estar totalmente en desacuerdo y 10 significa estar totalmente de acuerdo con cada procedimiento médico.

IV. Decisiones personales frente a enfermedad terminal.

- Al preguntar qué harían personalmente si enfrentaran una enfermedad terminal: La mayoría prefiere continuar con tratamientos médicos, mientras que solo una minoría rechazaría intervenciones, mostrando así un patrón conservador y a favor de preservar la vida. A continuación, el cuadro descriptivo:

Tabla 2

Decisiones personales ante una enfermedad terminal según encuesta "Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica" (UCR, 2015)

Decisión Personal Frente a Enfermedad Terminal	Porcentaje (%)	Interpretación
Optar por recibir tratamientos para mantener la vida	56,00%	Mayoría de la población prefiere agotar todos los tratamientos disponibles para prolongar la vida, reflejando una tendencia conservadora y un enfoque médico intervencionista.
Rechazar los tratamientos médicos	9,00%	Minoría que preferiría no recibir tratamientos, probablemente por valorar la calidad de vida sobre la prolongación artificial. Refleja apertura parcial a limitar intervenciones.
Dejar la decisión "a la voluntad de Dios"	6,40%	Sector que delega la decisión final a creencias religiosas, evidenciando la influencia de la espiritualidad y la fe en este tipo de decisiones.

Rechazo al uso de máquinas o medios artificiales para mantener la vida	4,20%	Personas que rechazan específicamente intervenciones tecnológicas invasivas, aunque no necesariamente todos los tratamientos médicos.
Optar por cuidados paliativos	3,10%	Grupo reducido que apuesta por cuidados paliativos como opción digna para manejar el final de la vida sin recurrir a tratamientos agresivos.
Luchar hasta el final	3,10%	Personas que eligen mantener la esperanza y enfrentar la enfermedad terminal con actitud combativa, reflejando una postura resiliente.

Nota. Datos reflejados sobre la fuente de Aguilar Ramírez, A., Castro Solís, M. J., Gamboa Sanabria, C., & Zúñiga Baldi, A. (2015), *Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica*, Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica (p. 11).

V. Homogeneidad de las respuestas.

- No se encontraron diferencias significativas por género, edad de los participantes todos mayores de 18 años, religión, educación o lugar de residencia.
- Por tanto, las actitudes hacia la eutanasia reflejan un consenso general en la sociedad costarricense, independientemente de factores demográficos (Aguilar Ramírez et al., 2015, p. 11).

Conclusión y relevancia para la tesis encuesta 2015.

- La encuesta del 2015 muestra que los costarricenses:
  - Aceptan moderadamente la eutanasia pasiva y la involuntaria.

- Rechazan de forma importante la eutanasia activa.
- Prefieren tratamientos para prolongar la vida, aunque algunos aceptarían limitar el uso de medios artificiales o extraordinarios.

Estos resultados son claves para evaluar la viabilidad social del Proyecto de Ley N.º 21.383, ya que muestran los límites y alcances del respaldo social a la regulación de una muerte digna.

Por tanto, cualquier propuesta legislativa debe considerar estas sensibilidades sociales, buscando un equilibrio entre los derechos individuales y las creencias culturales prevalentes.

Análisis de la percepción social costarricense sobre la eutanasia: Encuesta realizada por Teletica (2019)

En el marco de la discusión legislativa sobre la eutanasia en Costa Rica, y como complemento a los estudios realizados por la Universidad de Costa Rica en 2015, la periodista Natalia Jiménez Segura (2019) publicó un artículo titulado *"Mayoría apoya en redes sociales proyecto sobre eutanasia"*, divulgado a través del medio nacional Teletica.com.

Este estudio tiene la particularidad de haber sido realizado a través de redes sociales y plataformas digitales, obteniendo una muestra amplia de 17.500 participantes, quienes manifestaron sus posiciones frente al proyecto de ley que en ese momento se encontraba en análisis por parte de la Asamblea Legislativa. Aunque, como toda encuesta de este tipo, está limitada al acceso a redes y al perfil de usuarios que suelen interactuar en estas plataformas, los resultados brindan una perspectiva relevante y actualizada sobre la percepción social de los costarricenses en torno al derecho a una muerte digna y a la eutanasia en casos de enfermedades terminales.

Además, como parte del análisis integral presentado en dicho reportaje, Teletica incluyó las opiniones de distintos expertos, entre ellos médicos especialistas en cuidados paliativos, miembros de organizaciones médicas, sociólogos y líderes religiosos, lo cual enriquece el abordaje del tema desde diversas ópticas éticas, médicas y sociales.

A continuación, se resumen los resultados más relevantes de esta encuesta y las principales posiciones de los especialistas consultados, con el fin de ofrecer un panorama completo sobre la aceptación social del derecho a morir dignamente en Costa Rica.

Tabla 3

Resultados y análisis de la encuesta sobre eutanasia en redes sociales (Teletica.com, 2019)

Aspecto Analizado	Resultado	Interpretación
Apoyo general a la eutanasia en Costa Rica según encuesta en redes sociales	74% de los participantes (13.000 personas) apoyaron la eutanasia para pacientes en estado terminal.	Refleja una mayoría significativa de personas que considera legítima la opción de una muerte asistida en casos de enfermedades terminales, mostrando un giro importante frente a estudios anteriores, aunque debe considerarse que las redes sociales suelen captar poblaciones específicas (Jiménez Segura, 2019).
Rechazo a la eutanasia	26% (4.600 personas) no apoyaron la eutanasia.	A pesar del respaldo mayoritario, existe una minoría relevante que mantiene posturas contrarias a la

		eutanasia, posiblemente por convicciones éticas, religiosas o culturales (Jiménez Segura, 2019).
Tamaño de la muestra	17.500 personas participaron en total.	Refleja una muestra amplia, aunque limitada a quienes usan redes sociales y accedieron a la encuesta voluntariamente (Jiménez Segura, 2019).
Posición del Colegio de Médicos de Costa Rica	Apoyo condicionado: El Colegio de Médicos manifestó estar a favor del proyecto de ley, aunque señaló que requiere ajustes.	Es importante destacar que el órgano médico nacional reconoce la necesidad del debate, pero solicita definir claramente los límites y condiciones para evitar abusos (Jiménez Segura, 2019).
Opinión del Dr. Henry Ulate (paliativista, Hospital Max Peralta, Cartago)	No se opone a la eutanasia, pero prioriza mejoras en servicios básicos de salud y acceso a paliativos.	Su opinión muestra una postura equilibrada y prudente, destacando que antes de aprobar la eutanasia, Costa Rica debe garantizar servicios integrales de salud que brinden alivio y dignidad a los pacientes terminales (Jiménez Segura, 2019).
Opinión de la Dra. Sadie Morgan (Asociación de Médicos por la Vida)	Totalmente en contra. Argumenta que debe fortalecerse primero el acceso a atención	Su posición refleja la visión tradicional médica basada en el acompañamiento al paciente hasta el final, defendiendo la vida y rechazando cualquier

	médica, psicológica y cuidados paliativos.	intervención que acelere la muerte (Jiménez Segura, 2019).
Opinión del sociólogo Jorge Rodríguez (profesor y académico)	A favor, en casos terminales y con controles. Destaca el respeto a la voluntad del paciente, aunque reconoce que debe estar regulado para evitar abusos.	Rodríguez aporta una perspectiva humanista y crítica, señalando que ignorar el sufrimiento extremo es una posición difícil de sostener, aunque también pide controles estrictos (Jiménez Segura, 2019).
Opinión del sacerdote Jorge Pacheco (Parroquia de Tibás)	Totalmente en contra. Afirma que la eutanasia es contraria a la vida humana y a los principios morales.	Representa la postura religiosa tradicional, donde se defiende el valor sagrado de la vida y se rechaza cualquier forma de intervención directa que provoque la muerte (Jiménez Segura, 2019).

Nota. **Datos tomados de Jiménez Segura, N. (2019).** ***Mayoría apoya en redes sociales proyecto sobre eutanasia*****. Teletica.**

Comparación y análisis crítico de las percepciones sociales sobre la eutanasia en Costa Rica (2015-2019)

Tras haber expuesto de manera individual los resultados de las encuestas realizadas por la Universidad de Costa Rica (2015) y Teletica.com (2019), es pertinente

realizar un análisis comparativo que permita identificar similitudes, diferencias y tendencias en la percepción social costarricense respecto a la eutanasia y la muerte digna.

Ambos estudios, aunque realizados en momentos distintos y mediante metodologías diferentes (uno desde un enfoque académico-científico y el otro a través de redes sociales), coinciden en reflejar una sociedad que aún debate intensamente sobre la aceptación de la eutanasia, especialmente en contextos de enfermedades terminales.

I. Similitudes detectadas entre ambas encuestas.

- **Mayor respaldo a opciones menos invasivas**: En ambos estudios, se percibe mayor aceptación hacia las formas de eutanasia pasiva e involuntaria (como el rechazo a tratamientos agresivos o la participación del paciente en las decisiones) frente a la eutanasia activa, la cual continúa siendo rechazada por un sector importante de la población.
- **Reconocimiento del sufrimiento como un factor relevante**: Tanto en 2015 como en 2019, se evidencia una preocupación por aliviar el sufrimiento de las personas con enfermedades terminales, aunque los mecanismos para ello (eutanasia vs. cuidados paliativos) siguen siendo motivo de debate.
- **Importancia del consentimiento y la autonomía**: Los resultados reflejan que la sociedad costarricense valora la autonomía del paciente para decidir sobre su propio cuerpo y su proceso de morir, aunque con algunas reservas.

II. Diferencias significativas en los resultados.

- **Incremento del respaldo a la eutanasia activa en 2019**: Mientras que en 2015 la encuesta de la UCR reflejaba un rechazo claro a la eutanasia activa (puntaje promedio 2,6), la encuesta de Teletica en 2019 muestra que un 74% de los participantes se manifestaron a favor de la aprobación del proyecto de

ley que permitiría la eutanasia en Costa Rica. Esto podría interpretarse como un cambio de actitud en la población o como una diferencia atribuible a los canales de medición (encuesta académica vs. encuesta en redes sociales).

- **Mayor espontaneidad en el estudio de 2019**: Al haberse realizado en redes sociales, el sondeo de Teletica refleja respuestas más inmediatas y emocionales, frente al análisis más reflexivo y estructurado de la UCR. Esto puede explicar un respaldo aparentemente más elevado en 2019, dado el contexto mediático y social de ese momento.
- **Aumento del debate público**: Entre 2015 y 2019, la discusión sobre la eutanasia se intensificó, lo que podría explicar una mayor apertura al tema en el estudio más reciente, en especial por los debates legislativos y la aparición de casos concretos que impactaron la opinión pública (como el Proyecto de Ley 21.383).

III. Reflexión final del análisis comparativo.

Este contraste revela una evolución paulatina en la percepción social costarricense, que, aunque mantiene un fuerte apego a valores tradicionales (vida, fe, familia), también comienza a abrirse a la posibilidad de reconocer el derecho a una muerte digna, especialmente cuando se enfrentan enfermedades terminales con sufrimiento extremo.

No obstante, el análisis también muestra que existen divisiones significativas según el tipo de eutanasia, siendo la activa aún un tema sensible y rechazado por sectores importantes, especialmente por grupos religiosos y médicos más conservadores. Pero es claro que se puede notar las siguientes conclusiones producto de este análisis:

- **Aceptación de tratamientos para prolongar la vida (UCR 2015):** Altísimo (8.0), lo que muestra que en 2015 la mayoría de los costarricenses preferían mantener la vida con tratamientos médicos.

- **Eutanasia pasiva e involuntaria (UCR 2015):** Aceptación moderada (5.8 y 6.3), reflejando apertura parcial a estas prácticas, especialmente cuando implican evitar tratamientos agresivos.
- **Eutanasia activa:** Aunque en 2015 fue fuertemente rechazada (2.6), para 2019 un 74% la respalda según Teletica, mostrando una diferencia significativa y un cambio en la percepción pública.

Por tanto, cualquier legislación futura, como el Proyecto de Ley 21.383, deberá tomar en cuenta estas percepciones sociales para construir una normativa equilibrada, respetuosa de los derechos y los valores de la sociedad costarricense.

Análisis del artículo: "Vivir con dignidad el proceso de la muerte: una mirada desde el bioderecho"

Como ya se ha mencionado, en la actualidad, las discusiones sobre el derecho a finalizar la vida de manera digna han cobrado un especial protagonismo en los ámbitos jurídicos, médicos y éticos, especialmente a partir de los dilemas que surgen al enfrentar enfermedades terminales.

En este contexto, María de los Ángeles Araya González (2023), docente jubilada de la Universidad Nacional de Costa Rica, presenta un valioso aporte a la reflexión sobre este tema en su artículo titulado *"Vivir con dignidad el proceso de la muerte: una mirada desde el bioderecho"*, publicado en la *Revista de Teología SIWO*, una reconocida publicación de estudios sociorreligiosos.

Así pues, este texto adquiere particular relevancia, ya que, además de abordar el tema desde una perspectiva jurídica y bioética, introduce la dimensión religiosa y social que atraviesa el debate en Costa Rica, siendo por tanto un insumo imprescindible para comprender la complejidad del derecho a morir dignamente en nuestro contexto.

Desde el inicio, la autora resalta que la dignidad humana es un valor irrenunciable que debe estar presente en todos los momentos de la vida, incluyendo el proceso de morir, lo cual coincide con la orientación principal de esta investigación, centrada en la necesidad de un marco jurídico costarricense que regule el derecho a la muerte digna. Según Araya González (2023), este proceso debe atenderse desde una mirada humanista, que supere la visión meramente clínica o técnica, y que reconozca los derechos, la autonomía y los sentimientos de las personas involucradas.

Prosiguiendo en la misma línea, enfatiza que el concepto de "muerte digna" no debe limitarse a prácticas como la eutanasia o el suicidio asistido, sino que debe abarcar una serie de garantías mínimas para que las personas puedan transitar ese momento final sin dolor, sin sufrimientos innecesarios, y con respeto a su voluntad (Araya González, 2023).

Por otra parte, la autora introduce el concepto de bioderecho, entendido como la rama del derecho que analiza y regula las implicaciones éticas y jurídicas de los avances biomédicos, especialmente aquellos que impactan directamente la vida y la muerte (Araya González, 2023). En su análisis, resalta que el bioderecho debe constituirse como una herramienta fundamental para garantizar que el proceso de morir esté rodeado de respeto a la autonomía y la dignidad del ser humano, evitando que las personas sean sometidas a procedimientos innecesarios o a la prolongación artificial de la vida cuando ya no existen posibilidades de recuperación.

Asimismo, la autora destaca que uno de los grandes problemas actuales es la falta de un marco normativo claro que permita a las personas decidir sobre su proceso de morir, especialmente en países como Costa Rica, donde, aunque se reconocen derechos como la autonomía y la dignidad, aún no se ha legislado de forma expresa sobre la posibilidad de decidir sobre la propia muerte. Esto, según la autora, genera situaciones de incertidumbre tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, quienes en muchas

ocasiones no saben cómo proceder frente a casos de sufrimiento extremo en pacientes terminales.

Además, Araya González (2023) recuerda que el debate sobre la muerte digna no puede desvincularse de la ética y la bioética, haciendo referencia a los principios fundamentales establecidos por Beauchamp y Childress, como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. En relación con ello, destaca que el respeto a la autonomía del paciente implica reconocer su derecho a decidir cuándo y cómo desea terminar su vida cuando se enfrenta a una enfermedad irreversible y dolorosa. Igualmente, el principio de beneficencia obliga a los médicos y al sistema de salud a actuar siempre en favor del bienestar del paciente, lo que incluye evitarle sufrimientos innecesarios cuando ya no existen tratamientos eficaces.

Por otro lado, Araya González (2023) critica duramente las prácticas de encarnizamiento terapéutico o distanasia, que prolongan de manera artificial la vida mediante tratamientos invasivos, y señala que estas prácticas vulneran tanto la dignidad como la autonomía de las personas. Así, propone que el bioderecho debe regular expresamente la prohibición de estas acciones, garantizando que las personas puedan morir en paz y sin intervenciones que solo alargan el sufrimiento.

Un aspecto novedoso y sumamente relevante que introduce la autora es la importancia del acompañamiento humano y familiar en el proceso de morir, destacando que la muerte digna no solo depende de las decisiones médicas, sino también de las redes de apoyo afectivas y espirituales que acompañen al paciente en sus últimos días (Araya González, 2023). En este sentido, la autora hace un llamado a reconocer la dimensión espiritual y emocional de la muerte, señalando que muchas personas encuentran consuelo y fortaleza en su fe, por lo que el Estado y los profesionales deben garantizar ese acompañamiento integral.

Finalmente, Araya González (2023) concluye que el derecho a morir dignamente es una extensión natural del derecho a vivir con dignidad, y que el bioderecho tiene la misión de articular una legislación que proteja este derecho, asegurando que las personas no sean obligadas a prolongar su vida cuando ello supone un sufrimiento intolerable. Por tanto, la autora sostiene que Costa Rica debe avanzar en la creación de un marco legal que permita a las personas ejercer su autonomía al final de la vida, reconociendo así la dignidad como el valor supremo que debe guiar todas las decisiones en torno a la vida y la muerte.

En definitiva, el aporte de María de los Ángeles Araya González, refuerza la necesidad de abordar jurídicamente el derecho a morir dignamente en Costa Rica, ofreciendo una perspectiva integral que articula la dimensión legal, bioética, médica y espiritual del proceso de morir. Este enfoque resulta indispensable para el desarrollo de una propuesta normativa sólida, como la que se plantea en el Proyecto de Ley N.º 21.383, orientada a garantizar que ninguna persona deba enfrentar el sufrimiento extremo sin el respaldo del Estado y de un sistema de salud compasivo y respetuoso de los derechos humanos.

Conflicto Jurídico y Ético entre los Cuidados Paliativos y la Eutanasia

El debate sobre la eutanasia y los cuidados paliativos presenta una serie de tensiones jurídicas, éticas y sociales que no pueden ignorarse, especialmente al analizar los derechos de las personas con enfermedades terminales. A pesar de que ambas prácticas buscan atender el sufrimiento al final de la vida, surgen discrepancias profundas en cuanto a los medios, objetivos y consecuencias legales, lo que genera un conflicto que debe ser analizado desde una perspectiva integral.

Algunas organizaciones defienden que los cuidados paliativos y la eutanasia no son excluyentes, sino que pueden considerarse caminos complementarios, dado que ambos buscan respetar la dignidad humana y aliviar el dolor. En este sentido, se plantea que

presentar ambos mecanismos como opuestos niega la complejidad del sufrimiento humano y de las decisiones al final de la vida, al mismo tiempo que limita las opciones que las personas podrían tener dentro de un sistema de salud digno (Asociación Derecho a Morir Dignamente, 2021). No obstante, en varios contextos jurídicos, los cuidados paliativos han sido planteados como la única alternativa aceptable, lo cual ha generado un obstáculo para el reconocimiento legal de la eutanasia y, por ende, para el respeto pleno a la autonomía de las personas.

Por otro lado, desde la práctica médica y la perspectiva de los profesionales de cuidados paliativos, existe una tendencia marcada a no respaldar la eutanasia, al considerar que cuando se aplican correctamente los cuidados paliativos, las personas no suelen solicitar la muerte asistida. Esta visión, sin embargo, puede interpretarse como un límite a la autonomía individual, dado que el sufrimiento de algunas personas podría no ser atendido completamente mediante los cuidados paliativos disponibles, lo que plantea la necesidad de un análisis más profundo sobre la capacidad de elección real del paciente (Aceprensa, 2018). El argumento médico se basa en la creencia de que un buen control del dolor y la atención integral reducen significativamente las solicitudes de eutanasia, aunque ello no niega que puedan existir situaciones en las que, pese a esos cuidados, algunas personas sigan considerando que su vida ha llegado a un punto intolerable.

Asimismo, es importante señalar la diferencia sustancial que se establece entre la sedación paliativa y la eutanasia, ya que desde el punto de vista jurídico y médico se trata de procedimientos con intenciones y resultados distintos. Mientras que la sedación paliativa se utiliza para aliviar el dolor refractario sin adelantar la muerte, la eutanasia tiene como objetivo directo poner fin a la vida a solicitud del paciente (Bizarri, L., Universidad de los Andes, 2023). Esta distinción tiene implicaciones importantes en la normativa jurídica, ya que muchos sistemas legales aceptan la sedación paliativa, pero prohíben la eutanasia, lo que refleja las tensiones internas en la regulación de los derechos al final de la vida. Sin

embargo, algunos autores advierten que, en la práctica, la línea entre ambas puede llegar a difuminarse, especialmente cuando la sedación se aplica en dosis que pueden acortar la vida, aunque ese no sea el objetivo primario, lo que introduce un dilema bioético y jurídico complejo (Bizarri, L., Universidad de los Andes, 2023).

Desde el análisis bioético y doctrinal, también se argumenta que los cuidados paliativos y la eutanasia responden a concepciones distintas del principio de dignidad humana. Por un lado, los cuidados paliativos defienden la vida hasta su final natural, proponiendo aliviar el sufrimiento sin intervenir para acelerar la muerte; por otro lado, la eutanasia se presenta como una decisión basada en la autonomía y la dignidad del paciente para evitar sufrimientos que la persona considera intolerables (García Pérez, 2022). Así, el conflicto no se limita a un aspecto técnico o médico, sino que se centra en diferentes interpretaciones del derecho a la dignidad y la autonomía, lo cual tiene consecuencias jurídicas importantes, especialmente en los Estados que se rigen por el respeto a los derechos humanos.

Además, algunas posturas críticas alertan sobre el posible efecto negativo que podría tener la aprobación de la eutanasia en el desarrollo de los cuidados paliativos. Desde esta perspectiva, se teme que, en lugar de mejorar y expandir los servicios de atención paliativa, los sistemas de salud podrían inclinarse por ofrecer la eutanasia como una opción más económica y rápida, dejando de lado el deber estatal de garantizar una atención integral y digna a los pacientes en etapas terminales (Aceprensa, 2018). Esta crítica destaca la necesidad de analizar el conflicto también desde el derecho a la igualdad y no discriminación, ya que podría configurarse una situación en la que las personas con menos recursos se vean empujadas a solicitar la eutanasia por falta de acceso a cuidados paliativos adecuados, lo cual sería contrario a los principios de justicia y equidad en salud.

Por tanto, aunque tanto los cuidados paliativos como la eutanasia se proponen como mecanismos para afrontar el sufrimiento al final de la vida, su convivencia dentro de un

mismo sistema jurídico enfrenta retos importantes. El reconocimiento de la eutanasia como un derecho no solo implica abrir un nuevo camino legal, sino también reformular el papel de los cuidados paliativos y garantizar que ninguna persona se vea obligada a escoger la muerte por falta de alternativas reales. De ahí la importancia de que cualquier regulación sobre el final de la vida contemple, de manera simultánea, el fortalecimiento de los cuidados paliativos y el respeto a la autonomía personal, como mecanismos igualmente válidos para proteger la dignidad humana.

Introducción al análisis de la objeción de conciencia

Luego de haber analizado en profundidad los aspectos conceptuales, médicos, psicológicos, sociales, éticos y bioéticos relacionados con el derecho a una muerte digna, así como el Proyecto de Ley N.º 21.383 que propone regular esta práctica en Costa Rica, es fundamental abordar uno de los temas más relevantes y complejos asociados a su eventual implementación: la objeción de conciencia. Máxime cuando como se estudió en el texto anterior, existen conflictos notables entre los cuidados paliativos y la eutanasia.

Como se ha expuesto a lo largo de esta investigación, el derecho a decidir sobre el final de la vida involucra no solo al paciente, sino también al personal de salud que acompaña dicho proceso. Por esta razón, y tras haber explorado los conflictos bioéticos y los fundamentos del bioderecho aplicables a la eutanasia y los cuidados paliativos, resulta indispensable reflexionar sobre los límites, alcances y regulaciones que deben regir el ejercicio de la objeción de conciencia, tanto por parte de los profesionales médicos como de los propios pacientes.

En este contexto, se analizará el artículo titulado "Criterios delimitadores del ejercicio de la objeción de conciencia aplicables a la objeción judicial", publicado en la *Revista de la Sala Constitucional* (ISSN: 2215-5724, No. 3, año 2021), cuyo autor es la destacada jurista Graciela Arguedas Rodríguez. Dicho artículo representa un valioso aporte para comprender

cómo la objeción de conciencia ha sido interpretada y delimitada en el ámbito jurídico costarricense, ofreciendo herramientas esenciales para proyectar una eventual regulación específica en el contexto del derecho a morir dignamente.

Además, este análisis resulta de suma importancia, ya que el Proyecto de Ley N.º 21.383 contempla explícitamente la necesidad de regular la objeción de conciencia de los profesionales de salud, asegurando un equilibrio adecuado entre el respeto a las creencias personales de los médicos y el derecho de los pacientes a acceder a una muerte digna y sin sufrimiento.

Por tanto, antes de formular cualquier propuesta legislativa o reflexionar sobre la viabilidad jurídica del derecho a morir dignamente en Costa Rica, es necesario conocer en detalle los límites y alcances de la objeción de conciencia según lo planteado por la doctrina y la jurisprudencia constitucional. En ese sentido, el análisis del artículo de Graciela Arguedas Rodríguez permitirá esclarecer los criterios generales sobre la objeción de conciencia y su aplicación en temas sensibles como la eutanasia, sentando así las bases para la construcción de un marco normativo respetuoso tanto de los derechos de los pacientes como de la conciencia de los profesionales.

A continuación un resumen con base en lo expuesto por la autora y el tema salud:

Reconocimiento de la objeción de conciencia en pacientes

Según Graciela Arguedas Rodríguez (2021), el derecho costarricense reconoce expresamente la objeción de conciencia para los pacientes, en tanto parte del derecho a la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones informadas sobre su salud. En efecto, el artículo 2, inciso h), de la Ley N.º 8239, "Ley General de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados" (2002), garantiza a los usuarios el derecho a negarse a recibir tratamientos médicos, siempre que no se afecten intereses superiores como la salud pública o derechos de terceros.

De este modo, el ordenamiento costarricense protege la autonomía del paciente, permitiéndole rechazar intervenciones médicas que contravengan sus creencias o convicciones éticas, reafirmando el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y tratamiento (Arguedas Rodríguez, 2021, p. 17).

Reconocimiento de la objeción de conciencia en los profesionales de la salud

Por otro lado, los profesionales de la salud también tienen garantizado el derecho a ejercer la objeción de conciencia. Así lo establece de manera expresa el Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, aprobado mediante Decreto Ejecutivo N.º 39609-S del 22 de febrero de 2016, en sus artículos 100 y 181.

Estos artículos permiten a los médicos abstenerse de realizar actos médicos que sean contrarios a sus convicciones profundas, sean estas morales o religiosas, siempre dentro de los límites legales y éticos definidos (Arguedas Rodríguez, 2021, p. 17). Por tanto, la ética médica costarricense reconoce un equilibrio necesario entre la libertad de conciencia del profesional y la atención debida al paciente.

Ejercicio específico de la objeción de conciencia en casos particulares: interrupción del embarazo

El análisis de Arguedas Rodríguez (2021) también destaca que la Norma Técnica para el Procedimiento Médico Vinculado con el artículo 121 del Código Penal, regulada por Decreto Ejecutivo N.º 42113 del 12 de diciembre de 2019, reconoce el derecho a la objeción de conciencia específicamente para las personas profesionales en salud frente a la interrupción terapéutica del embarazo (p. 17). Este reconocimiento particular demuestra que el derecho a la objeción de conciencia ha sido incorporado en temas de alta sensibilidad ética y jurídica en Costa Rica, marcando un precedente importante que debería considerarse al legislar sobre el derecho a morir dignamente.

Límites de la objeción de conciencia según la jurisprudencia de la Sala Constitucional

Desde la perspectiva jurisprudencial, Arguedas Rodríguez (2021) explica que la Sala Constitucional ha delimitado el ejercicio de la objeción de conciencia en ciertos contextos. En el caso de las vacunas obligatorias, la Sala ha sostenido que el interés superior de la salud pública puede justificar tratamientos obligatorios, incluso cuando se opongan creencias individuales, como se evidencia en las sentencias N.º 2019-014677 y N.º 2019-015643 (Arguedas Rodríguez, 2021, p. 19). Así, el derecho a la objeción de conciencia no es absoluto y debe ceder ante bienes jurídicos superiores, como la protección de la colectividad.

Sin embargo, la Sala ha adoptado una posición distinta respecto a los Testigos de Jehová que se niegan a recibir transfusiones de sangre, reconociendo en la sentencia N.º 2008-03924 que las personas adultas y capaces tienen derecho a rechazar tratamientos médicos por razones religiosas, reafirmando así el respeto a la autonomía personal y las creencias religiosas (Arguedas Rodríguez, 2021, p. 19).

Objeción de conciencia y otros profesionales de la salud: el caso de la dispensación de anticonceptivos

Finalmente, Arguedas Rodríguez (2021) señala que la acción de inconstitucionalidad N.º 19-010502-0007-CO, contra el Decreto N.º 41722-S de 2019 sobre la dispensación de anticonceptivos de emergencia, pone de manifiesto que la objeción de conciencia también involucra a otros profesionales como los farmacéuticos (p. 9). Aunque este caso aún se encuentra en trámite, ilustra cómo la objeción de conciencia se proyecta más allá del acto médico directo, abarcando la venta de productos farmacéuticos con implicaciones éticas.

Implicaciones de la objeción de conciencia para el Proyecto de Ley N.º 21.383

El análisis de Graciela Arguedas Rodríguez (2021) ofrece elementos fundamentales para reflexionar sobre las implicaciones de la objeción de conciencia en la eventual regulación del derecho a morir dignamente en Costa Rica.

En primer lugar, queda claro que cualquier legislación que reconozca la eutanasia o la muerte digna deberá incluir regulaciones claras sobre la objeción de conciencia, tanto para médicos como para otros profesionales de la salud involucrados, tales como enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y farmacéuticos.

En segundo lugar, el proyecto de ley deberá asegurar un equilibrio entre el respeto a la conciencia de los profesionales y el derecho de los pacientes a recibir una atención oportuna y efectiva. Tal como ocurre en la regulación sobre interrupción terapéutica del embarazo, la objeción de conciencia no debe convertirse en un obstáculo absoluto que impida a las personas ejercer sus derechos, por lo que sería fundamental establecer mecanismos de derivación obligatoria a otros profesionales o centros de salud, en caso de que un médico objete participar en el procedimiento.

Por último, la jurisprudencia de la Sala Constitucional señala que la objeción de conciencia tiene límites, especialmente cuando colisiona con bienes jurídicos superiores como la salud pública o los derechos de terceros. En ese sentido, si se reconoce el derecho a morir dignamente, los profesionales de salud no podrían negarse a informar debidamente al paciente de sus derechos o a facilitar los medios necesarios para que otra persona pueda cumplir la voluntad del paciente.

Por tanto, la inclusión de una regulación específica de la objeción de conciencia en el Proyecto de Ley N.º 21.383 será una pieza clave para garantizar la efectividad de este derecho, cuidando al mismo tiempo el respeto de las convicciones personales de los profesionales de salud, pero asegurando que las decisiones del paciente no se vean bloqueadas por la falta de atención.

Estudio de los conflictos normativos y doctrinales que tendría la eventual aprobación de una Ley de Eutanasia en Costa Rica

El reconocimiento del derecho a una muerte digna mediante una eventual aprobación de la Ley de Eutanasia, como propone el Proyecto de Ley N.º 21.383, implicaría revisar y armonizar diversos cuerpos normativos y principios jurídicos vigentes en Costa Rica. Actualmente, el ordenamiento jurídico costarricense, junto con la doctrina y las posiciones institucionales de entidades clave, establece marcos que podrían entrar en conflicto o necesitar adaptación. A continuación, se detallan los principales instrumentos y organismos involucrados, con base en legislación, doctrina y jurisprudencia actual.

Ley General de Salud: un derecho a la protección de la vida

La Ley General de Salud, en su artículo 9, establece el derecho de toda persona a la promoción, preservación y recuperación de su salud física y mental, destacando el deber del Estado de garantizar tales derechos (Ley General de Salud, 1973, art. 9). Si bien esta normativa no menciona la eutanasia, su énfasis en la preservación de la vida podría entrar en tensión con una normativa que permita el acceso a una muerte asistida, especialmente porque la salud está planteada como un derecho de protección y prolongación de la vida, no de finalización (Ley General de Salud, 1973).

Por tanto, una eventual ley sobre eutanasia debería incluir disposiciones que permitan armonizar este derecho a la salud con el reconocimiento de la autonomía del paciente en el proceso de morir con dignidad.

Código Penal: el homicidio por piedad y la penalización vigente

El Código Penal costarricense, en su artículo 116, tipifica como delito el "homicidio por piedad", castigando con pena de seis meses a tres años a quien cause la muerte de un

enfermo incurable, aunque medien razones de compasión y petición expresa del paciente (Código Penal, 1970, art. 116). Por tanto, la eutanasia activa se encuentra actualmente prohibida y sancionada.

En consecuencia, la aprobación del Proyecto de Ley N.º 21.383 requeriría una reforma expresa al Código Penal para despenalizar el acto de asistir médicamente a una muerte digna, redefiniendo las circunstancias bajo las cuales dicho acto dejaría de ser considerado delito.

Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud

Por otra parte, la Ley N.º 8239, "Ley General de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados" (2002), en su artículo 2, inciso h), reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamientos médicos, reafirmando la autonomía del paciente respecto a su cuerpo (Ley N.º 8239, 2002, art. 2, inc. h). No obstante, la ley no contempla el derecho a solicitar activamente la muerte asistida, lo cual genera un vacío normativo que, en caso de aprobarse la eutanasia, debería llenarse mediante modificaciones a esta normativa o normas complementarias.

Por ello, aunque la ley respeta la autonomía, se requeriría un desarrollo legal que explicite los procedimientos, requisitos y garantías para aplicar la eutanasia bajo parámetros legales y éticos claros.

Jurisprudencia de la Sala Constitucional: límites al derecho de autonomía y vida

La Sala Constitucional ha desarrollado doctrina importante sobre la autonomía personal y la dignidad, aunque sin avalar expresamente la eutanasia como ya se ha mencionado en el apartado de “Interpretaciones de la Sala Constitucional”. En materia de autonomía, la Sala ha reconocido el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos

médicos (voto N.º 2008-03924), especialmente en el caso de Testigos de Jehová que se oponen a recibir transfusiones de sangre por razones religiosas (Sala Constitucional, 2008).

Sin embargo, en otras resoluciones, como las relacionadas con vacunación obligatoria (votos N.º 2019-014677 y N.º 2019-015643), la Sala ha destacado que la autonomía tiene límites cuando colisiona con el bien común y la salud pública (Sala Constitucional, 2019a; 2019b). Por ello, si bien existe una apertura hacia la autonomía en decisiones de salud, la eutanasia activa podría requerir revisión constitucional, dado que implica la intervención directa en la vida misma, cuyo respeto ha sido protegido de manera fuerte en la jurisprudencia costarricense.

Defensoría de los Habitantes: análisis y condiciones para la eutanasia

La Defensoría de los Habitantes, en su criterio sobre el Proyecto de Ley N.º 21.383, reconoció la importancia de garantizar un marco legal para la muerte digna, pero advirtió sobre la necesidad de definir claramente los conceptos de eutanasia, muerte digna y cuidados paliativos (Defensoría de los Habitantes, 2019, p. 6). Asimismo, recomendó establecer órganos colegiados que evalúen caso por caso para evitar abusos, lo que refleja la preocupación institucional por la adecuada regulación de un tema de alta sensibilidad social y jurídica.

Por tanto, la Defensoría podría ser una aliada o contraparte crítica según el diseño normativo que adopte la futura ley de eutanasia, enfatizando siempre en el resguardo de los derechos humanos.

Colegio de Médicos y Cirujanos: objeción de conciencia y deber de cuidado

El Código de Ética Médica, aprobado mediante el Decreto Ejecutivo N.º 39609-S, reconoce en sus artículos 100 y 181 el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, permitiéndoles abstenerse de realizar actos contrarios a sus

convicciones personales (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2016). En este contexto, cualquier legislación sobre eutanasia deberá incorporar mecanismos para respetar este derecho, garantizando a la vez que los pacientes puedan ejercer su voluntad sin impedimentos.

Este punto es especialmente importante, dado que la falta de regulación de la objeción de conciencia podría generar vacíos que obstaculicen la aplicación de la ley, vulnerando los derechos de los pacientes. Además de entrar en dilemas con el artículo 36 del mismo código.

El Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ya establece en el artículo 36, que el médico puede procurar establecer un tratamiento que alivia el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque haya riesgos de abreviar su vida. Por tanto, es lícito que un médico tomé la decisión de no seguir con los tratamientos que prolongan la vida de un paciente en fase terminal siempre y cuando el tratante lo pida, en un estado de capacidad y conciencia absoluto. De igual manera, si el médico tratante logra comprobar muerte cerebral en el paciente, éste está facultado para suspender el procedimiento terapéutico.

Ley de Voluntades Anticipadas: un vacío normativo urgente

Actualmente, Costa Rica carece de un reglamento formal a la Ley de voluntades anticipadas, que se promulgó desde 2022, cuando fue oficializada en el Diario Oficial La Gaceta. Esto implica que los pacientes no pueden dejar instrucciones claras sobre el tipo de tratamiento o intervención que desean o rechazan en caso de incapacidad según un estudio del 2019 (Defensoría de los Habitantes, 2019). Esto constituye un vacío jurídico que dificultaría la aplicación práctica de la eutanasia, al no contar con un mecanismo formal para recoger la voluntad previa del paciente.

Por ello, la aprobación de una ley de eutanasia debería acompañarse de una normativa complementaria sobre voluntades anticipadas, a fin de garantizar la seguridad jurídica y el respeto a la autonomía del paciente incluso cuando no pueda manifestar su voluntad directamente.

Necesidad de reformas integrales para la viabilidad de la eutanasia en Costa Rica

De lo expuesto se desprende que la aprobación del Proyecto de Ley N.º 21.383 enfrentaría importantes desafíos normativos y doctrinales, que hacen necesario un proceso de reforma legal integral. Se requeriría armonizar la ley de eutanasia con el Código Penal, la Ley General de Salud, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, y los principios desarrollados por la Sala Constitucional. Asimismo, sería imprescindible incluir regulaciones claras sobre la objeción de conciencia y el desarrollo de una ley de voluntades anticipadas, de forma que se respete la autonomía de los pacientes sin violentar los derechos de los profesionales de la salud.

En síntesis, la eutanasia no podría regularse aisladamente, sino como parte de una reforma profunda del sistema jurídico costarricense en materia de derechos humanos, salud, ética médica y autonomía personal.

Introducción al Derecho Comparado sobre la Muerte Digna: Un Estudio Internacional Relevante para Costa Rica

Luego de haber analizado en profundidad los aspectos conceptuales, médicos, psicológicos, éticos, bioéticos, sociales, normativos y doctrinales que rodean el derecho a una muerte digna en Costa Rica, resulta necesario y pertinente dirigir la mirada hacia el ámbito internacional. En efecto, el derecho comparado constituye una herramienta fundamental para enriquecer cualquier discusión legislativa, especialmente cuando se trata

de materias complejas, sensibles y de alta carga ética, como lo es el derecho a morir dignamente.

Por tanto, el análisis de experiencias internacionales en torno a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido permitirá no solo visualizar los diferentes caminos que otros países han recorrido para regular este derecho, sino también identificar las mejores prácticas y advertir los desafíos que podrían surgir en la implementación de una normativa similar en Costa Rica. Además, este análisis contribuirá a contextualizar la propuesta del Proyecto de Ley N.º 21.383, contrastándola con sistemas jurídicos que ya han superado los dilemas iniciales de legislar sobre la muerte digna.

Así las cosas, el propósito de esta última sección del marco teórico es examinar el derecho comparado en materia de eutanasia y muerte digna, abordando especialmente tres grandes bloques:

1. Normas Internacionales y el Derecho a Morir con Dignidad

En primer lugar, se analizarán las principales normas y tratados internacionales en materia de derechos humanos, tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), entre otros. Aunque estos instrumentos no regulan de manera expresa la eutanasia, sí establecen principios fundamentales como la dignidad, la autonomía y el derecho a la vida entendida en su dimensión integral, lo que abre la puerta a debates jurídicos contemporáneos sobre la posibilidad de decidir cuándo y cómo morir, en casos de sufrimiento extremo.

Además, se revisarán las interpretaciones que organismos internacionales y cortes de derechos humanos, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, han dado sobre el derecho a una vida digna, y cómo estas pueden proyectarse al contexto de la

muerte digna. Igualmente, se estudiarán casos emblemáticos de eutanasia que han tenido repercusiones globales, para valorar su impacto no solo en las leyes internas de los países involucrados, sino también en la evolución del derecho internacional de los derechos humanos.

2. Legislación en Europa

Posteriormente, se explorará la legislación vigente en países europeos que han avanzado en la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, tales como Países Bajos, Bélgica y Suiza, los cuales son referentes mundiales por sus modelos legales, sus procedimientos garantistas y su enfoque centrado en la autonomía de la persona.

En este apartado, se analizarán los requisitos legales, los procedimientos establecidos para la práctica de la eutanasia, los mecanismos de control y supervisión, y las salvaguardas jurídicas para evitar abusos. Asimismo, se abordará cómo estas legislaciones han evolucionado para responder a las necesidades sociales y sanitarias, incluyendo la regulación del derecho a la muerte asistida en casos de enfermedades físicas incurables y sufrimientos psíquicos insoportables, lo cual abre importantes debates bioéticos.

El análisis detallado de estas normativas europeas permitirá identificar elementos y mecanismos concretos que podrían ser adaptados al contexto costarricense, tomando en cuenta tanto las similitudes como las diferencias culturales, jurídicas y sociales.

3. Legislación en América

Finalmente, se realizará un estudio de las leyes vigentes en Colombia y Canadá, países que, al igual que algunas naciones europeas, han adoptado leyes específicas para regular la muerte digna y la eutanasia. Colombia, por ejemplo, es el primer país en América Latina que, mediante sentencia de su Corte Constitucional, reconoció y desarrolló el

derecho a morir dignamente. Por su parte, Canadá ha implementado un marco legal robusto y detallado que regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido, bajo el concepto de "asistencia médica para morir".

En este bloque, se revisarán los procesos legales, los requisitos que deben cumplir los pacientes, las garantías de control, y las evaluaciones médicas y psicológicas que aseguran la voluntariedad y capacidad del solicitante. Además, se analizará el impacto social, jurídico y ético que estas leyes han tenido en sus respectivas sociedades, así como los debates y reformas posteriores que se han promovido para ajustar las leyes a nuevas realidades.

Importancia de la Comparación Internacional para Costa Rica

Este recorrido por las experiencias internacionales no solo permitirá conocer cómo otros países han enfrentado los mismos desafíos que hoy enfrenta Costa Rica, sino que también ofrecerá pautas prácticas y argumentos jurídicos valiosos para la discusión nacional. Por tanto, este análisis será fundamental para evaluar la viabilidad del Proyecto de Ley N.º 21.383, entendiendo que cualquier legislación sobre muerte digna debe partir de un equilibrio entre el respeto a la autonomía individual, la protección de los derechos fundamentales y la garantía de mecanismos éticos y jurídicos que eviten abusos.

Además, la revisión comparada ayudará a desmitificar muchos de los temores que existen en torno al derecho a morir dignamente, mostrando cómo, en otros países, la eutanasia se ha implementado bajo altos estándares de control y protección. Así, se pretende ofrecer al lector un panorama completo y actualizado sobre el estado actual de la eutanasia en el mundo, sus fundamentos legales, éticos y sociales, y las lecciones que Costa Rica podría considerar al valorar la adopción de una normativa en esta materia. Sin más preámbulo se da inicio al tema.

El Derecho a una Muerte Digna en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

Uno de los aspectos más relevantes al analizar la viabilidad del derecho a una muerte digna en Costa Rica es la manera en que este derecho ha sido abordado en el ámbito internacional. Aunque la eutanasia y el derecho a morir dignamente no se encuentran expresamente consagrados en los principales instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, diversos tratados y la jurisprudencia internacional desarrollan principios que fundamentan este derecho.

Y es que tras un excelente estudio, así lo sostiene Josefina Miró Quesada Gayoso (2020) en su artículo *"La muerte digna bajo la jurisprudencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos"*, publicado por la Pontificia Universidad Católica del Perú. A lo largo de su análisis, la autora identifica cómo los derechos a la vida, la dignidad y la autonomía se relacionan directamente con la posibilidad de reconocer la muerte digna como un derecho humano.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y la Vida como Existencia Digna

Según Miró Quesada (2020), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) reconoce en su artículo 4 el derecho a la vida, estableciendo que ninguna persona puede ser privada arbitrariamente de este derecho. No obstante, la autora aclara que el derecho a la vida no puede entenderse exclusivamente como la obligación de mantener la vida biológica a toda costa, sino como un derecho a una existencia que preserve la dignidad (Miró Quesada, 2020). Así, la vida debe garantizar condiciones de bienestar y ausencia de sufrimiento extremo, no simplemente la subsistencia física.

Por otra parte, la obligación de los Estados de garantizar y respetar los derechos humanos (CADH, artículo 1.1) implica la necesidad de crear condiciones que permitan ejercer todos los derechos, incluyendo el derecho a decidir sobre el propio proceso de

muerte cuando el sufrimiento es intolerable (Miró Quesada, 2020). En esa línea, el artículo 11 de la CADH, que protege la vida privada y la honra, refuerza la autonomía personal, reconociendo implícitamente el derecho a decidir sobre el final de la vida como parte del respeto a la privacidad y la dignidad.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Igualdad, Dignidad y Autonomía

En relación con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), Miró Quesada (2020) enfatiza que este instrumento reconoce, desde su preámbulo y a lo largo de artículos como el 1, 3 y 22, la igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos. Desde esta perspectiva, proteger la vida humana implica respetar la dignidad y la autonomía, reconociendo que la persona no debe ser obligada a continuar una vida de sufrimiento inaceptable (Miró Quesada, 2020).

Asimismo, la autora subraya que el artículo 22 de la DUDH, al consagrar el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la seguridad social, refuerza la necesidad de que cada persona pueda decidir sobre los aspectos más fundamentales de su existencia, incluyendo la manera en que desea enfrentar la muerte cuando su vida carece de calidad debido al dolor o la enfermedad terminal (Miró Quesada, 2020).

Además, la libertad personal reconocida en el artículo 3 de la DUDH incluye la capacidad de decidir sobre el propio cuerpo y la vida, por lo que negar el derecho a una muerte digna podría constituir una violación directa al derecho a la privacidad y a la autonomía (Miró Quesada, 2020).

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Derecho a la Vida con Dignidad

Sobre el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), Miró Quesada (2020) resalta que, aunque el artículo 6 protege el derecho a la vida, este debe interpretarse a la luz de la dignidad humana, tal como ha indicado el Comité de Derechos Humanos en la Observación General N.º 36 (2019). De acuerdo con la autora, este órgano ha sostenido que el derecho a la vida no es solo el derecho a existir, sino a vivir de manera digna, lo cual es especialmente relevante cuando las personas enfrentan enfermedades terminales y sufrimientos insoportables (Miró Quesada, 2020).

Además, el Comité ha reconocido que los Estados pueden permitir, bajo determinadas condiciones, que las personas tomen decisiones libres e informadas para poner fin a sus vidas en situaciones extremas, lo que supone una aceptación implícita de medidas como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido (Miró Quesada, 2020).

Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH): Vida, Dignidad y Autonomía

Aunque la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) no ha resuelto casos directamente relacionados con eutanasia, Miró Quesada (2020) expone que sus decisiones han desarrollado principios fundamentales sobre la vida digna y la autonomía. Por ejemplo, en la sentencia Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica (2012), la Corte afirmó que la vida debe ser vivida con dignidad y que no puede separarse del derecho al libre desarrollo de la personalidad (Miró Quesada, 2020).

Asimismo, en el caso Comunidad indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay (2010), la Corte sostuvo que el derecho a la vida incluye el deber de los Estados de garantizar condiciones para una existencia digna, no reduciéndose a la mera subsistencia (Miró Quesada, 2020). Por su parte, en López Soto vs. Venezuela (2018), la Corte reforzó el

vínculo entre dignidad y autonomía, estableciendo que toda persona debe poder tomar decisiones sobre su vida, y que limitar esta capacidad podría constituir una violación a los derechos fundamentales (Miró Quesada, 2020).

De este modo, aunque la Corte IDH no haya abordado directamente la eutanasia, sus pronunciamientos sí establecen una base jurídica sólida para afirmar que mantener a una persona con sufrimiento extremo en contra de su voluntad puede constituir una violación a la dignidad y autonomía protegidas por el derecho internacional (Miró Quesada, 2020).

Conclusión Artículo Miró Quesada

De acuerdo con Miró Quesada (2020), aunque los instrumentos internacionales no mencionan expresamente la eutanasia o el derecho a morir dignamente, los principios de dignidad humana, autonomía, vida privada, y prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, permiten deducir que los Estados tienen la obligación de respetar las decisiones de las personas que enfrentan sufrimientos insoportables, incluyendo su derecho a una muerte digna. Por ello, la criminalización absoluta de la eutanasia podría constituir una violación a los derechos humanos fundamentales reconocidos en el Derecho Internacional.

Modelos Internacionales de Regulación de la Muerte Digna: Legislaciones Vigentes hasta 2024

A partir de las discusiones doctrinales y las posturas nacionales e internacionales previamente analizadas, se hace evidente la necesidad de observar los modelos legales vigentes que permiten a las personas, en determinadas circunstancias, acceder a una muerte asistida y libre de sufrimiento, siempre bajo el amparo de normas jurídicas claras, éticas y controladas.

Por lo tanto, en esta sección se presentará un análisis detallado de los modelos normativos que regulan la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en diversos países que, hasta el primer semestre del año 2024, han legislado sobre esta materia, permitiendo así que personas con enfermedades terminales o sufrimientos físicos y psíquicos insoportables puedan optar, de manera libre y voluntaria, por una muerte digna.

Este análisis incluirá las legislaciones de Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2014), Canadá (2016), España (2021), Nueva Zelanda (2021), Portugal (2023) y Ecuador (2024). Dichos países han diseñado marcos normativos específicos que establecen las condiciones, requisitos, procedimientos y garantías necesarias para la aplicación de la eutanasia, considerando siempre la protección de la autonomía del paciente, la intervención médica responsable y la vigilancia ética de los actos médicos relacionados con el final de la vida.

Asimismo, se revisará cómo estas leyes atienden la tensión entre el derecho a la vida, la dignidad humana, la autonomía y la salud, y qué mecanismos legales han implementado para evitar abusos o decisiones precipitadas. Además, este recorrido permitirá valorar qué elementos podrían servir como referencia para el diseño de una futura legislación en Costa Rica, tomando en cuenta las similitudes y diferencias sociales, jurídicas y culturales.

De este modo, este apartado no solo aportará una visión comparativa del derecho a morir dignamente en distintos contextos, sino que también facilitará una reflexión informada y profunda sobre la posibilidad de adoptar una normativa semejante en Costa Rica, ajustada a su realidad social y jurídica.

A continuación, se presentará un estudio detallado de las leyes sobre eutanasia vigentes en cada uno de estos países, resaltando sus principales características, procedimientos, salvaguardas y repercusiones sociales.

Ley de Eutanasia Países Bajos (2002)

La Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, aprobada en el año 2001 y vigente desde el 2002, constituye el primer instrumento jurídico del mundo en legalizar de forma integral la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Esta legislación modifica los artículos 293 y 294 del Código Penal neerlandés, estableciendo condiciones específicas bajo las cuales estos actos dejan de considerarse punibles. La ley fue promulgada por el Parlamento de los Países Bajos, con participación activa del Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, y es aplicable a nivel nacional.

1. Requisitos esenciales para solicitar la eutanasia:

De acuerdo con la ley, para acceder al derecho a la eutanasia se deben cumplir estrictos requisitos que garantizan el respeto a la dignidad y autonomía de la persona, al tiempo que se protegen intereses públicos y profesionales. Entre los principales requisitos se encuentran:

- **Solicitud voluntaria, meditada y repetida del paciente**, manifestada de forma consciente y sin coacción (Art. 2).
- **Sufrimiento físico o psíquico insoportable y sin perspectiva de mejora**, derivado de una enfermedad grave e incurable.
- **Plena información al paciente** sobre su estado de salud, pronóstico y opciones disponibles, incluyendo cuidados paliativos (Art. 2.1.c).
- **Convicción del médico tratante de que no existen alternativas razonables para aliviar el sufrimiento**, tras una evaluación integral (Art. 2.1.d).
- **Consulta obligatoria con un segundo médico independiente**, quien debe emitir un dictamen formal sobre el cumplimiento de los requisitos (Art. 2.1.e).

- **Actuación con esmero y profesionalismo del médico tratante**, siguiendo los estándares médicos aceptados.
- En el caso de **menores de edad**:
  - A partir de los **16 años** pueden solicitarla de forma autónoma, aunque los padres o tutores deben ser informados (Art. 2.3).
  - Entre **12 y 16 años**, se requiere consentimiento adicional y conjunto de los padres o tutores legales.

Asimismo, la ley contempla la validez de las declaraciones anticipadas de voluntad (testamentos vitales) cuando una persona, aún en pleno uso de su capacidad, manifieste por escrito su deseo de recibir la eutanasia en caso de llegar a un estado en el que no pueda decidir (Art. 2.2).

2. Procedimiento detallado

El procedimiento, regulado cuidadosamente para evitar abusos, se desarrolla en varias fases:

1. **Solicitud formal del paciente** y verificación de que es voluntaria y meditada.
2. **Evaluación médica integral** del paciente, asegurando la existencia del sufrimiento insoportable y sin remedio.
3. **Consulta obligatoria con un segundo médico independiente**, quien verifica el cumplimiento de los requisitos.
4. Confirmación de **ausencia de alternativas razonables** para aliviar el sufrimiento.
5. **Realización del procedimiento** con esmero, garantizando una muerte sin dolor.

6 **Notificación al forense municipal** inmediatamente después de la muerte.

7 **Revisión del caso por una Comisión Regional de Evaluación de la Eutanasia**, que juzga la legalidad del procedimiento (Art. 8).

8 **Informe final** al Ministerio Público y a la Inspección de Salud en caso de detectar alguna irregularidad (Art. 9).

3. Plazos legales

La Comisión Regional debe emitir su dictamen motivado en un plazo de seis semanas desde la recepción del informe del médico, prorrogable por una sola vez por igual término si fuese necesario (Art. 9.2). Además, las Comisiones deben presentar un informe anual público sobre todos los casos analizados, antes del 1 de abril de cada año (Art. 17).

4. Obligaciones y derechos del médico tratante

Los médicos tratantes tienen la obligación de:

- Cumplir rigurosamente los requisitos legales y éticos.
- Realizar una consulta obligatoria e independiente.
- Documentar y justificar todo el procedimiento.
- Notificar al forense municipal al concluir el procedimiento (Art. 7).
- Colaborar con la Comisión Regional de Evaluación en caso de ser requerido para aclaraciones (Art. 9).

A su vez, tienen derecho a obtener una respuesta motivada por parte de la Comisión, así como a solicitar audiencia para explicar cualquier aspecto del caso (Art. 9.5).

5. Participación de otros profesionales

- **Médico independiente asesor**: Debe evaluar el caso y emitir informe (Art. 2.1.e).

- **Forense municipal**: Recibe notificación y revisa el cuerpo (Art. 7).
- **Comisiones Regionales**: Integradas por un jurista, un médico y un experto en ética o bioética (Art. 3).
- **Ministerios de Justicia y Sanidad**: Designan comisiones y supervisan el sistema.
- **Inspección Sanitaria del Estado y Fiscalía General**: Actúan en caso de incumplimiento (Arts. 9 y 11).

6. Garantías éticas y legales

- Consentimiento informado y documentado.
- Consulta independiente obligatoria.
- Revisión post-procedimiento por una Comisión Regional.
- Consentimiento parental para menores.
- Respeto a las declaraciones anticipadas (Art. 2.2).
- Aunque no está explícitamente en la ley, se reconoce la objeción de conciencia para médicos, conforme a la práctica profesional en los Países Bajos.

7. Sanciones por incumplimiento

- **Prisión hasta 12 años:** por homicidio a petición si no se cumplen los requisitos (Art. 293 Código Penal).
- **Prisión hasta 3 años** o multas por auxilio al suicidio fuera de los marcos legales (Art. 294 Código Penal).
- **Remisión obligatoria a la Fiscalía** en caso de dudas sobre la legalidad del procedimiento (Art. 9).

8. Observaciones especiales y aspectos innovadores

- Se regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido.
- Permite solicitudes anticipadas por escrito, esenciales para enfermedades degenerativas.
- Reconoce la solicitud por menores desde los 12 años, con salvaguardas adicionales.
- Implementa un modelo de revisión posterior (ex post) en lugar de previa, lo que reduce la burocracia pero mantiene controles eficaces.
- Incorpora informes públicos anuales, promoviendo la transparencia.
- Establece la participación activa del Estado, a través de sus ministerios y órganos supervisores.
- Promueve un equilibrio entre la autonomía del paciente y la responsabilidad médica y estatal, haciendo de esta ley una referencia internacional en la regulación del derecho a una muerte digna.

Como puede observarse, la ley neerlandesa combina rigurosos controles éticos y legales con un profundo respeto a la voluntad y dignidad de los pacientes. Su estructura meticulosa y su experiencia práctica representan un modelo jurídico valioso para países como Costa Rica que exploran la posibilidad de regular este derecho. Además, su reconocimiento de situaciones especiales como las declaraciones anticipadas y los casos de menores de edad, la convierte en una de las legislaciones más completas y humanistas sobre la materia.

Ley de Eutanasia Bélgica (2002)

La Ley de Eutanasia de Bélgica, aprobada el 28 de mayo de 2002 y posteriormente modificada por las Leyes del 10 de noviembre de 2005 y del 28 de febrero de 2014,

constituye uno de los marcos normativos más avanzados en Europa y el mundo. Esta legislación regula el procedimiento de la eutanasia activa voluntaria y también contempla la posibilidad de realizar la eutanasia en menores de edad con capacidad de discernimiento, siendo Bélgica el primer país en el mundo en permitirlo sin restricción mínima de edad (con requisitos específicos). La norma establece rigurosos controles médicos, legales y éticos, garantizando que se respeten los derechos de los pacientes al final de la vida, siempre en el marco de la dignidad humana.

1. Nombre completo de la ley

- Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, modificada por:
  - Ley del 10 de noviembre de 2005
  - Ley del 28 de febrero de 2014 (extensión a menores de edad).

2. Artículos principales y explicación resumida:

Artículo 2: Definición y sujetos habilitados

La ley define "eutanasia" como el acto intencionado de un médico que pone fin a la vida de una persona a solicitud de ésta, para poner fin a un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable.

Aplica a mayores de edad, menores emancipados y menores con capacidad de discernimiento, siempre con consentimiento informado.

Artículo 3: Condiciones y procedimientos

Este artículo establece las condiciones imprescindibles para proceder:

- Petición voluntaria, reiterada, razonada, escrita y sin presiones externas.

- Enfermedad grave e incurable con sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable.
- El paciente debe estar consciente y capaz de manifestar su voluntad al momento de la solicitud.
- Obligación de ofrecer y explicar cuidados paliativos antes de proceder.
- Consultas obligatorias con al menos dos médicos independientes cuando la muerte no es inminente.
- En caso de menores, consulta obligatoria a un pedopsiquiatra o psicólogo, para evaluar el discernimiento.

Artículo 4: Declaración anticipada

Permite que una persona anticipe su voluntad de recibir la eutanasia en caso de quedar inconsciente de manera irreversible.

Validez por cinco años, revocable en cualquier momento.

Artículo 5: Registro y control

Establece que tras realizar la eutanasia, el médico debe comunicarlo a la Comisión Federal de Control y Evaluación mediante un formulario detallado en un máximo de cuatro días hábiles.

3. Requisitos esenciales para poder solicitar la eutanasia

- Capacidad jurídica y discernimiento del paciente (adultos y menores).
- Petición escrita, razonada, reiterada y libre de presiones externas.
- Padecer una enfermedad grave, incurable y generadora de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable.

- Aceptar y comprender la información sobre pronóstico, cuidados paliativos y alternativas.
- En menores:
  - Enfermedad terminal, muerte próxima.
  - Consentimiento de padres o tutores.
  - Evaluación del discernimiento por especialista.

4. Procedimiento detallado paso a paso

1. Solicitud formal escrita del paciente, firmada y fechada.
2. Información clara al paciente sobre:
   - Diagnóstico.
   - Pronóstico.
   - Alternativas, incluidas las terapias paliativas.
3. Comprobación médica de que no hay otra solución razonable para su sufrimiento.
4. Múltiples entrevistas con el paciente para confirmar la persistencia de su voluntad.
5. Consulta con un primer médico independiente, especializado en la patología.
6. Consulta adicional con segundo médico independiente si la muerte no es inminente.
7. En menores: evaluación por pedopsiquiatra o psicólogo.
8. Revisión del historial clínico completo y documentación del proceso.
9. Ejecución del procedimiento de eutanasia.
10. Informe obligatorio a la Comisión Federal de Control y Evaluación dentro de los 4 días hábiles.

5. Plazos legales relevantes

- 1 mes mínimo entre la solicitud y la eutanasia si la muerte no es inminente.
- 2 meses para que la Comisión Federal revise y avale el procedimiento.
- Informes cada dos años al Parlamento sobre la aplicación de la ley.

6. Obligaciones y derechos del médico tratante

- Garantizar cumplimiento estricto de todos los requisitos.
- Informar al paciente de su derecho a rechazar o revocar la solicitud en cualquier momento.
- Derecho a objeción de conciencia, debiendo informar al paciente y remitirlo a otro médico.
- Mantener confidencialidad y documentación adecuada.

7. Participación de otros profesionales

- Dos médicos independientes, uno experto en la patología.
- Pedopsiquiatra o psicólogo (en menores).
- Personal sanitario que brinda cuidados paliativos.
- Farmacéutico que suministra los medicamentos letales de forma controlada.

8. Garantías y salvaguardas éticas y legales

- Petición debe ser voluntaria, reiterada y razonada.
- Declaración anticipada para personas inconscientes irreversible.
- Control y revisión por la Comisión Federal.
- Derecho a objeción de conciencia para médicos y personal sanitario.
- Reconocimiento explícito del sufrimiento psíquico como causa válida.

9. Órganos de control y supervisión

- Comisión Federal de Control y Evaluación:
  - Formada por médicos, juristas y expertos en enfermedades incurables.
  - Revisa cada caso y garantiza el cumplimiento de la ley.
- El Rey determina su composición y funcionamiento administrativo.
- Presentación de informes cada dos años al Parlamento.

10. Sanciones por incumplimiento

- Casos fuera de la ley se remiten a Fiscalía.
- Posibles penas según el Código Penal (art. 458) por violación de confidencialidad o mal procedimiento.
- No establece sanciones específicas en la ley de eutanasia, pero se remite a la normativa penal general.

11. Observaciones especiales e innovaciones

- Permite eutanasia anticipada (por documento previo).
- Reconoce el sufrimiento psíquico como causal.
- Extensión única a menores con capacidad de discernimiento.
- Establece eutanasia como muerte natural a todos los efectos legales.
- Requiere consentimiento escrito y explícito de padres o tutores para menores.
- Derecho a acompañamiento psicológico para allegados del paciente fallecido.
- Obliga a registro y revisión exhaustiva de cada caso.

Como se puede denotar, la Ley de Eutanasia de Bélgica es un modelo avanzado y equilibrado, que combina la protección de la autonomía del paciente con estrictos controles médicos y legales. Su inclusión de menores de edad y de sufrimiento psíquico como

causales representa un enfoque integral y humanitario, basado en la dignidad y el respeto a la voluntad individual, bajo un sistema sólido de garantías.

Ley de Eutanasia Luxemburgo (2009)

La Ley de 16 de marzo de 2009, titulada formalmente "Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio", representa uno de los marcos normativos más completos de Europa sobre esta temática. Esta normativa, promulgada por la Cámara de Diputados del Gran Ducado de Luxemburgo, regula tanto la eutanasia activa como la asistencia médica al suicidio, garantizando un estricto control de los procedimientos y salvaguardas éticas.

La ley contempla los derechos de los pacientes a decidir sobre el final de su vida, estableciendo criterios detallados, requisitos médicos, procedimientos y mecanismos de control. A continuación, se expone un análisis estructurado de la ley, combinando texto explicativo y puntos clave, con referencias a los artículos relevantes.

1. Nombre completo y datos generales de la ley

- **Nombre completo:** Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio.
- **Número o identificación:** Ley publicada en el *Memorial* (Diario Oficial) del Gran Ducado de Luxemburgo.
- **Fecha de promulgación:** 16 de marzo de 2009.
- **Autoridad que la sanciona:** Cámara de Diputados y Gran Duque de Luxemburgo.

2. Objeto y alcance (Art. 1 y 2)

La ley tiene como objeto regular las condiciones y procedimientos para realizar la eutanasia o prestar asistencia al suicidio a personas en situaciones de sufrimiento extremo, garantizando que estas prácticas se ajusten a principios éticos y médicos rigurosos.

Según el artículo 2, estas prácticas solo se permiten en circunstancias muy específicas, asegurando que la voluntad del paciente sea clara, consciente, y esté libre de cualquier presión externa.

3. Requisitos esenciales para solicitar eutanasia o asistencia al suicidio (Art. 2)

- Mayoría de edad y capacidad de discernimiento plena.
- Sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, derivado de una enfermedad grave e incurable.
- Solicitud voluntaria, reflexiva, repetida y sin presión externa.
- La solicitud debe formularse por escrito, firmada y fechada, o mediante una persona de confianza designada, en presencia del médico tratante si el paciente no puede escribir (Art. 2, inciso 2).
- Declaraciones anticipadas (Art. 6): se aceptan bajo ciertas condiciones para pacientes que posteriormente pierdan la capacidad de decidir.

4. Procedimiento para la práctica de la eutanasia o asistencia al suicidio (Art. 3)

El artículo 3 detalla el procedimiento que debe seguir el médico tratante:

a) Información completa al paciente:

- Estado de salud.
- Pronóstico.
- Alternativas terapéuticas y paliativas.

b) Verificación de voluntad:

- Entrevistas repetidas, espaciadas en el tiempo, según el estado del paciente.
- Confirmar el carácter reflexivo y reiterado de la decisión.

c) Consulta obligatoria con un segundo médico independiente:

- Especialista en la patología del paciente.
- Debe confirmar la gravedad, incurabilidad y el carácter insoportable del sufrimiento (Art. 3.3).

d) Consulta al equipo médico y personas de confianza (si el paciente lo desea).

e) Registro completo del proceso en la historia clínica.

5. Declaración anticipada en caso de incapacidad (Art. 6)

- Permite que una persona mayor de edad, capaz y consciente, deje una declaración anticipada para el caso en que, posteriormente, se encuentre en situación irreversible sin posibilidad de expresar su voluntad.
- Esta declaración debe ser redactada, fechada y firmada en presencia de dos testigos (Art. 6).
- Validez de 5 años, renovable, y revocable en cualquier momento.

6. Plazos legales y tiempos del proceso (Art. 3 y Art. 9)

- Las entrevistas deben realizarse en un período razonable, de acuerdo con la situación del paciente.
- El informe detallado debe enviarse a la Comisión Nacional de Control y Evaluación dentro de los 8 días posteriores a la ejecución del acto (Art. 9).
- La Comisión debe pronunciarse en un plazo de dos meses (Art. 9, inciso 2).

7. Obligaciones y derechos del médico tratante (Art. 3, 4 y 5)

- Garantizar la información, reflexión y libertad del paciente (Art. 3).

- Realizar todas las consultas requeridas (segundo médico, equipo, personas de confianza).
- Registrar todo el procedimiento.
- Derecho a la objeción de conciencia (Art. 5): cualquier profesional de la salud puede negarse a participar, debiendo informar al paciente en un plazo de 24 horas.
- Entrega del expediente médico a otro médico si el paciente lo solicita.

8. Garantías y salvaguardas éticas (Art. 3, 6 y 9)

- Petición voluntaria, reiterada y libre de presión (Art. 2 y 3).
- Consulta independiente obligatoria (Art. 3).
- Declaraciones anticipadas supervisadas (Art. 6).
- Derecho a objeción de conciencia (Art. 5).
- Control posterior por Comisión Nacional de Control y Evaluación (Art. 9).
- Respeto a la confidencialidad (Art. 10).

9. Comisión Nacional de Control y Evaluación (Art. 8 y 9)

- Órgano encargado de verificar la legalidad de cada caso.
- Compuesta por 9 miembros: médicos, juristas, expertos en bioética.
- Equilibrio en representación lingüística y de género.
- Informa al Parlamento cada 2 años sobre la aplicación de la ley.

10. Sanciones y consecuencias por incumplimiento (Art. 9 y 10)

- Remisión al Ministerio Fiscal si se detectan irregularidades (Art. 9, inciso 3).
- Protección de la confidencialidad de datos (Art. 10).

- Aunque no detalla penas concretas en la ley, el incumplimiento podría derivar en responsabilidad penal y profesional según el Código Penal y las normas disciplinarias.

11. Observaciones especiales e innovaciones

- Reconoce formalmente la asistencia al suicidio como acto médico, algo que pocos países incluyen expresamente.
- Permite el uso de declaraciones anticipadas vinculantes, reforzando la autonomía del paciente.
- Sufrimiento psíquico incluido como causal de eutanasia, no solo el físico (Art. 2).
- Las muertes por eutanasia o asistencia al suicidio se consideran muerte natural (Art. 7), con efectos legales en seguros y otros ámbitos.
- Permiso laboral especial para acompañamiento de personas en fase terminal (5 días).

La Ley de Eutanasia y Asistencia al Suicidio de Luxemburgo representa un modelo avanzado de regulación, que equilibra el derecho a decidir sobre el final de la vida con salvaguardas éticas, jurídicas y médicas sólidas. Es una ley clara en los procedimientos, firme en la protección de la autonomía y garantista en la supervisión institucional.

La detallada regulación de las declaraciones anticipadas, la objeción de conciencia y la evaluación post-actuación la convierten en un referente para países como Costa Rica, donde se debate una normativa similar. Además, su reconocimiento expreso del sufrimiento psíquico amplía la comprensión del derecho a una muerte digna, alineándose con los principios de dignidad y autonomía.

Ley de Eutanasia Colombia (2014)

Colombia es pionera en Latinoamérica en regular la eutanasia a partir de una fuerte intervención jurisprudencial, iniciada con la emblemática Sentencia C-239-1997, donde la Corte Constitucional reconoció, por primera vez, el derecho a morir dignamente como una extensión de la dignidad humana y la autonomía personal.

A partir de esa sentencia, y ante el descuido legislativa del Congreso de la República, la Corte instruyó al Ministerio de Salud y Protección Social la creación de una reglamentación específica, lo que dio origen a la Resolución 1216 del 2015. Esta normativa establece las directrices para los procedimientos, los comités interdisciplinarios y las salvaguardas que garantizan el respeto y legalidad del proceso.

A continuación, se realiza un análisis detallado y ordenado de la normativa y su contexto:

1. Nombre completo de la norma y antecedentes judiciales

- Resolución 1216 de 2015, "Por la cual se dictan directrices para la organización y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad".
- Fundamentada en la Sentencia C-239-1997 y complementada por la Sentencia T-970-2014.

2. Fecha de promulgación y autoridad que la dicta

- **Fecha:** 20 de abril de 2015.

- **Autoridad:** Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de mandato constitucional.

3. Ámbito de aplicación

- Aplica en todo el territorio nacional y para todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas.
- Obligatoria para profesionales de la salud, incluyendo médicos tratantes y miembros de los Comités Científico-Interdisciplinarios.

4. Requisitos esenciales para solicitar la eutanasia

En este punto, la normativa establece con claridad las condiciones mínimas necesarias:

- Paciente mayor de edad, capaz y consciente (art. 3).
- Enfermedad grave, irreversible, progresiva y terminal, diagnosticada por médico especialista (art. 3).
- Petición voluntaria, libre, informada y persistente, documentada por escrito (art. 3 y 4).
- Puede hacerse valer testamento vital o voluntades anticipadas (art. 3).
- El paciente tiene derecho a revocar la solicitud en cualquier momento, incluso minutos antes del procedimiento (art. 5).

5. Procedimiento paso a paso (combinando con artículos)

1 Solicitud directa del paciente al médico tratante, por escrito (art. 3 y 4).

2 El médico verifica diagnóstico y validez de la solicitud (art. 5).

3 Convocatoria al Comité Científico-Interdisciplinario, que debe conformarse en máximo 48 horas (art. 6 y 7).

4 El Comité evalúa el caso, verifica requisitos y realiza entrevista personal al paciente (art. 8, 9 y 10).

5 El Comité emite decisión fundamentada en un plazo máximo de 10 días hábiles (art. 10).

6 Si se autoriza, el procedimiento debe realizarse en un plazo máximo de 15 días hábiles posteriores a la decisión (art. 12).

7 Se entrega informe detallado del proceso al Ministerio de Salud (art. 14).

8 Toda la información queda registrada en la historia clínica (art. 13).

6. Plazos legales específicos

- **48 horas** para la conformación del Comité desde la solicitud (art. 6).
- **10 días hábiles** para emitir la decisión del Comité (art. 10).
- **15 días hábiles** para realizar el procedimiento tras la aprobación (art. 12).
- **24 horas** para reasignar médico si hay objeción de conciencia (art. 11).

7. Derechos y obligaciones del médico tratante

Según los artículos 5, 11 y 13:

- Verificar diagnóstico terminal y certificar la capacidad del paciente.
- Informar exhaustivamente sobre cuidados paliativos y otras alternativas.
- Respaldar o rechazar la solicitud, con obligación de justificar su decisión.
- En caso de objeción de conciencia, debe informar por escrito y remitir al paciente a otro médico (art. 11).
- Documentar todos los pasos y decisiones en la historia clínica (art. 13).

8. Participación de otros profesionales y composición del Comité

- Comité Científico-Interdisciplinario, compuesto por (art. 7):

  - Médico especialista en la patología.
  - Abogado con conocimientos en derecho médico.
  - Psicólogo o psiquiatra clínico.
- **EPS**: deben garantizar acceso, cobertura y continuidad del proceso.
- **Ministerio de Salud**: ente supervisor y receptor de reportes (art. 14).

9. Garantías éticas y legales

- Consentimiento informado y documentado (art. 3 y 4).
- Derecho a cuidados paliativos en cualquier momento (art. 5).
- Posibilidad de revocar la solicitud (art. 5).
- Acompañamiento psicológico al paciente y familia (art. 9).
- Objeción de conciencia personal y motivada, no institucional (art. 11).
- Registro obligatorio de cada paso en la historia clínica (art. 13).

10. Órganos de control y supervisión

- Ministerio de Salud y Protección Social (art. 14): supervisa y recibe informes.
- Comités Científico-Interdisciplinarios (art. 6 y 7): garantes del cumplimiento del procedimiento.
- Corte Constitucional: creadora y vigilante del derecho mediante jurisprudencia.

11. Sanciones por incumplimiento

- Remisión a la Fiscalía General de la Nación si se detectan irregularidades (art. 14).
- Posibles sanciones penales, civiles y disciplinarias para los profesionales (art. 14 y Ley 23 de 1981 - Código de Ética Médica).

12. Observaciones especiales y aspectos innovadores

- Primera regulación formal sobre eutanasia en América Latina, directamente derivada de jurisprudencia constitucional.
- Regulación solo para eutanasia activa voluntaria, no contempla suicidio asistido.
- Prohíbe expresamente la objeción de conciencia institucional (art. 11).
- Requiere acompañamiento interdisciplinario y protección integral del paciente.
- Reconoce el derecho a desistimiento hasta el último momento (art. 5).

Colombia ofrece un modelo jurisprudencialmente impulsado y altamente controlado, que busca equilibrar la autonomía del paciente con garantías éticas y legales robustas. Además, la existencia de comités especializados, así como la prohibición de objeción institucional, convierte a este sistema en un referente latinoamericano. Se aprecia un enfoque interdisciplinario que busca contener el proceso dentro de límites de responsabilidad, pero asegurando al paciente el derecho fundamental a morir dignamente.

Este modelo colombiano se diferencia de otros modelos internacionales por su origen constitucional, la ausencia de aprobación parlamentaria directa, y por establecer un mecanismo riguroso, aunque a la vez garantista, de respeto a la autonomía y la dignidad del paciente.

Ley de Eutanasia Canadá (2016)

Actualmente la Ley C-7, aprobada el 17 de marzo de 2021, constituye una de las reformas más significativas al Código Penal de Canadá en relación con la Asistencia Médica para Morir (Medical Assistance in Dying - MAiD) y es el último cambio a la ley original del 2016.

Esta ley surge como respuesta a las demandas sociales y judiciales, incluyendo el famoso caso Truchon vs. Fiscal General de Canadá, que obligó al Estado a ampliar el acceso a la eutanasia más allá de las personas cuya muerte natural era razonablemente previsible. Además, la ley busca balancear los derechos humanos, la protección de las personas vulnerables y la autonomía individual.

1. Datos Generales de la Ley

- **Nombre:** Ley C-7, que modifica el Código Penal (ayuda médica a morir).
- **Identificador:** Ley C-7 (2021), que reforma el artículo 241.2 del Código Penal de Canadá.
- **Fecha y año de promulgación:** 17 de marzo de 2021.
- **Autoridad que la promulgó:** Parlamento de Canadá, con consentimiento del Senado y la Cámara de los Comunes.
- **Ámbito de aplicación:** Ámbito nacional, aplicable en todo el territorio de Canadá.

2. Requisitos esenciales para solicitar la Asistencia Médica para Morir (MAiD)

Para acceder al procedimiento, la persona debe cumplir los siguientes requisitos, según el artículo 241.2:

- Ser mayor de edad y mentalmente competente.
- Sufrir una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e irremediable.
- Experimentar un sufrimiento físico o psicológico insoportable, que no pueda aliviarse de manera aceptable para la persona.
- Consentir libre, voluntaria e informadamente, sin presiones externas.
- Presentar solicitud escrita, firmada y fechada, en presencia de un testigo independiente.

- Exclusión de personas cuya única condición médica sea una enfermedad mental (art. 241.2(2.1)).
- Posibilidad de acuerdos anticipados, cuando la persona pierda su capacidad para consentir antes del procedimiento (art. 241.2(3.2)).

3. Procedimiento paso a paso

La ley establece procedimientos diferenciados según si la muerte natural es previsible o no (art. 241.2(3) y (3.1)):

a) Muerte natural previsible:

1 Verificación de requisitos por dos médicos o enfermeros especializados (independientes).

2 Confirmación de la solicitud, firmada y fechada con testigo.

3 Información completa al paciente sobre opciones alternativas (cuidados paliativos, apoyo psicológico).

4 Confirmación final de la voluntad de proceder antes de la práctica.

5 Posibilidad de acuerdo previo en caso de pérdida de capacidad.

6 Realización del procedimiento.

b) Muerte natural no previsible:

1 Evaluaciones médicas por dos profesionales independientes.

2 Consulta obligatoria con especialistas si no se tiene experiencia directa en la patología.

3 Información sobre alternativas para aliviar el sufrimiento.

4 Plazo mínimo de reflexión de 90 días naturales desde la primera evaluación.

5 Confirmación final antes de la práctica, salvo pérdida de capacidad conforme a acuerdo anticipado.

6 Registro y reporte del procedimiento a las autoridades competentes.

4. Plazos legales o tiempos para cada etapa

- Sin plazo de espera para muerte natural previsible.
- 90 días naturales de reflexión para casos donde la muerte no es previsible (art. 241.2(3.1)(i)).
- Plazo menor si se prevé inminente la pérdida de capacidad para consentir.
- Informe obligatorio a las autoridades tras cada caso.

5. Obligaciones y derechos del médico tratante

- Verificación y cumplimiento de todos los requisitos legales (art. 241.2(3)).
- Garantizar consentimiento informado y libre.
- Informar sobre alternativas de tratamiento y apoyo (cuidados paliativos, apoyo psicosocial).
- Documentar el proceso completo.
- Derecho a objeción de conciencia personal, pero no institucional (no puede negarse la institución).
- Posibilidad de administración directa o asistencia al suicidio mediante autoadministración de la sustancia por el paciente.

6. Participación de otros profesionales

- Dos médicos o enfermeros especializados independientes.
- Testigo independiente de la solicitud.
- Especialistas en la enfermedad que causa el sufrimiento, si se requiere (art. 241.2(3.1)(e.1)).

- Farmacéuticos y técnicos de farmacia, encargados de proveer las sustancias y reportar su uso (art. 241.31(2)).

7. Garantías o salvaguardas éticas y legales

- Consentimiento informado, libre y reiterado.
- Procedimiento diferenciado según previsibilidad de la muerte.
- Acuerdos anticipados válidos para casos de pérdida de capacidad (art. 241.2(3.2) y (3.5)).
- Prohibición expresa de proceder si la persona, incluso incapacitada, muestra signos de rechazo (art. 241.2(3.2)(c)).
- Registro detallado y reporte obligatorio al Ministerio de Salud (art. 241.31).
- Evaluación independiente y múltiple.
- Protección específica para personas con discapacidad (según preámbulo y art. 241.31).

8. Órganos de control, supervisión o comités

- Ministerio de Salud, encargado del sistema nacional de reporte obligatorio.
- Comisión parlamentaria mixta para la revisión y monitoreo de la ley (art. 5).
- Supervisión directa sobre evaluaciones, procedimientos y reportes (art. 241.31).
- Consultas con el Ministro de Discapacidad para asegurar inclusión y respeto a los derechos (art. 241.31(6)).

9. Sanciones por incumplimiento o mal uso

- Responsabilidad penal directa para médicos, enfermeros y farmacéuticos que incumplan las salvaguardas (art. 241.3).
- Sanciones disciplinarias y profesionales.
- Posible responsabilidad penal por homicidio, si se omiten las garantías legales.

- Incumplimiento de reportes también sancionable (art. 241.31(4)).

10. Observaciones especiales

- Regula tanto eutanasia activa voluntaria como suicidio asistido (autoadministración de sustancias).
- Reconoce acuerdos anticipados con condiciones específicas.
- Prohíbe procedimientos cuando hay oposición del paciente, incluso incapacitado.
- Detalla el papel de farmacéuticos y técnicos.
- Enfocada en proteger la autonomía y, a la vez, proteger a personas vulnerables.

11. Aspectos relevantes e innovadores

- Sistema nacional de recolección y publicación de datos, incluyendo información étnica, indígena y de discapacidad, para evitar discriminaciones (art. 241.31(3)).
- Revisión continua de la ley mediante comité parlamentario mixto.
- Inclusión de las personas con discapacidad en el proceso y en las garantías, bajo enfoque de derechos humanos.
- Posibilidad de evaluación independiente para asegurar no discriminación.
- Protección y confidencialidad estricta en todos los casos.
- Acuerdos anticipados complejos: permiten actuar aún ante pérdida de capacidad, pero prohíben actuar si el paciente se opone de cualquier forma (art. 241.2(3.2)).

La Ley C-7 de Canadá representa un modelo avanzado, con importantes balances entre autonomía y protección, integrando tanto el derecho a morir con dignidad como las preocupaciones por la vulnerabilidad y la discriminación, alineándose con tratados internacionales y derechos humanos.

Ley de Eutanasia España (2021)

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, constituye un hito jurídico y social en España al reconocer, bajo estrictas condiciones, el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda médica para morir. Promulgada por el Rey de España y las Cortes Generales, esta normativa integra la eutanasia como un derecho subjetivo dentro del sistema nacional de salud, y establece los procedimientos, requisitos, garantías y controles para su adecuada implementación (Ley Orgánica 3/2021).

1. Datos generales de la Ley

- **Nombre completo**: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- **Número identificador**: Ley Orgánica 3/2021.
- **Fecha de promulgación**: 24 de marzo de 2021.
- **Autoridad que la promulgó**: Cortes Generales y el Rey de España (Felipe VI).
- **Ámbito de aplicación**: Todo el territorio español, incluyendo instituciones públicas y privadas.

2. Requisitos esenciales para solicitar la eutanasia

Según el Artículo 5, los requisitos para acceder a la prestación de ayuda para morir son:

- Ser mayor de edad, con nacionalidad española, residencia legal o permanencia superior a 12 meses en España.
- Capacidad y conciencia en el momento de la solicitud.

- Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante, que provoque sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.
- Haber formulado dos solicitudes por escrito, con al menos 15 días naturales de diferencia.
- Contar con consentimiento informado, documentado, libre y consciente.
- En casos de incapacidad, se puede actuar conforme a documento de instrucciones previas, testamento vital o documento equivalente (Art. 5.2).

3. Procedimiento paso a paso (Artículos 8 y ss.)

Etapas principales:

1. **Primera solicitud** escrita y firmada.
2. **Proceso deliberativo** con el médico responsable, incluyendo información sobre diagnóstico, pronóstico y cuidados paliativos.
3. **Segunda solicitud** (mínimo 15 días después de la primera).
4. **Evaluación por médico consultor independiente** (máx. 10 días desde segunda solicitud).
5. **Revisión previa por la Comisión de Garantía y Evaluación** (Art. 10), para verificar el cumplimiento de requisitos.
6. **Decisión de la Comisión** (máx. 7 días desde comunicación).
7. **Realización de la eutanasia**, en modalidad elegida (administración directa o autoadministración con apoyo médico).
8. **Comunicación a la Comisión** tras la ejecución del procedimiento, en máximo 5 días (Art. 12).

4. Plazos legales específicos (Artículos 8, 10 y 12)

- **Mínimo entre solicitudes**: 15 días (salvo urgencia médica).
- **Evaluación por médico consultor**: máximo 10 días desde segunda solicitud.
- **Informe a Comisión**: dentro de 3 días hábiles desde informe del consultor.
- **Resolución de la Comisión**: máximo 7 días naturales.
- **Comunicación final**: 5 días hábiles tras la eutanasia.

5. Obligaciones y derechos del médico tratante (Artículos 4, 8, 9 y 16)

- Confirmar el cumplimiento de requisitos legales.
- Guiar el proceso deliberativo, proporcionando información veraz y completa.
- Consultar a un médico independiente.
- Documentar en la historia clínica todo el procedimiento.
- Derecho a objeción de conciencia previa inscripción en el registro correspondiente (Art. 16).
- Garantizar la coordinación con el equipo asistencial y familiares si el paciente lo desea.

6. Participación de otros profesionales

- Médico consultor independiente (Art. 3.e).
- Profesionales de enfermería.
- Comisiones de Garantía y Evaluación (Art. 17), compuestas por médicos, enfermeros y juristas.
- Persona de confianza o representante legal (Art. 3.g).
- Equipos de cuidados paliativos y asistencia domiciliaria cuando sea requerido.

7. Garantías y salvaguardas éticas (Art. 3, 5, 8, 10, 16)

- Consentimiento informado, libre y reiterado.
- Evaluación independiente y revisión previa por la Comisión.
- Derecho a revocar o aplazar la solicitud en cualquier momento.
- Registro oficial de objeción de conciencia, garantizando tanto el derecho del paciente como del profesional.
- Muerte considerada natural a efectos legales y de seguros (Disposición adicional primera).
- Protección de la intimidad y confidencialidad (Art. 15).

8. Órganos de control, supervisión y seguimiento

- Comisiones de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma, Ceuta y Melilla (Art. 17).
- Ministerio de Sanidad, como órgano coordinador nacional.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para elaboración de protocolos.
- Informe anual público sobre aplicación de la ley (Disposición adicional tercera).

9. Sanciones y régimen disciplinario

- Régimen sancionador conforme a la Ley General de Sanidad (Disposición adicional segunda).
- Responsabilidad penal, civil y profesional por incumplimiento (Art. 18 y disposición final).
- Modificación del Código Penal (Art. 143) para eximir responsabilidad cuando se cumpla la ley (Disposición final primera).

10. Aspectos especiales y relevantes

- Regulación tanto de eutanasia activa como suicidio asistido (Art. 3.g).
- Permite solicitud anticipada mediante testamento vital o instrucciones previas (Art. 5.2).
- Cobertura garantizada como prestación del Sistema Nacional de Salud (Art. 13).
- Regulación clara de objeción de conciencia, con registro específico (Art. 16).
- Inclusión de personas con discapacidad, garantizando accesibilidad (Art. 4.3 y Disposición adicional cuarta).
- Reconocimiento del derecho a la intimidad, dignidad y autonomía (Preámbulo y Art. 15).

11. Innovaciones y mecanismos únicos

- Sistema completo de control previo y posterior mediante Comisiones.
- Modalidad doble de eutanasia: administración directa o autoadministración asistida.
- Derecho explícito a la información y deliberación constante, garantizando decisión madura y autónoma.
- Incorporación como derecho subjetivo y garantizado públicamente, sin discriminación (Art. 13 y 14).
- Creación de un registro nacional de objetores de conciencia, asegurando equilibrio entre derechos del paciente y profesionales (Art. 16).

La Ley Orgánica 3/2021 es una de las normativas más completas en el contexto europeo sobre eutanasia, al integrar un proceso robusto y garantista, con múltiples niveles

de revisión y control, respetando la autonomía y dignidad del paciente, y equilibrando los derechos de los profesionales de salud. Además, establece mecanismos claros para asegurar la aplicación efectiva del derecho a morir dignamente, amparado en la Constitución Española y los valores de libertad, dignidad y autonomía personal.

Ley de Eutanasia Nueva Zelanda (2021)

La “End of Life Choice Act 2019”, vigente desde el 7 de noviembre de 2021, representa la regulación oficial de la eutanasia en Nueva Zelanda, conocida en este país como "muerte asistida" (assisted dying). Se trata de una de las leyes más recientes y estructuradas a nivel internacional sobre el derecho a morir dignamente, aprobada tras un referéndum vinculante en octubre de 2020, en el que más del 65% de la población votante respaldó su entrada en vigor.

Su aprobación vino precedida de intensos debates sociales, éticos y jurídicos, y establece un marco legal detallado que regula tanto las condiciones bajo las cuales se puede solicitar la muerte asistida como las obligaciones de los profesionales de la salud involucrados en el proceso.

Este análisis busca explicar de manera clara y profunda los principales elementos de la ley, citando directamente los artículos pertinentes, a fin de ofrecer una comprensión completa y útil para el desarrollo del marco teórico sobre el derecho a morir con dignidad en Costa Rica.

1. Datos Generales

- **Nombre completo de la ley**: End of Life Choice Act 2019.
- **Código identificador**: End of Life Choice Act 2019 (Nueva Zelanda).
- **Fecha de aprobación**: Aprobada por el **Parlamento de Nueva Zelanda** y ratificada mediante **referéndum nacional** en octubre de 2020.

- **Entrada en vigor**: 7 de noviembre de 2021.
- **Ámbito de aplicación**: **Nacional**, aplicable en todo el territorio de Nueva Zelanda, tanto en instituciones públicas como privadas, incluyendo hospitales y domicilios (Art. 4 y 5).

2. Requisitos esenciales para solicitar la muerte asistida (Art. 5)

Según lo dispuesto en la Sección 5 de la Ley, una persona puede acceder a la muerte asistida si cumple con todos los siguientes requisitos:

- Edad mínima de 18 años.
- Ciudadanía o residencia permanente en Nueva Zelanda.
- Sufrir una enfermedad terminal que probablemente cause la muerte en un plazo de seis meses.
- Sufrir un deterioro avanzado e irreversible de la capacidad física.
- Experimentar un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado de manera tolerable.
- Tener capacidad mental para tomar una decisión informada sobre su muerte asistida.

3. Procedimiento paso a paso (Arts. 8 al 21)

La ley establece un procedimiento detallado, distribuido a lo largo de varios artículos:

1 Solicitud formal del paciente al médico tratante (Art. 8).

2 Primera evaluación médica por el médico tratante, quien debe informar al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico, opciones disponibles, incluidos los cuidados paliativos, y consecuencias de la muerte asistida (Art. 9).

3 Segunda evaluación médica independiente por otro médico que confirme el cumplimiento de los criterios legales (Art. 10).

4 Si alguno de los médicos tiene dudas sobre la capacidad mental del paciente, debe consultar a un psiquiatra, quien evaluará específicamente la capacidad de decisión (Art. 11).

5 Ratificación del deseo de morir asistidamente mediante solicitudes reiteradas (mínimo dos ocasiones), para asegurar que la decisión es firme (Art. 12).

6 Coordinación de los detalles del procedimiento: método de administración (puede ser por el médico o autoadministrado por el paciente, siempre con presencia médica) (Art. 13, 14).

7 Notificación al Director General de Salud antes de proceder, y posterior informe completo de todo el proceso (Art. 21).

4. Derechos y obligaciones de los profesionales de salud (Arts. 24 al 27)

La ley detalla las responsabilidades de los médicos y otros profesionales involucrados:

- Evaluar rigurosamente todos los requisitos legales antes de proceder (Art. 24).
- Explicar todas las alternativas posibles al paciente, incluyendo cuidados paliativos (Art. 9).
- Documentar todo el proceso en la historia clínica (Art. 23).
- Reportar obligatoriamente cada caso al Ministerio de Salud (Art. 21).
- Derecho a objeción de conciencia (Art. 25), pero con la obligación de referir al paciente a otro médico dispuesto a asistirlo.

5. Salvaguardas y garantías éticas (Arts. 4, 5, 8, 9, 11, 20, 21)

La ley contempla múltiples salvaguardas para evitar abusos:

- Solicitud voluntaria, consciente e informada, sin presiones (Art. 8).
- Evaluaciones independientes por dos médicos (Art. 9 y 10).

- Evaluación psiquiátrica obligatoria cuando exista duda sobre la capacidad mental (Art. 11).
- Prohibición expresa de proceder si el paciente es objeto de presión o coacción (Art. 20).
- Registro completo del proceso y revisión posterior (Art. 21).
- Supervisión y evaluación continua del sistema por el Ministerio de Salud (Art. 25).

6. Órganos de control y supervisión (Arts. 21, 25, 28)

- **Director General de Salud**: encargado de recibir los reportes y verificar el cumplimiento de la ley (Art. 21).
- **Ministerio de Salud de Nueva Zelanda**: responsable del seguimiento, control y publicación de informes anuales (Art. 25).
- **Comité de Revisión** (establecido por Art. 28): evalúa la aplicación de la ley y propone reformas o actualizaciones periódicas.

7. Sanciones por incumplimiento (Art. 26)

- Sanciones penales y administrativas por incumplimiento del proceso o falsificación de informes.
- Pérdida de licencia médica o inhabilitación profesional.
- Posibilidad de investigación formal por el Ministerio de Salud.

8. Aspectos especiales e innovadores (Arts. 8, 9, 25, 28)

- Ley ratificada por referéndum, con respaldo popular mayoritario.
- Permite autoadministración del medicamento letal bajo supervisión médica (Art. 14).

- Incluye tanto administración directa como autoadministración supervisada (Art. 14).
- Exclusión expresa de personas con enfermedad mental como única condición médica (Art. 5).
- Revisión periódica de la ley (Art. 28).
- Garantiza confidencialidad y protección de datos personales (Art. 21).

La "End of Life Choice Act 2019" de Nueva Zelanda constituye un modelo altamente garantista, controlado y respetuoso de la autonomía del paciente. Su aprobación por medio de referéndum otorga un respaldo democrático directo, y sus controles rigurosos, desde las evaluaciones médicas hasta los mecanismos de supervisión estatal, representan una referencia fundamental para los países que, como Costa Rica, debaten el reconocimiento del derecho a morir dignamente.

Ley de Eutanasia Portugal (2023)

Portugal aprobó mediante la Ley n.º 22/2023, del 25 de mayo, una de las regulaciones más recientes y completas en Europa sobre la muerte médicamente asistida, incluyendo tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Esta normativa marca un hito en la legislación portuguesa al reconocer el derecho de las personas a decidir sobre el final de su vida en situaciones de sufrimiento extremo derivado de enfermedades incurables o lesiones irreversibles.

A continuación, se presenta un análisis detallado de sus elementos esenciales y de los artículos más relevantes, siguiendo el modelo de análisis comparado que ha guiado esta investigación.

1. Datos Generales de la Ley

- **Nombre completo:** Ley n.º 22/2023, de 25 de mayo, que regula las condiciones en las que la muerte médicamente asistida no es punible y modifica el Código Penal.
- **Código identificador:** Ley n.º 22/2023.
- **Fecha de promulgación:** Aprobada el 16 de mayo de 2023; publicada el 25 de mayo de 2023.
- **Autoridad:** Asamblea de la República de Portugal, ratificada por el Presidente de la República.
- **Ámbito de aplicación:** Nacional, aplicable en todo el territorio de Portugal, tanto en servicios públicos como privados.

2. Requisitos esenciales para solicitar la muerte médicamente asistida

- Persona mayor de edad, nacional o residente legal en Portugal (Art. 3.2).
- Voluntad actual, seria, libre, reiterada e informada (Art. 3.1).
- Situación de sufrimiento de gran intensidad, derivada de:
  - Enfermedad grave e incurable.
  - Lesión permanente de extrema gravedad (Art. 3.3).
- Capacidad para expresar conscientemente la decisión (Art. 3.1).
- Derecho a revocar la solicitud en cualquier momento (Art. 12.1).
- Acceso garantizado a cuidados paliativos y seguimiento psicológico durante todo el proceso (Art. 4.6 y 4.7).

3. Procedimiento paso a paso

1 Solicitud formal escrita, fechada y firmada por el paciente o por persona de confianza (Art. 4.1-2).

2 Evaluación por médico supervisor (Art. 5), quien emite dictamen en 20 días hábiles.

3 Evaluación por médico especialista en la patología, con informe en 15 días hábiles (Art. 6).

4 En caso de duda sobre la capacidad del paciente, evaluación por psiquiatra (15 días hábiles) (Art. 7).

5 Revisión por la Comisión de Verificación y Evaluación (CVA) en 5 días hábiles (Art. 8).

6 Confirmación final de la voluntad del paciente y planificación del procedimiento (Art. 9).

7 Ejecución del procedimiento, por suicidio asistido o eutanasia (Art. 9.2 y 10).

8 Supervisión y reporte a la Inspección General de Actividades Sanitarias (IGAS) (Art. 9.4).

4. Plazos legales

- Informe médico supervisor: 20 días hábiles (Art. 5).
- Dictamen médico especialista: 15 días hábiles (Art. 6).
- Dictamen psiquiatra (si procede): 15 días hábiles (Art. 7).
- Revisión de la CVA: 5 días hábiles (Art. 8).
- Informe final del médico supervisor: 15 días hábiles tras ejecución o cancelación (Art. 17).
- Plazo mínimo total: 2 meses desde solicitud hasta ejecución (Art. 4.5).

5. Obligaciones y derechos del médico supervisor

- Verificar requisitos (Art. 5.1).
- Proveer información completa y explicar alternativas (Art. 5.1).

- Coordinar el proceso (Art. 4.2).
- Documentar todo en el Registro Clínico Especial (RCE) (Art. 16).
- Derecho a objeción de conciencia, mediante declaración escrita (Art. 21).
- Garantizar confidencialidad y acompañamiento emocional (Art. 19, 20).

6. Participación de otros profesionales

- Médico especialista en la patología (Art. 6).
- Psiquiatra si hay dudas de capacidad (Art. 7).
- Psicólogo clínico para apoyo (Art. 4.7-8).
- Comisión de Verificación y Evaluación (CVA) (Art. 24-25).
- IGAS, como órgano supervisor (Art. 23).
- Enfermeros (Art. 18).
- Persona de confianza del paciente (Art. 11).

7. Garantías éticas y legales

- Voluntad libre, reiterada y documentada (Art. 3, 4).
- Doble evaluación médica independiente (Art. 5-6).
- Evaluación psiquiátrica cuando proceda (Art. 7).
- Derecho a revocar la solicitud (Art. 12).
- Control previo por la CVA (Art. 8).
- Objeción de conciencia permitida (Art. 21).
- Protección de datos y confidencialidad (Art. 20).
- Registro completo y seguro de todo el procedimiento (Art. 16).

8. Órganos de control y supervisión

- **Comisión de Verificación y Evaluación (CVA):** integrada por juristas, médicos, enfermeros y bioéticos (Art. 25).
- **IGAS:** supervisión de procedimientos (Art. 23).
- Asamblea de la República: recibe informes anuales (Art. 27).

9. Sanciones por incumplimiento

- Cancelación inmediata del procedimiento (Art. 23.2).
- Remisión al Ministerio Público y colegios profesionales (Art. 26.3).
- Responsabilidad penal, civil y disciplinaria por incumplimientos (Art. 28).
- Protección contra sanción disciplinaria si se actúa conforme a la ley (Art. 22).

10. Observaciones especiales

- Regula eutanasia activa y suicidio asistido (Art. 3.4-5).
- Suicidio asistido es preferente; eutanasia si el paciente está incapacitado (Art. 3.5).
- Derecho a elección del lugar del procedimiento (Art. 13).
- Seguimiento psicológico obligatorio, salvo renuncia (Art. 4.9).
- Registro clínico especial obligatorio (RCE) (Art. 16).
- Revocación posible en cualquier momento (Art. 12).
- Muerte considerada natural a efectos legales (Art. 29).
- Seguros de vida no pueden excluir cobertura por muerte asistida (Art. 29.1).

11. Aspectos innovadores

- Primer modelo en Portugal que combina eutanasia y suicidio asistido.
- Comisión independiente (CVA) como garante del proceso.
- Reconocimiento expreso del derecho a objeción de conciencia (Art. 21).

- Inclusión de seguimiento psicológico obligatorio.
- Procedimiento completamente documentado en el RCE (Art. 16).
- Reportes obligatorios al Parlamento, garantizando transparencia (Art. 27).
- Mecanismo de revisión y suspensión por irregularidades a cargo del IGAS (Art. 23).
- Amparo legal en materia de seguros y sucesiones, protegiendo derechos del paciente (Art. 29).

La Ley n.º 22/2023 refleja un modelo avanzado y estructurado, con fuertes garantías legales, médicas y éticas, cuyo equilibrio entre autonomía, protección y supervisión la posiciona como un referente actual en Europa.

Ley de Eutanasia Ecuador (2024)

Ecuador se convierte en el segundo país de América Latina, junto a Colombia, en regular formalmente la eutanasia mediante un Acuerdo Ministerial N.º 00059-2024, expedido por el Ministerio de Salud Pública el 12 de abril de 2024. Esta normativa surge como respuesta obligatoria a la Sentencia N.º 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional, que reconoció el derecho a una muerte digna en casos de sufrimiento extremo, y establece el procedimiento para la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria.

La normativa, de carácter transitorio hasta la emisión de una ley específica, integra criterios médicos, bioéticos y jurídicos que garantizan el respeto a la dignidad humana y a la autonomía del paciente. A continuación, se detalla su contenido esencial, incluyendo los aspectos más relevantes recogidos en sus artículos.

1. Datos Generales de la Norma

- **Nombre completo:** Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria.
- **Código identificador:** Acuerdo Ministerial N.º 00059-2024.
- **Fecha de promulgación:** 12 de abril de 2024.
- **Autoridad:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador, conforme a la Sentencia N.º 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional.
- **Ámbito de aplicación:** Nacional, en todo el territorio de Ecuador, de cumplimiento obligatorio para profesionales de la salud, instituciones del Sistema Nacional de Salud, ciudadanos ecuatorianos y residentes permanentes.

2. Requisitos esenciales para solicitar la eutanasia

Para la Eutanasia Activa Voluntaria (Art. 4 y 5):

- Persona mayor de edad, ecuatoriana o residente permanente.
- Plena capacidad mental y legal al momento de la solicitud.
- Voluntad seria, libre, informada, persistente y documentada.
- Informe médico definitivo que diagnostique enfermedad o lesión irreversible.
- Informe psicológico clínico, evaluando capacidad de decisión (Art. 5.5).
- Informe psiquiátrico para descartar desórdenes psíquicos (Art. 5.6).
- Informe socioeconómico de trabajador social (Art. 5.7).
- Posibilidad de ratificar o revocar la solicitud en cualquier momento (Art. 8).

Para la Eutanasia Activa Avoluntaria (Art. 6):

- Documento de voluntades anticipadas o testamento vital notariado.
- Copia de decisión judicial que respalde la representación legal en caso de incapacidad del paciente.

3. Procedimiento paso a paso

1 Presentación formal de la solicitud por el paciente o representante legal (Art. 4 y 6).

2 Revisión inicial por la Secretaría Técnica de la institución de salud (Art. 7).

3 Conformación del Comité Interdisciplinario, responsable de analizar la solicitud y emitir resolución motivada en 10 días (Art. 7.3).

4 Notificación al paciente o representante legal sobre la decisión (Art. 8).

5 Ratificación o revocación de la solicitud (Art. 8).

6 Planificación del procedimiento, asegurando respeto y dignidad (Art. 9).

7 Ejecución de la eutanasia bajo protocolos internacionales, por un equipo designado (Art. 9.3).

8 Notificación oficial del procedimiento a la Secretaría Técnica en un plazo de 5 días (Art. 9.5).

4. Plazos establecidos por la normativa

- Resolución del Comité Interdisciplinario: 10 días desde recepción de la solicitud (Art. 7.3).
- Vigencia de la resolución: 10 días desde notificación (Art. 7.4).
- Notificación del procedimiento a Secretaría Técnica: 5 días posteriores a la práctica de la eutanasia (Art. 9.5).

5. Derechos y obligaciones del médico tratante

- Informar al paciente sobre diagnóstico, alternativas y cuidados paliativos (Art. 4.2).
- Integrar y colaborar con el Comité Interdisciplinario (Art. 7.2).

- Objeción de conciencia garantizada, mediante notificación escrita y obligación de derivar al paciente a otro profesional (Art. 10).
- Documentar todo el procedimiento y garantizar la confidencialidad (Art. 9.4 y 10.2).

6. Participación de otros profesionales

- Comité Interdisciplinario, compuesto por (Art. 7.1):
  - Tres médicos especialistas.
  - Psicólogo clínico.
  - Psiquiatra.
  - Bioeticista.
  - Abogado.
  - Trabajador social.
  - Representante de sociedad civil del Comité de Ética Asistencial.
- Secretaría Técnica de la Red Pública Integral de Salud (Art. 7.2).
- Ministerio de Salud Pública, como ente rector y supervisor (Art. 12).

7. Garantías éticas y legales

- Consentimiento informado y documentado (Art. 4 y 6).
- Evaluaciones multidisciplinarias para garantizar capacidad y voluntariedad (Art. 5).
- Derecho a revocar la solicitud en cualquier momento (Art. 8.3).
- Objeción de conciencia para profesionales (Art. 10.1).
- Consideración de la muerte como natural, conforme Sentencia 67-23-IN/24 (Art. 12).

- Protección de la intimidad y confidencialidad de todos los involucrados (Art. 10.2).

8. Órganos de control y supervisión

- Comité Interdisciplinario (Art. 7.1).
- Secretaría Técnica de cada institución (Art. 7.2).
- Ministerio de Salud Pública, como autoridad nacional (Art. 12).

9. Sanciones por incumplimiento

- Responsabilidades legales, éticas y administrativas (Art. 11).
- Remisión al Ministerio de Salud y autoridades competentes en casos de irregularidades (Art. 11.2).

10. Observaciones especiales

- Primera regulación formal y temporal de la eutanasia en Ecuador, hasta la aprobación de una ley específica (Art. 12.1).
- Aplicación de protocolos internacionales vigentes mientras se elabora normativa nacional (Art. 12.2).
- Reconocimiento explícito de la eutanasia avoluntaria, bajo estrictas garantías (Art. 6).

11. Aspectos innovadores y relevantes

- Incorporación del concepto de eutanasia avoluntaria, respaldada por documento notarial o decisión judicial (Art. 6).
- Comité Interdisciplinario como órgano colegiado y plural, asegurando una revisión integral.

- Reconocimiento explícito de objeción de conciencia, protegiendo al profesional pero sin negar el derecho del paciente (Art. 10).
- Proceso de ratificación o revocación, garantizando la autonomía del paciente hasta el final (Art. 8.3).
- Muerte por eutanasia reconocida como muerte natural, protegiendo derechos legales y patrimoniales del paciente (Art. 12.3).
- Garantía de acompañamiento emocional y respeto a la dignidad durante todo el proceso (Art. 9.1).

Este reglamento, aunque transitorio, establece un modelo claro, garantista y humanizado para la práctica de la eutanasia en Ecuador, combinando una mirada ética, médica, psicológica y jurídica. Su implementación marca un avance histórico en la región y ofrece un punto de referencia importante para el diseño futuro de una ley específica.

Tras el exhaustivo recorrido por los principales fundamentos conceptuales, jurídicos, éticos y sociales que sustentan el debate sobre el derecho a morir dignamente, así como el análisis detallado del Proyecto de Ley N.º 21.383 de Costa Rica y la revisión comparada de los modelos internacionales vigentes en materia de eutanasia, es posible afirmar que la discusión sobre la regulación de la eutanasia no solo responde a una necesidad jurídica, sino también a un imperativo ético y social profundamente arraigado en los valores de dignidad, autonomía y libertad personal.

El desarrollo de este marco teórico ha permitido comprender que, aunque existen diferencias importantes entre los sistemas jurídicos analizados, subyace una base común en la defensa de la dignidad humana como fundamento principal de la eutanasia, especialmente en situaciones de sufrimiento extremo y sin solución terapéutica. Asimismo, el recorrido por los conflictos bioéticos, bioderecho, objeción de conciencia y los desafíos que enfrentaría una eventual legislación en Costa Rica, permite concluir que, de aprobarse,

dicha normativa debería estar acompañada de un sólido andamiaje jurídico, ético y social que garantice el respeto a los derechos fundamentales de todas las personas involucradas.

Por tanto, habiendo establecido las bases teóricas y normativas esenciales para abordar el fenómeno de la eutanasia en el contexto costarricense, corresponde ahora adentrarse en el Marco Metodológico, espacio destinado a explicar el enfoque, diseño, técnicas y procedimientos que se emplearán para abordar la presente investigación. Este próximo apartado permitirá definir la ruta metodológica que guiará la búsqueda, análisis e interpretación de la información necesaria para responder la pregunta de investigación planteada y cumplir con los objetivos propuestos.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo describe la estrategia metodológica empleada para recolectar, analizar y presentar la información que sustenta esta propuesta de marco jurídico. Se enfoca en el análisis del Proyecto de Ley N° 21383, y en cómo la legislación comparada y la consulta a expertos pueden aportar un valor sustancial a la comprensión del derecho a finalizar la vida

de manera digna en Costa Rica. En este sentido, el marco metodológico se constituye en una sección fundamental para cualquier investigación jurídica, ya que expone los métodos y técnicas empleados para alcanzar los objetivos planteados en el estudio.

Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), una metodología detallada permite que el estudio pueda replicarse en condiciones similares, promoviendo la confiabilidad y validez de los resultados alcanzados.

Enfoque de la Investigación

El enfoque de la investigación constituye la perspectiva desde la cual el investigador examina el fenómeno de estudio, influenciado por el tipo de resultados que se espera obtener. Hernández Sampieri et al. (2014) clasifican los enfoques de investigación en cualitativo, cuantitativo y mixto, recomendando elegir el más adecuado en función de los objetivos de la investigación.

Para el presente trabajo, que se centra en una problemática de carácter social y jurídico, se ha optado por el enfoque cualitativo. Esto se motiva, dado su énfasis en la exploración profunda y contextual de un fenómeno complejo como la eutanasia en personas con enfermedades terminales en un país como Costa Rica, donde se debe determinar el ambiente cultural, ético, religioso, etc. Que se podrían ver vinculados a la investigación.

Enfoque Cualitativo

El presente estudio sigue un enfoque cualitativo, caracterizado por su capacidad para permitir una comprensión integral de fenómenos sociales complejos desde la perspectiva de los actores involucrados (Flick, 2018). En este caso, el enfoque cualitativo resulta idóneo, pues se orienta hacia la elaboración de un marco jurídico que permita tutelar el derecho a una muerte digna en Costa Rica, en el contexto específico de pacientes con enfermedades terminales y del análisis del Expediente N° 21383. Este enfoque permite

interpretar las percepciones, experiencias y conocimientos de los expertos en derecho constitucional, salud y bioética, los cuales son esenciales para proponer un marco normativo adaptado a la realidad costarricense.

Según Creswell y Poth (2018), la investigación cualitativa no solo busca describir fenómenos, sino que los analiza dentro de su contexto natural, lo cual es fundamental para un estudio que pretende abordar la eutanasia en el marco ético, cultural y legal de Costa Rica. Al emplear un enfoque cualitativo, el estudio se orienta hacia una comprensión profunda de las complejidades inherentes a este tema, permitiendo captar la diversidad de perspectivas y principios éticos en juego.

Este tipo de investigación permite integrar opiniones especializadas sobre la normativa de eutanasia en otros países, además de las experiencias y reflexiones de profesionales en el área, lo que enriquecerá la propuesta de un marco legal acorde a la idiosincrasia costarricense. Como indican Flick (2018) y Morse (2019), el enfoque cualitativo es particularmente útil en investigaciones donde se busca explorar la subjetividad y las múltiples interpretaciones de los sujetos involucrados, aspecto esencial para diseñar una normativa que respete la dignidad y derechos fundamentales en el ámbito del final de la vida.

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación constituye una etapa central en la elaboración de un estudio académico, ya que define el plan o estrategia mediante la cual se estructura la recolección, análisis e interpretación de los datos necesarios para alcanzar los objetivos de la presente investigación. Al ser un caso de tipo social y político, se recurrirá al enfoque de Sampieri et al (2014) con el fin de determinar el mejor diseño posible.

Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), el diseño de la investigación permite establecer un marco coherente y sistemático que guía el proceso

investigativo desde el planteamiento del problema hasta la formulación de conclusiones. Elegir el diseño adecuado es fundamental, pues determina la validez y la pertinencia de los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados y de la naturaleza del fenómeno de estudio.

De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2014), los diseños de investigación se dividen en varias categorías que responden a distintos tipos de objetivos, enfoques y naturaleza de los fenómenos investigados. A continuación, se presentan los principales tipos de diseño de investigación:

1 **Diseño Experimental**

El diseño experimental busca establecer relaciones causales entre variables mediante el control y la manipulación de una o más variables independientes, evaluando su efecto en una o más variables dependientes. Es característico de estudios en los que el investigador puede intervenir activamente en el ambiente, alterando ciertas condiciones para observar los cambios resultantes. Este diseño es común en ciencias naturales y sociales, donde los experimentos permiten probar hipótesis causales de forma controlada, y suele emplearse en entornos cerrados como laboratorios o simulaciones controladas.

2 **Diseño Cuasiexperimental**

Este tipo de diseño también busca examinar relaciones causales, pero a diferencia del diseño experimental, el investigador no tiene control completo sobre las variables, especialmente en lo relativo a la asignación aleatoria de los sujetos al tratamiento. Los diseños cuasi experimentales son aplicables en estudios donde el control absoluto es impracticable o éticamente cuestionable. En la investigación social, se usa cuando se investiga sobre grupos

específicos a los que no se puede asignar aleatoriamente, como en estudios de intervención educativa o programas de salud.

3 **Diseño No Experimental**

En el diseño no experimental, el investigador no manipula las variables ni asigna los sujetos a distintos grupos. Se limita a observar y registrar fenómenos en su contexto natural, sin intentar modificar los elementos estudiados. Este diseño permite estudiar fenómenos de interés tal como ocurren en la realidad, lo que lo hace especialmente adecuado para investigaciones descriptivas, exploratorias y correlacionales en contextos naturales.

- **Diseño Transversal o de Corte Transversal**: Este tipo de diseño no experimental recolecta datos en un solo momento en el tiempo, permitiendo analizar y describir el fenómeno de estudio en un punto específico. Es útil para conocer las características o la frecuencia de un fenómeno en un momento dado. Por ejemplo, los estudios de prevalencia en temas de salud o de comportamiento social en poblaciones específicas son frecuentemente transversales.
- **Diseño Longitudinal**: En contraste con el diseño transversal, el diseño longitudinal recolecta datos a lo largo de un período determinado, permitiendo observar y analizar el cambio en las variables estudiadas a través del tiempo. Es común en estudios de desarrollo o seguimiento, como los estudios de cohortes en medicina o investigaciones sobre evolución de políticas públicas.

4 **Diseño Fenomenológico**

El diseño fenomenológico, dentro de los enfoques cualitativos, se enfoca en comprender la esencia de las experiencias vividas por los sujetos en relación

con un fenómeno particular. Según Hernández Sampieri et al. (2014), este diseño permite analizar profundamente las percepciones y vivencias de los participantes, proporcionando una interpretación rica y contextual de su realidad. En la investigación fenomenológica, el investigador no busca generalizar los resultados, sino comprender las perspectivas únicas de los sujetos de estudio en torno al fenómeno investigado.

5 **Diseño Etnográfico**

Este diseño cualitativo está orientado a comprender los patrones culturales, comportamientos y normas de un grupo social determinado. Mediante una inmersión prolongada en el contexto de estudio, el investigador puede recoger datos a través de la observación participante y entrevistas en profundidad, obteniendo una visión detallada de las prácticas y valores del grupo. Es común en investigaciones antropológicas y sociológicas que buscan analizar comunidades específicas.

6 Diseño de Teoría Fundamentada (Grounded Theory)

La teoría fundamentada es un diseño cualitativo que tiene como objetivo desarrollar teorías que emergen a partir de los datos recolectados, en lugar de partir de hipótesis o teorías preexistentes. Según Sampieri et al. (2014), el investigador recolecta y analiza datos de manera sistemática hasta alcanzar una comprensión teórica sólida de los fenómenos de interés, lo que hace a este diseño idóneo para áreas de estudio poco exploradas o novedosas.

Selección del Diseño de Investigación: Diseño Fenomenológico

Para la presente investigación, se ha seleccionado el diseño fenomenológico como el más adecuado. Este diseño es particularmente pertinente, ya que permite explorar y comprender profundamente las experiencias, perspectivas y valores de los individuos directamente involucrados en el tema de la eutanasia, especialmente aquellos relacionados con el sufrimiento de pacientes terminales y la toma de decisiones al final de la vida.

Dado que esta investigación busca proponer recomendaciones para un marco jurídico que regule la eutanasia en Costa Rica, es esencial captar las experiencias y percepciones de expertos en derecho, salud y bioética sobre el derecho a morir dignamente, en un contexto donde el tema genera gran debate ético y cultural.

El diseño fenomenológico permite al investigador acceder a las vivencias y reflexiones de estos expertos, promoviendo una comprensión detallada y respetuosa de las distintas posturas y experiencias relacionadas con la eutanasia. Según Hernández Sampieri et al. (2014), este diseño proporciona una metodología ideal para estudios en los que el objetivo es analizar las perspectivas subjetivas de los participantes y lograr una interpretación significativa de sus experiencias.

En conclusión, la elección del diseño fenomenológico resulta coherente con los objetivos de esta tesis, pues facilita un abordaje interpretativo que busca entender la esencia y el impacto del derecho a morir dignamente en el marco cultural y legal costarricense, aportando una visión enriquecida y contextualizada de este fenómeno.

Enfoque de fenomenología descriptiva.

Como ya se ha determinado, en el contexto de una investigación cualitativa, el diseño fenomenológico tiene como objetivo principal explorar y describir las experiencias vividas y las percepciones de los individuos frente a un fenómeno específico, buscando comprender la esencia de dichas vivencias. Tal cual e indican Hernández Sampieri,

Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), el diseño fenomenológico es particularmente adecuado para estudios en los que se pretende capturar las perspectivas individuales de los sujetos, en este caso, expertos en áreas relacionadas con el derecho a morir dignamente, sin que se pretenda intervenir o manipular el fenómeno investigado.

Aunque Hernández Sampieri et al. no establecen una clasificación estricta para el diseño fenomenológico, el enfoque fenomenológico puede dividirse principalmente en dos variantes según la naturaleza de la interpretación y el grado de intervención del investigador (Hernández Sampieri et al., 2014):

1. **Fenomenología Descriptiva:** Este enfoque fenomenológico se centra en documentar las experiencias vividas de los individuos en su estado más puro, sin realizar interpretaciones adicionales o imponer significados externos. La fenomenología descriptiva busca brindar una descripción detallada y objetiva de las experiencias de los sujetos, proporcionando una visión genuina de sus percepciones y vivencias. Este tipo de diseño es adecuado cuando se estudian áreas que el investigador no pretende interpretar o intervenir, sino documentar desde la perspectiva de quienes experimentan el fenómeno. Para Hernández Sampieri et al., la fenomenología descriptiva es valiosa en temas en los que la visión de los participantes es esencial para obtener una comprensión profunda y genuina de sus experiencias.
2. **Fenomenología Hermenéutica:** La fenomenología hermenéutica, a diferencia de la descriptiva, se orienta no solo a la descripción de las experiencias, sino también a su interpretación. Este enfoque, influido por autores como Heidegger, permite al investigador analizar y extraer significados profundos de las experiencias vividas, indagando en los elementos subyacentes que conforman la percepción del fenómeno en cuestión. Es una metodología enriquecedora en investigaciones donde el objetivo es comprender las dimensiones ocultas o

implícitas de las experiencias de los sujetos, estableciendo una relación estrecha entre el investigador y el fenómeno investigado.

Para esta investigación, se selecciona el enfoque de fenomenología descriptiva. La elección de este tipo de diseño se fundamenta en la necesidad de describir fielmente las experiencias y opiniones de expertos en salud y bioética respecto al derecho a morir dignamente, sin realizar interpretaciones subjetivas ni adentrarse en campos de conocimiento específicos que son ajenos al investigador.

La fenomenología descriptiva permite captar la perspectiva de médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud sobre el fenómeno de la eutanasia, enfocándose en cómo estos expertos perciben y valoran las necesidades y derechos de los pacientes en el contexto costarricense, en especial para aquellos en etapa terminal.

El enfoque descriptivo, tal como lo define Hernández Sampieri et al. (2014), se adapta a las características de esta investigación, dado que permite desarrollar un análisis detallado y respetuoso de las experiencias relatadas por los profesionales de la salud, complementando así el análisis legal y jurídico ya presente en el marco teórico de la tesis. La fenomenología descriptiva facilita la obtención de una visión objetiva de las perspectivas de los expertos en salud, esenciales para la construcción de un marco jurídico completo y equilibrado que considere tanto el aspecto legal como el enfoque humanista en el derecho a morir dignamente.

En conclusión, la fenomenología descriptiva resulta ser la elección más pertinente para esta investigación, pues permite presentar las vivencias y percepciones de los especialistas en salud sin imponer interpretaciones ajenas. Este diseño contribuirá a una comprensión más completa y fundamentada de la eutanasia, y será un aporte valioso para un marco jurídico que respete y considere los elementos médicos y bioéticos, junto a los valores culturales y normativos propios de Costa Rica.

Fuentes de Información

Las fuentes de información constituyen el pilar fundamental para desarrollar y sustentar cualquier estudio, aportando datos esenciales y el contexto necesario para profundizar en el tema. Para esta investigación se emplearán principalmente dos categorías de fuentes: primarias y secundarias.

- **Fuentes Primarias:** Estas fuentes ofrecen datos originales y de primera mano directamente vinculados al tema investigado. Son esenciales para la obtención de información confiable y sin intermediación, ya que provienen de expertos o son generadas por el investigador a través de observaciones y registros directos. Algunos ejemplos de fuentes primarias incluyen:
    - Artículos científicos de investigaciones originales
    - Entrevistas y encuestas realizadas específicamente para este estudio
    - Informes médicos y estadísticas clínicas relevantes
    - Datos de registros médicos y documentos oficiales relacionados con la práctica de cuidados paliativos

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), las fuentes primarias enriquecen la validez del estudio al ser documentos directos que reflejan el fenómeno investigado sin interpretaciones externas.

- **Fuentes Secundarias:** Son aquellas que recopilan, analizan o interpretan la información producida por las fuentes primarias. Aunque no ofrecen datos originales, permiten obtener una visión amplia sobre el estado del conocimiento en el área y proporcionan el contexto teórico y conceptual que facilita la interpretación de la información primaria. Ejemplos de fuentes secundarias incluyen:
    - Artículos de revisión y libros de texto.
    - Informes de políticas de salud y estudios previos sobre cuidados paliativos.

- Documentos y análisis legales que contextualizan el marco normativo sobre eutanasia y cuidados paliativos.

Estas fuentes serán cruciales para analizar antecedentes y principios fundamentales, identificando tendencias y debates en torno a la ética médica y los derechos de los pacientes en condiciones terminales.

Fuentes Primarias

Las fuentes primarias en este estudio serán esenciales para capturar perspectivas directas y experiencias específicas sobre la implementación de cuidados paliativos y su relación potencial con la eutanasia. Para ello, se emplearán los siguientes métodos:

1. **Entrevistas a Médicos Expertos Multidisciplinarios:** Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas dirigidas a cuatro destacados profesionales con reconocida trayectoria y experiencia en las áreas de Medicina Legal, Medicina General, Medicina Paliativa, Administración Hospitalaria y Trabajo Social, quienes aportaron una visión integral y humanista sobre la realidad costarricense, y que cuenten con al menos diez años de experiencia en cuidados paliativos y cargos de jefatura o supervisión médica. Estos expertos aportarán un conocimiento profundo sobre los protocolos actuales de atención a pacientes terminales y sus criterios profesionales respecto a la eutanasia ya sea desde el punto de vista metodológico o administrativo. Según Álvarez-Gayou (2003), las entrevistas cualitativas permiten acceder a una comprensión detallada de cómo los profesionales perciben y aplican sus conocimientos en situaciones específicas, en este caso, el cuidado de personas en etapa terminal y el respeto a la dignidad del paciente.
2. **Documentación Clínica y Protocolos de la CCSS:** Para complementar las entrevistas, se analizarán documentos internos y protocolos de la CCSS relacionados con el cuidado paliativo, incluyendo guías de atención y manuales de procedimientos. Estos documentos proporcionarán una base normativa para

interpretar las prácticas actuales en la atención a pacientes terminales y examinar su compatibilidad con una eventual implementación de eutanasia. Según Sierra Bravo (2002), el análisis documental permite estructurar adecuadamente las recomendaciones y fundamentar la propuesta de manera robusta y coherente.

Fuentes Secundarias

Para profundizar en el contexto teórico y en el marco jurídico aplicable a esta investigación, se utilizarán diversas fuentes secundarias, tales como:

1. **Literatura Académica en Bioética y Eutanasia:** Se revisarán artículos académicos y libros que aborden la bioética y el derecho a una muerte digna, con especial énfasis en los contextos latinoamericanos y europeos donde la eutanasia ha sido implementada bajo marcos regulatorios específicos. Estos estudios servirán como referencia para analizar los aspectos éticos y legales que respaldan o cuestionan la eutanasia. Carroll (2016) y González-Santos (2020) destacan que las prácticas en bioética deben adaptarse a los valores culturales y éticos de cada sociedad, lo cual fundamenta la importancia de emplear estudios comparativos.
2. **Normativas Nacionales e Internacionales en Salud y Derechos Humanos:** Se consultarán documentos oficiales como la Ley General de Salud de Costa Rica, así como los principios de organismos internacionales de derechos humanos. Estos documentos permitirán contextualizar la propuesta dentro de los lineamientos vigentes en el país, garantizando que las recomendaciones formuladas se ajusten a la normativa de salud y a las obligaciones éticas y legales.

Población de Estudio

La selección de la población de estudio es un aspecto crucial en cualquier investigación, ya que define el grupo de individuos cuyas experiencias, conocimientos y perspectivas enriquecerán el análisis y permitirán obtener hallazgos representativos del fenómeno estudiado (Sampieri, Collado y Lucio, 2014).

En el contexto de esta tesis, se seleccionaron profesionales especializados en medicina paliativa y/o con experiencia en gerencia médica en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución clave en la administración de cuidados de salud en Costa Rica. Los profesionales en esta área ofrecen un conocimiento técnico y clínico profundo, alineado con el enfoque imparcial y analítico que esta investigación exige.

En atención a los criterios anteriores, se seleccionaron cuatro expertos destacados por su amplia experiencia y autoridad en el campo:

- **Dr. Franz Vega Zúñiga**: Médico Legista, Bioeticista y abogado, con más de 35 años de experiencia, actual Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica, Director de la Cátedra de Ciencias Forenses de la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, miembro activo de comisiones de posgrado en Medicina Legal y Derecho Penal, y docente universitario con amplia trayectoria.
- **Dra. Skarleth García Ledezma:** Médica Especialista en Cuidados Paliativos para adultos y pacientes terminales, con 27 años de experiencia clínica directa, egresada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), actualmente a cargo de pacientes en etapa terminal dentro de la CCSS.
- **Dra. Melissa Mendoza Corrales:** Directora Médica del Hospital San Juan de Dios, con formación en Medicina General y Maestría en Administración de Centros Hospitalarios, 12 años de experiencia profesional en administración y atención médica en hospitales públicos.

- **Licda. Karen Valverde Fonseca:** Trabajadora Social de la CCSS, con 15 años de experiencia en atención primaria y hospitalaria, destacada en el acompañamiento social a personas y familias con enfermedades terminales, actualmente en funciones en el Hospital Calderón Guardia.

Justificación de la Población

La decisión de concentrarse en profesionales que laboran o han laborado directamente en el ámbito de los cuidados paliativos, o bien en áreas de gestión médico-administrativa dentro de la CCSS, responde a su cercanía con los procesos relacionados al final de la vida, a la toma de decisiones complejas sobre dignidad y sufrimiento, y a la atención directa de pacientes con enfermedades terminales. Estos profesionales han enfrentado casos reales que exigen balancear aspectos médicos, éticos, humanos y jurídicos, por lo que su perspectiva resulta insustituible para una discusión profunda y objetiva sobre la Eutanasia.

Cabe destacar que la eutanasia, como tema social y jurídico, ha generado amplios debates y divisiones en la opinión pública costarricense, similar a los casos de la fecundación in vitro y el matrimonio igualitario, ambos conocidos por haber requerido intervención directa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sin embargo, en tanto que la eutanasia constituye un tema que afecta a minorías específicas, su discusión debe estar liderada por profesionales que comprendan los alcances médicos y humanos del sufrimiento terminal, evitando posturas influenciadas por sesgos ideológicos, religiosos o políticos.

En consecuencia, se ha optado por una muestra deliberada de expertos en la materia, quienes además de tener un conocimiento técnico profundo, pueden abordar el tema desde una perspectiva humana, ética y médica, lejos de posturas extremas o ajenas a la realidad hospitalaria y social del país.

Criterios de selección

Para la selección de esta población experta se establecieron criterios específicos:

- **Experiencia Profesional:** Se eligieron médicos con más de 10 años de colegiatura y práctica en cuidados paliativos o gerencia médica en la CCSS, asegurando así un conocimiento consolidado en el manejo de enfermedades terminales y en la administración de decisiones médicas que implican sensibilidad ética y respeto a la dignidad del paciente.
- **Experiencia en el Sector Público:** La práctica en instituciones públicas asegura que los expertos comprendan el contexto de los servicios de salud costarricenses y puedan aportar información relevante sobre cómo una posible legislación de eutanasia se integraría en el sistema actual.
- **Conocimientos Técnicos en Cuidados Paliativos:** La especialización en cuidados paliativos asegura que estos profesionales estén familiarizados con intervenciones médicas destinadas a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en fases terminales, sin comprometer su objetividad frente a temas éticamente sensibles como la eutanasia (Patton, 2002).

Criterios de Exclusión

Para reducir el riesgo de sesgos y enfoques polarizados, se establecieron criterios de exclusión:

- **Ausencia de Experiencia en Cuidados Paliativos o Gerencia Médica:** Se excluirán aquellos médicos que no cuenten con experiencia directa en el manejo de pacientes terminales, o que no tengan experiencia administrativa gerencial en ámbito de medicina, ya que podrían carecer del conocimiento práctico necesario para evaluar el impacto de una posible regulación sobre la eutanasia.

- **Menos de 10 Años de Experiencia Profesional:** Profesionales con menos de una década de práctica en el área no serán considerados, dado que la trayectoria profesional mínima requerida es importante para una perspectiva sólida y sustentada en la práctica.
- **Otros tipos de opiniones profesionales o de creencias:** El marco teórico actual de la tesis cuenta con las experiencias jurisprudenciales y opiniones técnicas de ley, incluso posee secciones dedicadas a métricas de aceptación de la población, así como de gremios religiosos. Sin embargo, este es un tema de minorías, que debe de ser tratado por personas imparciales al tema, que tengan experiencia directa con casos reales.

Instrumento para la Recolección de Datos

El principal instrumento de recolección de datos en este estudio es la guía de entrevistas semiestructuradas. Este tipo de entrevistas facilita la obtención de datos detallados y permite al investigador explorar a fondo la perspectiva de cada participante.

Como señalan Hernández Sampieri y Mendoza (2014), las entrevistas semiestructuradas permiten establecer un marco básico que se adapta de manera flexible a las particularidades de cada conversación, lo cual es ideal para abordar temas complejos como la eutanasia y el derecho a una muerte digna. Además, este tipo de entrevistas ofrece la posibilidad de captar tanto los aspectos técnicos como las percepciones éticas de los participantes (Valles, 2019).

Contenido de la Guía de Entrevistas

La guía incluirá preguntas diseñadas para explorar en profundidad el marco jurídico y social en torno a la eutanasia y el derecho a una muerte digna en Costa Rica, partiendo del análisis del Proyecto de Ley N° 21383. Los temas se centrarán en las implicaciones

legales, constitucionales y éticas de la regulación de la eutanasia, así como en la viabilidad y los posibles impactos de su implementación en el país.

De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2018), la estructura de la entrevista debe facilitar que los participantes compartan sus perspectivas personales y profesionales, brindando un panorama integral de las oportunidades y desafíos que representa esta posible legislación.

Justificación del Uso de la Entrevista Semiestructurada

El uso de entrevistas semiestructuradas es particularmente adecuado para un tema tan sensible y multifacético como la eutanasia. Esta metodología permite captar no solo la información técnica o normativa, sino también las experiencias y valores éticos de los expertos y personas vinculadas a la medicina, el derecho y la bioética.

Además, la entrevista semiestructurada proporciona un espacio flexible en el que los entrevistados pueden reflexionar y abordar aspectos complejos y subjetivos (Valles, 2019). Este enfoque enriquecerá el proceso de recolección de datos, proporcionando una comprensión amplia del tema desde múltiples ángulos, contribuyendo a un análisis exhaustivo de la legislación y su contexto.

Recolección y Análisis de Datos

La recolección de datos implica la obtención de información relevante y confiable para responder a las preguntas de investigación. El análisis de datos es el proceso de examinar, limpiar y modelar los datos para descubrir información útil, llegar a conclusiones y apoyar la toma de decisiones. Hernández Sampieri et al. (2014) subrayan que este proceso debe ser riguroso y sistemático para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados.

Recolección de Datos

El proceso de recolección y análisis de datos busca garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos a través de un enfoque sistemático. De acuerdo con Hernández Sampieri y Mendoza (2018), el análisis debe seguir criterios rigurosos y estructurados que permitan organizar y sintetizar los datos para responder a las preguntas de investigación de manera precisa y exhaustiva.

Las entrevistas se llevarán a cabo en un entorno que se adapte a la disponibilidad y preferencias de los participantes, ya sea de manera presencial o virtual. Todas las entrevistas serán grabadas con el consentimiento expreso de los entrevistados para asegurar una transcripción fidedigna de la información o bien por el tiempo de los médicos por respuestas vía correo electrónico.

Además, se realizará una revisión documental exhaustiva de los marcos normativos y de jurisprudencia relevante en Costa Rica y otros países con legislaciones avanzadas sobre eutanasia y derecho a la muerte digna (Mendoza y Pérez, 2019). Esta revisión documental permitirá contrastar y complementar la información obtenida en las entrevistas, otorgando una mayor solidez al análisis del contexto costarricense.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se empleará el método de análisis de contenido cualitativo, una técnica recomendada para el estudio de fenómenos complejos que permite organizar la información mediante codificación y categorización. Este método es particularmente útil para identificar patrones y temas comunes en las respuestas de los entrevistados, lo cual facilita la interpretación de percepciones y experiencias relacionadas con la eutanasia y el derecho a una muerte digna (Martínez, 2020). Los datos se agruparán en categorías clave, tales como:

- Perspectivas sobre el marco normativo actual y el proyecto de ley N° 21383.

- Implicaciones éticas y sociales de regular la eutanasia en Costa Rica.
- Viabilidad y retos en la implementación de una ley de eutanasia.

Este enfoque permitirá una organización sistemática de los datos que refleje las posturas y consideraciones de los expertos en torno a la legislación sobre eutanasia y su posible impacto en la sociedad costarricense.

Procesamiento de Información

La recolección de datos se estructurará en tres etapas principales:

1. **Entrevistas:** Se realizarán entrevistas semiestructuradas con expertos en derecho, bioética y salud pública en Costa Rica, cada una con una duración aproximada de 60 a 80 minutos. El objetivo será obtener una perspectiva informada sobre el estado actual del marco legal en torno a la eutanasia, las implicaciones de su regulación y los retos asociados a su implementación en el contexto nacional.
2. **Revisión Documental:** Se llevará a cabo una revisión de documentos relevantes, que incluirá análisis legislativos, estudios de bioética y experiencias de países que ya han implementado regulaciones sobre el derecho a una muerte digna. Estos documentos serán fundamentales para complementar y contrastar la información obtenida en las entrevistas, asegurando un enfoque integral en el análisis de la viabilidad de una legislación en Costa Rica.
3. **Codificación y Categorización:** Los datos de las entrevistas y documentos serán sometidos a un proceso de codificación y categorización, permitiendo identificar patrones y temas recurrentes en la información recogida. Esta fase estructurada facilitará la organización y análisis de los datos, con el fin de formular conclusiones sobre la posible implementación de un marco jurídico que permita finalizar la vida

de forma digna en Costa Rica (Martínez, 2020; Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo desarrolla el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de entrevistas realizadas a cuatro expertos nacionales en las áreas de medicina, derecho y trabajo social, cuya experiencia y formación permiten una aproximación integral a los diversos aspectos abordados en esta investigación.

En atención a los objetivos específicos propuestos en el marco de la presente tesis, se diseñó una entrevista semi-estructurada que permitió profundizar en la percepción, conocimiento y valoración de los expertos sobre la viabilidad jurídica, médica, bioética y social de la eventual regulación de la eutanasia en Costa Rica, tomando como eje central el Proyecto de Ley N.º 21.383.

Cabe destacar que el perfil de los entrevistados fue seleccionado con base en criterios profesionales y académicos rigurosos, considerando su participación activa en áreas relacionadas con la atención directa de pacientes en fase terminal, la administración hospitalaria, los procesos legales y éticos vinculados a la muerte digna, y la atención social de poblaciones en situaciones complejas de salud. Entre ellos se encuentran, como ya se mencionó en el marco metodológico:

- Un médico forense y abogado, actual director de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, quien aporta una perspectiva jurídica y médica sobre los alcances del proyecto.
- Una médica paliativista, directora del Centro Nacional de Cuidados Paliativos y del Programa de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), con amplia experiencia en el manejo del sufrimiento al final de la vida.
- La directora médica del Hospital San Juan de Dios, cuya experiencia hospitalaria y conocimiento administrativo permiten valorar el impacto organizacional y clínico de una eventual ley de eutanasia.
- Una trabajadora social del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, experta en procesos de atención a pacientes en fase terminal y en la intervención social con familias.

Las entrevistas fueron diseñadas con preguntas abiertas, orientadas a explorar de manera profunda y reflexiva la opinión profesional de cada experto en relación con los

dilemas bioéticos, las implicaciones legales, el papel de los cuidados paliativos, los posibles conflictos institucionales, y la percepción social en torno a la eutanasia.

De esta forma, los hallazgos que se presentan a continuación se organizan en seis unidades analíticas, directamente vinculadas con los objetivos específicos de la investigación, y constituyen un insumo esencial para la formulación de conclusiones y recomendaciones pertinentes al contexto costarricense. A continuación se muestra la estructura principal del Análisis de Resultados y las preguntas que se realizaron a los expertos.

Unidades de Análisis, Categorías y Justificación sobre la Viabilidad Jurídica y Social de la Eutanasia en Costa Rica

Unidad de Análisis 1: Viabilidad del Proyecto de Ley N.° 21.383 en el Marco Jurídico Costarricense

Categoría 1.1: Análisis Jurídico del Expediente N.° 21.383 y Antecedentes Legislativos en Costa Rica

Se examinarán los elementos normativos del Proyecto de Ley N.° 21.383 y su compatibilidad con el marco constitucional costarricense, el Código Penal y la legislación de salud vigente. Se evaluará el concepto de "derecho a morir dignamente" a la luz de la jurisprudencia constitucional y del principio de inviolabilidad de la vida (artículo 21 de la Constitución Política de Costa Rica).

Justificación: El análisis normativo es esencial para determinar si el proyecto es jurídicamente viable. Según Ramírez Cleaves (2022), la constitucionalidad de la eutanasia en América Latina ha sido un tema de debate en cortes constitucionales como en Colombia y México. Es necesario examinar si el Expediente N.° 21.383 se alinea con precedentes legales costarricenses y las obligaciones internacionales de derechos humanos.

Categoría 1.2: Objeción de Conciencia y Aspectos Ético-Deontológicos en la Práctica Médica

Se explorará cómo el principio de objeción de conciencia influye en la implementación de la eutanasia. Se analizará el juramento hipocrático y su evolución en contextos modernos, comparándolo con las regulaciones actuales en Costa Rica y en sistemas como el español y el canadiense.

Justificación: La objeción de conciencia es un punto crítico en países donde la eutanasia ha sido legalizada. Según García y López (2021), en España, la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia exige la creación de registros de objetores, mientras que en Canadá se establecen protocolos específicos para la derivación de pacientes. Costa Rica carece de legislación sobre objeción de conciencia en el ámbito médico, lo que genera un vacío normativo que debe ser abordado.

Unidad de Análisis 2: Comparación con Modelos Internacionales y Aplicabilidad en Costa Rica

Categoría 2.1: Modelos Legislativos Internacionales sobre la Regulación de la Eutanasia

Se examinarán países con legislación sobre eutanasia, como Países Bajos, Bélgica, Canadá y España, para identificar similitudes y diferencias con el Expediente N.° 21.383. Se analizará cómo estas regulaciones han abordado temas de seguridad jurídica, control de abusos y límites éticos.

Justificación: El análisis comparativo es crucial para identificar elementos exitosos en otros sistemas jurídicos. Según Cohen-Almagor (2020), en los Países Bajos, la regulación detallada y los estrictos controles médicos han permitido evitar abusos. En

contraste, en Bélgica, ha habido controversia por casos de aplicación en menores de edad y personas con trastornos psiquiátricos. Evaluar estos aspectos permitirá identificar riesgos y oportunidades para Costa Rica.

Categoría 2.2: Percepción de los Profesionales de la Salud sobre la Eutanasia en Costa Rica

Se evaluarán las opiniones de médicos y personal de salud sobre la viabilidad y consecuencias de legalizar la eutanasia en Costa Rica. Se incluirá el impacto en su práctica profesional y la posibilidad de capacitación específica en bioética y cuidados paliativos.

Justificación: El rol de los médicos es central en la aplicación de la eutanasia. Según un estudio de Snijdewind et al. (2018), en los Países Bajos, un 85 % de los médicos experimenta dilemas morales en casos de eutanasia. En América Latina, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2022) indica que el acceso insuficiente a cuidados paliativos genera mayor apoyo a la eutanasia en algunas regiones. Evaluar la percepción del gremio médico costarricense permitirá entender sus preocupaciones y desafíos en la implementación.

Unidad de Análisis 3: Elementos para una Propuesta de Marco Jurídico en Costa Rica

Categoría 3.1: Elementos Normativos para una Legislación Costarricense sobre Eutanasia

Se establecerán principios jurídicos fundamentales para una eventual ley, considerando requisitos de acceso, control de abusos y supervisión estatal. Se analizarán mecanismos de certificación médica, comités de revisión y medidas para garantizar la voluntad libre e informada del paciente.

Justificación: Un marco legal debe incluir controles eficaces. Según Rodríguez-Pinzón (2021), en Canadá, se requiere que dos médicos independientes certifiquen el estado terminal del paciente. En España, existe una Comisión de Garantía y Evaluación

para supervisar casos. Incorporar estos elementos en Costa Rica reduciría riesgos de aplicación indebida y protegería la seguridad jurídica del paciente y los médicos.

Categoría 3.2: Implicaciones en la Formación Profesional y la Capacitación Médica

Se analizará la necesidad de integrar formación en bioética, derechos del paciente y cuidados paliativos en los programas de Medicina y Derecho en Costa Rica. Se evaluará cómo garantizar que los futuros médicos y abogados comprendan los alcances de la eutanasia desde un enfoque técnico y humanista.

Justificación: En países con eutanasia legal, la capacitación médica es obligatoria. En Bélgica, según Van Wesemael et al. (2019), el 80 % de los médicos han recibido formación en toma de decisiones al final de la vida. En Latinoamérica, la educación sobre bioética aún es insuficiente. En Costa Rica, la Asociación Costarricense de Bioética ha señalado la urgencia de fortalecer estos programas para garantizar que los profesionales estén preparados para enfrentar dilemas morales y jurídicos.

Para responder a cada una de las unidades se ha creado una serie de preguntas que fueron realizadas a los especialistas, que se adjuntan en la siguiente sección.

Preguntas Realizadas a los Expertos por Unidad de Análisis

Unidad de Análisis 1.1: Viabilidad Médica de la Eutanasia en Costa Rica

Categoría 1: Criterios Médicos para Determinar la Elegibilidad de la Eutanasia

- **Introducción:** En países como Países Bajos y Bélgica, la eutanasia está permitida solo para pacientes con enfermedades terminales diagnosticadas bajo estrictos criterios médicos (Rietjens et al., 2019). En Costa Rica, según la

CCSS, anualmente fallecen aproximadamente 6.000,00 costarricenses pacientes con enfermedades terminales como cáncer, neurodegenerativas (UCR, 2024).

- **Pregunta:** Desde su experiencia clínica, ¿qué criterios médicos deberían considerarse en Costa Rica para determinar la elegibilidad de un paciente terminal que solicita eutanasia? ¿Qué riesgos médicos existen al establecer estos criterios y cómo se podrían mitigar? ¿Conoce otras enfermedades que puedan calzar dentro del perfil de un paciente que pudiese solicitar el procedimiento de ser necesario?

Unidad de Análisis 1.2: Alcance de los Cuidados Paliativos en la Decisión de la Eutanasia

Categoría 2: Limitaciones del Sistema Paliativo en Costa Rica

- **Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los cuidados paliativos buscan garantizar la calidad de vida en enfermedades terminales, pero en países como España y Canadá, la eutanasia se permite cuando estos cuidados no logran controlar el sufrimiento (Downar et al., 2020). En Costa Rica, el acceso a cuidados paliativos es desigual entre zonas rurales y urbanas, lo que podría condicionar la decisión del paciente sobre su derecho a morir dignamente (Ministerio de Salud, 2024).
- **Pregunta:** Desde su perspectiva, ¿cuáles son las principales deficiencias del sistema de cuidados paliativos en la CCSS y en qué casos considera que estos cuidados pueden ser insuficientes para evitar el sufrimiento extremo del paciente?

Unidad de Análisis 2.1: Consideraciones Éticas en la Aplicación de la Eutanasia

Categoría 3: Dilemas Éticos para los Profesionales de la Salud

- **Introducción:** Un estudio en Países Bajos encontró que el 85% de los médicos que han aplicado eutanasia han enfrentado dilemas éticos y emocionales, en especial cuando el sufrimiento del paciente no es estrictamente físico, sino psicológico (Evenblij et al., 2021). En Costa Rica, el Código de Ética Médica enfatiza la obligación de aliviar el sufrimiento, pero no contempla explícitamente la eutanasia (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2018). Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Artículo 36:

  "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 suspender todo procedimiento terapéutico."

- **Pregunta:** Desde su experiencia, ¿cuáles son los principales conflictos éticos que enfrentaría un médico costarricense al aplicar eutanasia? ¿De qué manera el sistema de salud podría ofrecer apoyo a los profesionales para manejar estos

dilemas, porque no solo es enfrentarse a un dilema, es compartir con el paciente e incluso su familia que podría estar sufriendo también del proceso, cómo?

Unidad de Análisis 2.2: Impacto de la Eutanasia en la Relación Médico-Paciente y la Familia

Categoría 4: Consentimiento Informado y Presión Familiar

- **Introducción:** En Canadá, la Ley de Asistencia Médica para Morir establece que la eutanasia solo puede aplicarse si el paciente expresa su voluntad de manera reiterada y libre de presiones externas (Canadian Medical Association, 2022). No obstante, en enfermedades neurodegenerativas avanzadas, algunos países han adoptado el consentimiento anticipado (van Delden et al., 2021).
- **Pregunta:** Desde su experiencia, ¿qué mecanismos podrían implementarse en Costa Rica para garantizar que la decisión de acceder a la eutanasia sea verdaderamente libre y sin influencias de terceros, especialmente de familiares o médicos?

Unidad de Análisis 3.1: Viabilidad del Proyecto de Ley 21.383 en el Contexto Costarricense

Categoría 5: Desafíos en la Implementación del Proyecto de Ley 21.383

- **Introducción:** El Proyecto de Ley 21.383 plantea un marco normativo para la eutanasia en Costa Rica, estableciendo requisitos médicos y de consentimiento informado similares a los de España y Colombia (Asamblea Legislativa, 2024). Sin embargo, países como España han enfrentado dificultades en su

implementación debido a la falta de formación especializada en el personal médico (Simón-Lorda et al., 2022).

- **Pregunta:** Desde su perspectiva, ¿cuáles serían los principales retos que enfrentaría Costa Rica en la implementación de este proyecto de ley en términos de infraestructura, personal médico capacitado, regulación ética, gastos a nivel CCSS?

Unidad de Análisis 3.2: Alternativas o Modelos Internacionales que Podrían Adaptarse a Costa Rica

Categoría 6: Adaptabilidad de Modelos Extranjeros a la CCSS

- **Introducción:** En los Países Bajos, el protocolo de eutanasia establece que el paciente debe ser evaluado por un psiquiatra, además de contar con la certificación de dos médicos independientes que confirmen su diagnóstico terminal (Rietjens et al., 2019). En Colombia, la Corte Constitucional ha determinado que la eutanasia es un derecho fundamental, pero su acceso ha sido limitado por barreras administrativas y falta de lineamientos claros para su ejecución (Gómez-Vírseda et al., 2021).
- **Pregunta:** ¿Qué procedimientos consideras esenciales para autorizar la eutanasia de manera responsable en Costa Rica y cómo debería manejarse la documentación y el seguimiento de los casos de eutanasia desde su perspectiva médica?

Unidad de Análisis 1.1: Viabilidad Médica de la Eutanasia en Costa Rica

Categoría 1: Criterios Médicos para Determinar la Elegibilidad de la Eutanasia

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega Zúñiga inicia su intervención enfatizando la necesidad de comprender la eutanasia como un procedimiento complejo y conflictivo, cuyo núcleo no se limita únicamente al dolor físico, sino al sufrimiento integral del paciente terminal. Señala que la eutanasia implica, de manera directa, provocar la muerte a una persona a petición expresa y libre de ella misma, sin coacción de terceros, reconociendo la autonomía plena sobre su vida.

Considera fundamental que los criterios médicos se concentren, principalmente, en la autonomía de la voluntad. Es decir, que la persona conserve la capacidad de decidir por sí misma, o bien, que haya dejado expresada su voluntad anticipadamente en un documento formal, en caso de perder dicha capacidad. Así, enfatiza que no solo las personas en fase terminal deben ser consideradas, sino también aquellas con enfermedades crónicas graves que provoquen un sufrimiento insoportable, aunque la muerte no sea inminente. Menciona casos como el Alzheimer avanzado, donde la persona, aún consciente en etapas tempranas, podría dejar consignada su voluntad para evitar vivir una etapa de deterioro irreversible y dependiente.

Aclara que no todas las enfermedades incurables deberían ser causal de eutanasia. Ejemplifica que padecimientos como la diabetes o la hipertensión, aunque crónicos y sin cura, no son necesariamente causa suficiente, a menos que impliquen un sufrimiento grave y persistente. Por tanto, la eutanasia debería restringirse a enfermedades incurables, degenerativas y con sufrimiento objetivable, donde dicho sufrimiento pueda ser corroborado por equipos médicos especializados.

Destaca que para mitigar riesgos en la aplicación de la Eutanasia, se debe contar con un equipo interdisciplinario, compuesto por psiquiatras, psicólogos, paliativistas y especialistas según la enfermedad, evitando que la decisión dependa únicamente de un médico tratante. A su criterio, se requiere estandarizar los criterios médicos, garantizando un enfoque riguroso que impida malas interpretaciones, tanto al excluir como al incluir personas inapropiadamente. Finalmente, resalta la importancia del principio de beneficencia, entendido no solo como evitar daño, sino como aliviar un sufrimiento insoportable, cuando ya no existen alternativas terapéuticas viables, equiparando el respeto a la autonomía del paciente con las decisiones que hoy se aceptan en la medicina costarricense, como rechazar tratamientos que prolonguen la vida.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Médica Paliativista, Directora del Centro Nacional de Control del Dolor y del Programa ELA

La Dra. Skarleth García enfatiza, desde la perspectiva de cuidados paliativos, que Costa Rica cuenta con un sistema robusto y extendido en todo el país, destinado a la atención integral de los pacientes terminales, por lo que idealmente ningún paciente debería tener la necesidad de optar por la eutanasia si recibe atención adecuada y oportuna.

Considera que un criterio indispensable para cualquier solicitud de eutanasia sería que el paciente haya sido previamente atendido por un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, ya sea en consulta externa o mediante visitas domiciliarias. Subraya que una de las principales fallas del sistema actual es la falta de referencia temprana a cuidados paliativos, pues muchos pacientes son derivados solo cuando ya no hay opciones curativas, generando desesperanza y sufrimiento no abordado a tiempo.

Respecto a las enfermedades que podrían incluirse como elegibles para la eutanasia, menciona: pacientes oncológicos sin respuesta a quimioterapia, radioterapia o cirugía; personas con enfermedades neurodegenerativas con síntomas incontrolables, y casos complejos de pacientes sin red de apoyo familiar o social, lo que agrava su sufrimiento. Reconoce que las limitaciones en el acceso a recursos, incluso en personas con capacidad económica, constituyen otro factor que podría llevar a considerar la eutanasia.

Por último, recalca la importancia de que los criterios médicos se fundamenten en una evaluación integral del sufrimiento, no solo físico, sino emocional y espiritual, y advierte que el reto principal está en mejorar la atención paliativa precoz para evitar que las personas lleguen al punto de querer morir por falta de atención adecuada.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social del Hospital Calderón Guardia

Karen Valverde, desde la óptica del trabajo social, destaca como criterio prioritario la necesidad de verificar la capacidad mental y emocional del paciente, asegurando que esté consciente, orientado, y que su decisión sea libre de presiones externas. Sugiere una valoración psiquiátrica y psicológica rigurosa para descartar enfermedades mentales subyacentes que podrían influir en el deseo de morir.

Insiste en la importancia de valorar el entorno familiar y social, para comprender mejor las razones del paciente y explorar otras posibles intervenciones antes de llegar a la eutanasia. Subraya que debe existir una clara concientización social sobre el principio de autonomía, para que la población entienda el alcance de estas decisiones sin imponer juicios morales.

Respecto a las enfermedades, menciona dos casos específicos como aptos para considerar la eutanasia: el ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica), debido al progresivo y

devastador deterioro físico, y el cáncer en etapas terminales, destacando que estas enfermedades llevan a un sufrimiento extremo y pérdida total de autonomía.

Por último, plantea una reflexión ética importante: la eutanasia supone reformular el papel de la medicina, cuestionando si ayudar a morir puede encajar dentro del concepto tradicional de proteger la vida, y destaca la necesidad de abrir un debate nacional informado sobre estos temas.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Melissa Mendoza aborda el tema desde una perspectiva clínica y de gestión hospitalaria, señalando que para determinar la elegibilidad de la eutanasia se deben considerar criterios claros sobre el pronóstico, las opciones terapéuticas disponibles y la calidad de vida del paciente.

Advierte que uno de los riesgos principales al abrir la posibilidad de eutanasia sería su uso indebido, como encubrir homicidios o presiones familiares, y por tanto enfatiza la necesidad de definir procedimientos que eviten esos riesgos.

En cuanto a las enfermedades que podrían calificar, señala enfermedades crónicas terminales, incluyendo cáncer, insuficiencia cardíaca y enfermedades neurodegenerativas graves, siempre bajo un enfoque donde el sufrimiento y el pronóstico irreversible sean evidentes.

Finalmente, alerta sobre la necesidad de proteger la voluntad real del paciente, y garantizar que cualquier decisión se tome dentro de un marco ético y legal bien definido, con participación de equipos interdisciplinarios.

Análisis de Resultados Unidad 1.1.

Del análisis integral de las entrevistas realizadas a los cuatro expertos, se desprenden coincidencias fundamentales, así como diferencias importantes en el enfoque profesional de cada uno, lo que aporta una visión rica y multidisciplinaria sobre la viabilidad médica de la eutanasia en Costa Rica.

Coincidencias principales:

En primer lugar, todos los expertos coinciden en que la autonomía de la voluntad del paciente debe ser el eje central de cualquier decisión sobre eutanasia. Se destaca que la persona solicitante debe estar en pleno uso de sus capacidades mentales o haber dejado un documento formal de voluntad anticipada, que respalde la decisión en caso de perder la consciencia o capacidad de decisión. Asimismo, todos los participantes subrayan la necesidad de que la eutanasia se limite a enfermedades graves, incurables y que provoquen sufrimiento intolerable, como es el caso del cáncer en fase terminal y las enfermedades neurodegenerativas, especialmente el ELA, ambas reiteradas por todos los entrevistados.

Otro punto común es la necesidad de un equipo interdisciplinario que acompañe, evalúe y supervise el proceso, incluyendo médicos especialistas, psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales, como garantía de que la decisión del paciente sea libre, informada y no manipulada. También se coincide en que este procedimiento debe estar rigurosamente estandarizado y controlado por protocolos específicos, para evitar abusos o errores médicos.

Diferencias y aportes específicos:

Pese a los consensos generales, se identifican diferencias y matices importantes que enriquecen la reflexión:

1 **Perspectiva del Dr. Franz Vega (Experto A)**: Plantea que no necesariamente debe limitarse la eutanasia a personas en fase terminal con muerte inminente, sino que enfermedades crónicas incurables que generen un sufrimiento intenso y sostenido también deberían ser contempladas. Así, expone que el sufrimiento objetivado (es decir, evaluable por profesionales) debe primar sobre la "terminalidad" de la enfermedad, diferenciándose así de los enfoques más restrictivos que solo consideran a quienes están en etapa final. Este planteamiento amplía el concepto de elegibilidad y abre la puerta a incluir casos como Alzheimer avanzado con pérdida total de autonomía, aun cuando la muerte no sea inminente.

2 **Perspectiva de la Dra. Skarleth García (Experta B)**: Contraponiéndose parcialmente al Dr. Vega, la Dra. García pone especial énfasis en la necesidad de que el paciente haya recibido atención en cuidados paliativos antes de siquiera pensar en la eutanasia, sugiriendo que muchas solicitudes podrían evitarse si se garantiza una atención integral adecuada desde fases tempranas. Considera que el primer filtro natural para evitar el sufrimiento extremo es el sistema de cuidados paliativos, y solo en casos donde este sistema falle o sea insuficiente, podría contemplarse la eutanasia. Así, mientras el Dr. Vega abre más la puerta a considerar otras enfermedades graves, la Dra. García enfatiza en reforzar primero los mecanismos existentes de alivio al sufrimiento, antes de llegar al extremo de terminar la vida.

3 **Perspectiva de Karen Valverde (Experta C)**: Aporta una visión social, ética y cultural, profundamente relevante y poco abordada directamente por los médicos. En efecto, es la única experta que plantea el impacto de las diferencias culturales y del entorno familiar en la decisión de morir, lo que pone en evidencia una dimensión clave: la soledad, el abandono y la falta de red de apoyo como

factores que pueden inducir a solicitar la eutanasia. Por ejemplo, menciona la falta de respaldo familiar, la ausencia de redes comunitarias o las presiones culturales (como el miedo a ser una "carga" para otros), aspectos que no fueron explorados a profundidad por los médicos entrevistados, quienes se centraron más en la parte clínica y legal. Además, Valverde introduce un debate ético de fondo: cómo la eutanasia podría obligar a reformular el papel tradicional de la medicina, que históricamente busca preservar la vida, y que ahora se enfrentaría a colaborar en ponerle fin de forma asistida, algo que también fue aludido por el Dr. Vega, pero desde un ángulo médico-legal más técnico.

4 **Perspectiva de la Dra. Melissa Mendoza (Experta D)**: Si bien comparte con los demás expertos la necesidad de que la eutanasia esté limitada a enfermedades graves, la Dra. Mendoza introduce una alerta concreta sobre los riesgos éticos y jurídicos que podría suponer la apertura de la eutanasia sin controles estrictos, como la posibilidad de encubrir homicidios, o decisiones tomadas bajo presión familiar. A diferencia del Dr. Vega, que propone criterios más amplios, Mendoza defiende la necesidad de protocolos rigurosos para evitar abusos, advirtiendo de las consecuencias legales para los médicos si se da un mal uso del procedimiento. Este enfoque preventivo y de cautela frente a los riesgos jurídicos fue menos enfatizado por los demás expertos, pero representa una perspectiva clave desde la gestión institucional.

Conclusión analítica:

En conclusión, la viabilidad médica de la eutanasia en Costa Rica parece posible siempre que se adopten criterios claros, multidisciplinarios y controlados, basados en el respeto absoluto por la autonomía del paciente, pero también en la protección contra presiones indebidas y riesgos éticos. Todos los expertos coinciden en la necesidad de

establecer estándares técnicos y protocolos específicos que garanticen la transparencia del proceso, así como el respeto a la dignidad del paciente.

No obstante, se identifican diferencias significativas sobre el alcance de los criterios médicos: mientras unos como el Dr. Vega sugieren ampliar el acceso a enfermedades crónicas graves con sufrimiento, otros, como la Dra. García, insisten en priorizar primero los cuidados paliativos. Por su parte, la reflexión social y cultural aportada por Valverde introduce una dimensión humana profunda, que debería ser incluida en cualquier eventual legislación, para considerar no solo la enfermedad sino el contexto personal y social del paciente. Finalmente, la Dra. Mendoza recuerda la importancia de establecer controles que protejan tanto al paciente como a los médicos tratantes de eventuales abusos o errores.

Por tanto, de este análisis, puede concluirse que Costa Rica podría avanzar en una legislación sobre eutanasia, siempre que contemple criterios médicos objetivos, un enfoque interdisciplinario, protocolos de seguridad, y acompañamiento social y psicológico del paciente, garantizando tanto su autonomía como la protección de los derechos humanos involucrados.

Unidad de Análisis 1.2: Alcance de los Cuidados Paliativos en la Decisión de la Eutanasia

Categoría 2: Limitaciones del Sistema Paliativo en Costa Rica

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega Zúñiga, desde su posición como médico legal, reconoce no contar con experiencia directa en el ámbito de los cuidados paliativos dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por lo que considera prudente no emitir un juicio categórico sobre las deficiencias o fortalezas de dicho sistema. En su opinión, referirse a

este tema sin la experiencia directa que garantice una valoración objetiva, sería irresponsable, por lo que sugiere que estos aspectos sean abordados directamente por profesionales especializados en el área, como médicos paliativistas que viven a diario la realidad del sistema. Esta posición muestra un enfoque ético y prudente al limitarse al ámbito de su experiencia directa.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Médica Paliativista, Directora del Programa ELA Costa Rica

La Dra. Skarleth García Ledezma expone con claridad que, aunque Costa Rica cuenta con un sistema sólido de atención en cuidados paliativos, especialmente a través de clínicas periféricas y un centro regulador a nivel nacional, reconoce que existen limitaciones relevantes. Desde su perspectiva, la primera condición que debería cumplirse antes de que un paciente considere siquiera la posibilidad de solicitar la eutanasia, es haber pasado por un proceso de atención integral en cuidados paliativos, siendo atendido por un equipo interdisciplinario, ya sea en consultas externas o mediante visitas domiciliarias, según la condición del paciente.

Sin embargo, advierte que el acceso a estos servicios no es uniforme en todo el territorio nacional, pues en zonas rurales o regionales se enfrenta a múltiples obstáculos, como la falta de especialistas, la limitación de recursos y dificultades logísticas relacionadas con infraestructura, transporte y disponibilidad de personal. Cita como ejemplo que, en algunos hospitales regionales, la ausencia de un anestesiólogo o gastroenterólogo por licencias o vacaciones puede paralizar completamente un procedimiento necesario para los pacientes, como la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).

En relación con los tiempos de atención, resalta que en la sede central de cuidados paliativos, que atiende el área metropolitana, un paciente que entra al programa de visita domiciliar generalmente recibe la primera visita en un plazo no mayor a 10 días. No

obstante, el acceso a medicamentos especializados presenta serias limitaciones, debido a que muchos de los fármacos esenciales para el control del dolor y otros síntomas complejos no forman parte del cuadro básico de medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Por este motivo, los médicos paliativistas deben recurrir a un procedimiento especial denominado "NoLOM", que consiste en tramitar la compra de medicamentos a través de un presupuesto extraordinario. Entre estos medicamentos menciona ejemplos concretos como la lidocaína, la euporfina, el fentanilo en parches y el riluzol, este último indispensable para tratar enfermedades neurodegenerativas como la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), pero que actualmente la CCSS no tiene disponible y debe gestionarse por vía especial.

En cuanto a los procedimientos invasivos para manejo del dolor, señala que existe una enorme limitación, ya que el equipo de intervencionismo del Centro Nacional del Control del Dolor es el único a nivel nacional y debe atender todos los casos de forma centralizada, lo que implica retrasos y falta de cobertura oportuna, sobre todo para personas de zonas alejadas.

Por otro lado, destaca una carencia importante en el abordaje espiritual del paciente, ya que en Costa Rica, los equipos de cuidados paliativos no cuentan con profesionales que brinden apoyo espiritual o religioso, como capellanes o figuras de asistencia espiritual, ni siquiera con una formación neutral e integral. Reconoce esta ausencia como una limitación importante del sistema, pues el acompañamiento espiritual es esencial en procesos de final de vida y debería incorporarse.

Finalmente, ante la consulta sobre qué es un GEP, aclara que se refiere a una "gastrostomía endoscópica percutánea", un procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce un tubo directamente al estómago del paciente para su alimentación. Explica que este procedimiento se indica especialmente en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, como las demencias, el Parkinson, la ELA y la esclerosis múltiple, que

en fases avanzadas desarrollan disfagia, es decir, dificultad o imposibilidad para tragar alimentos. Detalla que cuando un paciente no puede deglutir ni siquiera alimentos licuados o agua, se opta por este dispositivo para alimentarlo directamente, evitando las sondas nasogástricas que son incómodas y temporales. Además, señala que estos procedimientos no siempre son accesibles, especialmente en las zonas alejadas, debido a la falta de personal capacitado y equipos necesarios.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social del Hospital Calderón Guardia

Karen Valverde ofrece una visión desde la práctica del trabajo social, y coincide en que el sistema de cuidados paliativos necesita una evaluación profunda, especialmente en cuanto a la formación y capacitación de los profesionales que atienden a pacientes terminales. Subraya la importancia de la empatía y la humanización en la atención, resaltando que muchas veces, un acompañamiento respetuoso y una escucha activa pueden aliviar significativamente el sufrimiento de la persona.

Considera que debería existir una evaluación psicológica previa para todo profesional que desee trabajar en cuidados paliativos, a fin de garantizar que se cuenta con la vocación y la sensibilidad necesarias. Apunta a la necesidad de valorar a los profesionales no solo por su capacidad técnica, sino por su capacidad humana.

Asimismo, Valverde denuncia la centralización de los servicios en la Gran Área Metropolitana (GAM), lo que deja a las zonas rurales en desventaja clara, con menos acceso a cuidados paliativos oportunos y de calidad. Además, enfatiza la falta de seguimiento y supervisión efectiva del personal y los procesos, señalando que las capacitaciones actuales muchas veces se realizan solo para "cumplir" con un requisito formal y no por un compromiso genuino con la mejora de la atención.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Melissa Mendoza identifica como una de las principales deficiencias de los cuidados paliativos en Costa Rica la falta de un protocolo unificado y estandarizado para la atención oportuna y adecuada de los pacientes. Señala que esta ausencia de normativas claras provoca desigualdades graves entre los pacientes, lo que se traduce en diferencias en la calidad y oportunidad del tratamiento que reciben.

Destaca que la atención en cuidados paliativos debe darse dentro de un enfoque integral, que abarque tanto al paciente como a su familia, pero reconoce que esto no siempre se logra debido a las carencias del sistema. Además, subraya que algunas patologías extremadamente dolorosas, como las enfermedades neurodegenerativas o ciertos tipos de cáncer, no encuentran un adecuado alivio en la medicina convencional, lo que abriría la posibilidad de considerar la eutanasia como una opción para evitar sufrimiento extremo, cuando los cuidados paliativos se muestran insuficientes.

Análisis de Resultados Unidad 1.2.

El análisis de las entrevistas revela un consenso importante en cuanto a las limitaciones estructurales y operativas del sistema de cuidados paliativos en Costa Rica, aunque las posturas y enfoques varían según la formación profesional de cada experto.

Por un lado, el Dr. Franz Vega reconoce su limitación para opinar sobre el sistema, destacando su respeto por la especialización de los paliativistas. Esto muestra una posición ética y prudente, aunque sin aportar elementos directos al diagnóstico de la situación.

En contraste, la Dra. Skarleth García ofrece un análisis profundo y detallado, señalando limitaciones claves, pero a continuación se desglosará los puntos específicos:

Coincidencias principales:

1 Desigualdad de acceso a cuidados paliativos entre las zonas rurales y urbanas, especialmente por la falta de especialistas, infraestructura y recursos en áreas alejadas de la GAM.

2 Carencia de medicamentos especializados, los cuales deben solicitarse mediante procedimientos administrativos complejos (NoLOM), retrasando la atención y generando sufrimiento innecesario.

3 Ausencia de una atención integral al no incluir figuras de acompañamiento espiritual ni protocolos claros que aseguren una respuesta oportuna, ética y profesional.

4 Reconocimiento de limitaciones graves en el control del dolor y los síntomas, lo que en algunos casos puede llevar al paciente a considerar la eutanasia como una vía para evitar sufrimientos intolerables.

5 Necesidad de mayor capacitación y formación vocacional del personal que trabaja con personas en fase terminal, especialmente en habilidades humanas y empáticas.

Diferencias y aportes específicos:

- Mientras el Dr. Vega evita profundizar por falta de experiencia directa, las expertas en atención clínica y social aportan detalles concretos y relevantes.
- La Dra. García ofrece una visión especializada desde el enfoque paliativista, aportando datos concretos sobre medicamentos y procedimientos específicos, mientras que Karen Valverde destaca más la importancia de la actitud y formación del personal que brinda la atención.
- La Dra. Mendoza introduce la problemática estructural de la falta de protocolos nacionales, complementando así la visión de limitaciones prácticas expuestas por las otras profesionales.

- Valverde, desde su perspectiva como trabajadora social, es la única que propone la evaluación vocacional y psicológica del personal, destacando un aspecto humano y ético que complementa las críticas técnicas de las médicas.

Conclusión analítica:

El análisis de las entrevistas evidencia que, si bien Costa Rica cuenta con un sistema formal de cuidados paliativos, este presenta limitaciones importantes que afectan su capacidad para atender de manera digna y adecuada a los pacientes en fase terminal. La falta de medicamentos, la ausencia de protocolos estandarizados, la carencia de acompañamiento espiritual y la desigualdad en el acceso entre zonas rurales y urbanas son los problemas más destacados.

Estas limitaciones reflejan que, en ciertos casos, el sistema no logra aliviar el sufrimiento extremo de algunos pacientes, lo cual podría justificar la discusión sobre la eutanasia como un derecho excepcional para aquellas personas que, a pesar de los paliativos, continúan viviendo en condiciones intolerables.

Además, se resalta la urgencia de profesionalizar la atención, incorporando formación específica, selección vocacional y supervisión continua del personal. De igual forma, la falta de protocolos homogéneos impide ofrecer una atención equitativa, aspecto que debe ser abordado como prioridad en el marco de una reforma legal y de políticas públicas si Costa Rica decide abrir el debate serio y respetuoso sobre la eutanasia.

Unidad de Análisis 2.1: Consideraciones Éticas en la Aplicación de la Eutanasia

Categoría 3: Dilemas Éticos para los Profesionales de la Salud

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega comienza explicando que el primer gran conflicto ético para el médico surge de la contradicción entre no ser "dueño de la vida de las personas" y, al mismo tiempo, tener que decidir cómo aliviar su sufrimiento cuando este es insoportable. Plantea la disyuntiva que enfrenta el médico al tener que elegir entre prolongar la vida incrementando el sufrimiento o acortar la vida para aliviarlo. Señala que, en muchas ocasiones, el médico sabe que al utilizar medicamentos como la morfina, aunque el objetivo sea calmar el dolor, se está acelerando la muerte, lo que genera un dilema profundo.

Asimismo, destaca que aunque el dilema ético pesa, para el médico lo jurídico es aún más importante, ya que una mala decisión puede traer consecuencias legales y no solo éticas. Por ello, recalca la urgencia de contar con legislación clara y una norma técnica específica, al igual que se hizo con el aborto terapéutico en Costa Rica, para que el médico tenga un marco legal que respalde sus decisiones.

De manera muy significativa, el Dr. Vega introduce una metáfora poderosa: compara la solicitud de eutanasia como cuando una persona carga un salveque (mochila) muy pesado y le pide ayuda a otro para cargarlo. En ese sentido, dice que el médico no está "matando" al paciente, sino ayudándolo a llevar esa carga. Por ello, propone que el acompañamiento psicológico para los médicos debe centrarse en explicarles que no están asesinando a alguien, sino ejecutando la voluntad autónoma de una persona que ya no puede seguir viviendo bajo esas condiciones.

Además, insiste en diferenciar la eutanasia de la pena de muerte, señalando que mientras en la pena capital se busca castigar y quitar la vida de manera punitiva, en la eutanasia se está cumpliendo un deseo expreso del paciente, orientado a aliviar su sufrimiento.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Directora del Centro Nacional de Cuidados Paliativos y Programa ELA

La Dra. García plantea que uno de los dilemas éticos más complejos es cuando los médicos, familiares o terceros tienen que tomar la decisión por un paciente que ya no puede manifestar su voluntad. Por eso resalta la importancia de trabajar en "voluntades anticipadas", es decir, que las personas puedan dejar por escrito, cuando aún están conscientes y capaces, qué tipo de cuidados desean o no desean recibir, evitando que otros decidan por ellas.

Reflexiona también sobre cómo los médicos, al igual que cualquier ser humano, son personas con valores, creencias religiosas y morales, lo que hace que participar en una eutanasia sea un acto que puede afectar profundamente su integridad emocional. Resalta que, aunque los médicos están formados bajo el principio de "no hacer daño", muchas veces suspender tratamientos que no van a beneficiar al paciente no es visto como causar daño, sino como una decisión correcta y ética.

No obstante, considera que tomar una decisión directa de aplicar eutanasia es una carga emocional muy grande para cualquier médico, por lo que enfatiza la necesidad de garantizar el derecho a la objeción de conciencia, permitiendo que cada profesional decida si está dispuesto o no a participar, según su formación, valores y creencias.

Finalmente, insiste en que desde el enfoque paliativo, si los pacientes recibieran una atención adecuada que controle su sufrimiento, no deberían llegar a solicitar eutanasia, ya que existe la "sedación paliativa" como herramienta válida para aliviar el dolor extremo, sin necesidad de adelantar la muerte.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social de la CCSS

Karen Valverde inicia recordando que la ética médica se basa en principios fundamentales: no causar daño, hacer el bien, respetar la autonomía y aplicar la justicia.

Para ella, el dilema ético de la eutanasia es un tema altamente personal para cada profesional, ya que implica enfrentar las propias convicciones religiosas y filosóficas frente al deber profesional.

Considera que algunos médicos podrían estar en contra de la eutanasia por sus creencias, mientras otros podrían sentirse obligados a realizarla por pertenecer a la institución. En ese sentido, defiende con firmeza el derecho a la objeción de conciencia, pero también plantea que los profesionales deben ser valorados psicológica y emocionalmente antes de participar en estos procedimientos, para garantizar que están en condiciones de enfrentarse a una situación tan compleja.

Además, destaca que no solo se lidia con el paciente, sino también con la familia, lo que genera una carga emocional doble. Subraya la urgencia de que los médicos y otros profesionales de salud cuenten con espacios de descarga emocional, ya que muchas veces se llevan los problemas del hospital a casa y no cuentan con estrategias para procesarlos, afectando tanto su vida personal como la calidad de atención a los pacientes.

Valverde hace un llamado a que se desarrollen planes reales y efectivos de salud mental para los profesionales, porque, según afirma, un profesional que está emocionalmente equilibrado dará una mejor atención, mientras que uno agotado y afectado será una carga más para el paciente.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Mendoza expone que los médicos hacen un juramento orientado a preservar la vida, y aunque no se menciona explícitamente si con calidad o no, la formación profesional se centra en mantener la vida. Por eso, la posibilidad de participar en una eutanasia generaría un conflicto ético y emocional importante.

Reconoce, sin embargo, que existen situaciones de sufrimiento extremo donde la medicina convencional no es suficiente para aliviar el dolor, y en esos casos, podría considerarse la eutanasia como una alternativa terapéutica. Para ello, enfatiza la necesidad de que el médico no esté solo, sino acompañado de un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras y abogados que brinden apoyo para tomar decisiones informadas y seguras.

Además, reflexiona sobre cómo, en la atención paliativa, se conocen las dinámicas familiares y cómo muchas veces los cuidadores y familiares también enfrentan angustia y desconocimiento sobre la enfermedad, lo que incrementa el peso de la decisión médica.

Análisis de Resultados Unidad 2.1.

Para dar paso a un análisis profundo y sistemático de las entrevistas realizadas, a continuación, se exponen las principales coincidencias, diferencias y una conclusión analítica sobre los dilemas éticos en la aplicación de la eutanasia en Costa Rica.

Coincidencias principales:

1 Existencia de dilemas éticos profundos para los médicos ante la eutanasia, especialmente entre prolongar la vida o aliviar el sufrimiento extremo.

2 Reconocimiento de la necesidad de apoyo psicológico y jurídico para los médicos, para enfrentar la carga emocional y evitar consecuencias legales.

3 Importancia de la objeción de conciencia, garantizando que los médicos puedan decidir si participar o no en estos procedimientos según sus convicciones personales.

4 Necesidad de mecanismos claros y normados, como normas técnicas y legislación específica, para proteger a los profesionales de la salud.

5 Impacto emocional y ético de tomar decisiones de vida o muerte, que debe ser abordado de manera integral con apoyo institucional.

Diferencias y aportes específicos:

1 El Dr. Vega introduce la metáfora del "salveque", explicando que el médico no "mata" al paciente, sino que lo ayuda a "cargar una carga insoportable", y hace un llamado urgente a la creación de una norma técnica y legislación clara.

2 La Dra. García enfatiza el uso de las voluntades anticipadas para respetar la autonomía del paciente y subraya que la sedación paliativa es una alternativa válida para evitar la eutanasia.

3 Karen Valverde plantea con fuerza la urgencia de planes de salud mental y espacios de descarga emocional para los profesionales, destacando la falta de estrategias reales para apoyar al personal sanitario.

4 La Dra. Mendoza resalta la importancia de un acompañamiento interdisciplinario al médico, reconociendo que las decisiones de eutanasia impactan no solo al paciente, sino también a los familiares y al equipo de salud.

Conclusión analítica:

De lo expresado por los expertos se concluye que la eutanasia no solo es un procedimiento médico, sino también un profundo desafío ético, jurídico y emocional. Existe consenso en que, si Costa Rica avanza en su regulación, será imprescindible contar con normas claras, respaldo institucional y apoyo emocional para los profesionales involucrados. Además, se refuerza la necesidad de trabajar las voluntades anticipadas como mecanismo preventivo, y de fortalecer los cuidados paliativos para que la eutanasia no sea la única alternativa al sufrimiento. Finalmente, se evidencia que el sistema de salud

debe prepararse integralmente antes de abrir este debate, garantizando respaldo y acompañamiento a los médicos que deberán afrontar estos desafíos.

Unidad de Análisis 2.2: Impacto de la Eutanasia en la Relación Médico-Paciente y la Familia

Categoría 4: Consentimiento Informado y Presión Familiar

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega enfatiza que para garantizar que la decisión de someterse a la eutanasia sea realmente libre y autónoma, es indispensable realizar una valoración integral del paciente. En dicha valoración, señala que deben participar obligatoriamente profesionales como psiquiatras y psicólogos, encargados de analizar profundamente el estado emocional y mental de la persona, así como trabajadores sociales que examinen las condiciones sociales y familiares.

Además, aclara que el médico tratante debe enfocarse únicamente en el manejo clínico del paciente, mientras que el equipo interdisciplinario se encargaría de valorar la capacidad real de decisión del solicitante. De esta manera, sostiene, se pueden reducir los riesgos de manipulación o presiones externas, asegurando que la voluntad expresada por el paciente refleje una decisión propia, consciente y libre de interferencias.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Directora del Centro Nacional de Cuidados Paliativos y Programa ELA

La Dra. Skarleth García plantea que una estrategia efectiva para evitar presiones externas en la decisión de acceder a la eutanasia es reforzar el uso de las voluntades anticipadas, promoviendo que las personas expresen sus deseos desde antes de enfrentar

una situación de sufrimiento extremo. Señala que en la práctica paliativa diaria se trabaja continuamente la anticipación de escenarios difíciles, preguntando a los pacientes, mientras están aún conscientes y capaces, sobre las decisiones que desean tomar en el futuro, incluyendo temas como el uso de ventilación mecánica u otras intervenciones.

Subraya que este abordaje previo previene situaciones donde las decisiones se tomen bajo presión, ya sea del entorno familiar o de la propia desesperación. Advierte que, en ocasiones, los pacientes podrían sentirse obligados a decidir la eutanasia por no querer ser una carga para sus familiares, especialmente cuando enfrentan limitaciones físicas que afectan su autonomía y vida cotidiana. Por ello, afirma, es crucial que el equipo interdisciplinario recopile la voluntad del paciente con antelación y la documente debidamente como voluntad anticipada, de forma que no dependa de la opinión de terceros o de presiones familiares cuando llegue el momento crítico.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social de la CCSS

Karen Valverde reflexiona que, al abordar el tema de la eutanasia, es esencial informar al paciente de manera clara y oportuna sobre el pronóstico de su enfermedad y los posibles escenarios que enfrentará, para que pueda tomar decisiones conscientes y ser dueño de su proceso. Resalta que, cuando una persona está en etapa terminal, lo que más le importa suele ser el acompañamiento afectivo de sus seres queridos y no los bienes materiales, por lo que la toma de decisiones debe basarse en un diálogo previo y respetuoso.

Considera necesario abrir espacios para que el paciente, mientras aún conserva plena conciencia, pueda expresar su voluntad en temas como testamentos, decisiones médicas, y aspectos personales, dejando claro qué desea y qué no desea que ocurra en su fase terminal. Propone que esta conversación inicial se pueda revisar y actualizar en el

tiempo, para asegurar que sigue reflejando la voluntad del paciente, especialmente si su situación de salud cambia.

Valverde destaca también que este proceso preventivo evita que las decisiones se tomen en momentos de angustia o de vulnerabilidad extrema, cuando el paciente podría sentirse presionado por su familia o por el entorno. Además, insiste en que este acompañamiento debe realizarse con empatía y desde un enfoque humanizado, permitiendo que la persona se sienta respetada y escuchada, y protegiendo su autonomía en todo momento.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Melissa Mendoza considera que, para garantizar que la eutanasia sea una decisión libre y autónoma, debe establecerse un proceso de evaluaciones rigurosas, tanto psicológicas, físicas como religiosas, que permitan determinar si la decisión del paciente responde a su propia voluntad o si ha sido objeto de manipulación o presión externa.

Sostiene que tales evaluaciones no solo valorarían el estado mental y físico del paciente, sino que también revisarían su entorno social y familiar, para descartar cualquier coacción o influencia indebida. En su opinión, este proceso exhaustivo sería fundamental para asegurar que solo aquellas personas que realmente desean ejercer ese derecho puedan acceder a él, protegiendo al paciente de influencias externas y salvaguardando la ética médica.

Análisis de Resultados Unidad 2.2.

Para mantener un análisis riguroso y claro, se presentan a continuación los principales puntos de coincidencia, así como las diferencias y aportes específicos manifestados por los expertos.

Coincidencias principales:

1 Necesidad de evaluaciones interdisciplinarias rigurosas, que incluyan al menos psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, para asegurar que la decisión del paciente sea autónoma y libre de presiones.

2 Importancia de mecanismos anticipados, como las voluntades anticipadas, para que el paciente pueda expresar su voluntad con claridad antes de encontrarse en una etapa crítica o terminal.

3 Reconocimiento de que las presiones familiares o del entorno son una realidad que podría influir en la decisión del paciente, por lo que deben establecerse estrategias para proteger la autonomía individual.

4 Valoración de la autonomía como principio fundamental, reconociendo el derecho del paciente a decidir sobre su vida y su muerte, pero asegurando que esta decisión sea informada, reflexiva y consciente.

Diferencias y aportes específicos:

- El Dr. Vega enfatiza la creación de equipos interdisciplinarios obligatorios, con funciones claramente definidas, donde el médico tratante se limite al aspecto clínico y el equipo integral valore la capacidad de decisión del paciente, subrayando la importancia de separar las funciones para evitar conflictos de interés.

- La Dra. García aporta un enfoque desde los cuidados paliativos, subrayando la necesidad de trabajar voluntades anticipadas desde etapas tempranas de la enfermedad, anticipando escenarios y evitando presiones familiares o del entorno.
- Karen Valverde propone un proceso dinámico de decisiones, donde las voluntades se puedan actualizar a lo largo del tiempo, y destaca la importancia de abordar el tema desde una perspectiva humanizada y emocionalmente consciente, respetando las necesidades del paciente.
- La Dra. Mendoza introduce la idea de incluir evaluaciones religiosas, además de psicológicas y físicas, para evaluar a fondo las creencias y entorno del paciente, asegurando así que la decisión de optar por la eutanasia sea absolutamente personal y reflexiva.

Conclusión analítica:

Del análisis de los expertos se concluye que el consentimiento informado en el proceso de eutanasia debe estar respaldado por un protocolo sólido y multidisciplinario, que garantice que la decisión del paciente sea autónoma, libre de presiones y reflexionada. Todos coinciden en que debe existir un sistema de evaluación integral, compuesto por especialistas en salud mental, trabajo social y otros profesionales, que valoren tanto el estado interno del paciente como su contexto social y familiar.

Se destaca la importancia de las voluntades anticipadas como herramienta preventiva que permite recoger las decisiones del paciente antes de encontrarse en un estado de vulnerabilidad extrema. Asimismo, se observa que los expertos son conscientes de los riesgos de manipulación familiar y de las presiones del entorno, por lo que proponen estrategias para blindar la autonomía del paciente.

Finalmente, se evidencia la necesidad de construir un marco normativo robusto y ético, que contemple tanto la protección del paciente como la tranquilidad jurídica y emocional de los profesionales de salud que participen en este proceso, siempre desde el respeto a la dignidad humana.

Unidad de Análisis 3.1: Viabilidad del Proyecto de Ley 21.383 en el Contexto Costarricense

Categoría 5: Desafíos en la Implementación del Proyecto de Ley 21.383

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega identifica como principal obstáculo para la implementación del Proyecto de Ley 21.383 la profunda influencia de la Iglesia Católica y otras iglesias cristianas o evangélicas, cuyas doctrinas religiosas establecen que la vida humana es un don divino y, por tanto, solo Dios tiene la potestad de darla y quitarla. Según expone, aunque la legislación costarricense no lo dice expresamente, está permeada de una visión teológica que reconoce un origen divino de la vida, lo cual representa un primer gran desafío sociocultural para la eutanasia.

Relata que ya en el pasado, durante la presentación del primer proyecto de ley de eutanasia, que realizó el exdiputado Antonio Álvarez Desanti, se generaron fuertes debates y confrontaciones en espacios como el Colegio de Médicos, evidenciando la polarización del tema.

Otro reto importante que señala es la objeción de conciencia médica, ya que en un sistema como el de la CCSS, al formar equipos interdisciplinarios para evaluar las solicitudes de eutanasia, podrían seleccionarse médicos que se nieguen a participar por razones éticas o religiosas, limitando la aplicación efectiva de la ley.

En cuanto a la infraestructura y costos, considera que no representan un obstáculo significativo, ya que bastaría con acondicionar un espacio dentro de los hospitales de la CCSS, al que denomina "espacio de muerte digna", dotado de las condiciones adecuadas para el procedimiento, incluyendo áreas verdes y zonas familiares, sin requerir grandes inversiones.

Finalmente, subraya que la principal dificultad legislativa es la polarización ideológica y religiosa en la Asamblea Legislativa, por lo que sugiere que, una vez superado ese escollo, el siguiente paso sería conformar equipos interdisciplinarios permanentes, propios de la CCSS o contratados externamente, integrados por no menos de 3 y no más de 5 personas sin objeción de conciencia, que puedan emitir criterios técnicos para cada caso, esta cantidad por temas de ausencias o vacaciones de los expertos.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Directora del Centro Nacional de Cuidados Paliativos y Programa ELA

La Dra. Skarleth García enfatiza que uno de los principales retos para implementar la eutanasia en Costa Rica sería la formación masiva y adecuada de todos los profesionales de salud, desde el primer nivel de atención (como los Ebáis) hasta los hospitales más especializados, debido a que se trata de un proceso que debería planearse desde fases tempranas de la enfermedad, y no como una decisión tomada en la fase final o bajo presión.

Desde su perspectiva, el sistema costarricense ya cuenta con una red robusta de cuidados paliativos y sedación paliativa, que incluye medicamentos, protocolos y profesionales capacitados, por lo que cuestiona la necesidad de un nuevo proceso tan costoso como la eutanasia, cuando ya existen mecanismos eficaces para controlar el sufrimiento. Considera que, desde un punto de vista económico y administrativo, no sería justificable implementar la eutanasia si se fortalece adecuadamente el sistema paliativo actual.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social de la CCSS

Karen Valverde plantea como reto principal la formación ética y humana del personal médico que atendería a estos pacientes. Considera vital realizar una valoración profunda de las capacidades emocionales, psicológicas y vocacionales de los médicos y profesionales que se encarguen de estas decisiones, porque no se trata solo de tener conocimiento técnico, sino de escuchar con empatía, dedicación y atención al paciente en una etapa crítica de su vida.

Subraya la importancia de evitar la des- humanización en el trato y fomentar la creación de vínculos de confianza entre el médico y el paciente.

A nivel de infraestructura, reconoce que en algunos centros, como el Centro Nacional de Cuidados Paliativos, existen espacios adecuados y tranquilos, aunque destaca que podrían mejorarse, por ejemplo, con áreas verdes para socializar o recibir terapias con animales, como en algunos programas que ya se han intentado implementar. En contraste, menciona que en otros centros de salud la infraestructura es deficiente, deprimente y no adecuada, lo cual afecta emocionalmente al paciente y no resulta digno para un proceso de final de vida.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Melissa Mendoza advierte que el principal desafío práctico sería que la única institución autorizada para realizar eutanasia sería la CCSS, lo que hoy resulta inviable debido a la falta de personal médico especializado, infraestructura adecuada y una política pública clara que respalde estos procedimientos.

Menciona que la CCSS no cuenta con un aparato administrativo ni profesional suficiente para atender este tipo de procesos de manera integral y ética, y además carece

de lineamientos o guías que definan cómo se llevarían a cabo estos actos médicos complejos. Enfatiza la necesidad de crear una política pública específica antes de siquiera considerar la implementación del proyecto.

Análisis de Resultados Unidad 3.1

A continuación, se expone el análisis integral de los aportes de los expertos, desglosado en puntos de coincidencia, diferencias y conclusión analítica, para comprender los desafíos concretos de la implementación del Proyecto de Ley 21.383.

Coincidencias principales:

1 Todos los expertos reconocen la necesidad de formación específica y adecuada del personal médico y sanitario, especialmente en aspectos éticos y humanos para abordar estas decisiones.

2 Coinciden en que la creación de equipos interdisciplinarios especializados es indispensable para evaluar los casos de eutanasia, garantizando criterios técnicos, éticos y psicológicos adecuados.

3 Reconocen la fuerte resistencia social y cultural que generaría la implementación de la eutanasia en Costa Rica, especialmente por la influencia de la Iglesia y grupos religiosos.

4 Se comparte la preocupación por la infraestructura y los espacios físicos adecuados para realizar estos procedimientos, aunque con distintos matices en cuanto a la magnitud de la inversión requerida.

Diferencias y aportes específicos:

- El Dr. Vega considera que los gastos económicos y estructurales serían mínimos, y pone el énfasis en la creación de equipos interdisciplinarios y en superar los obstáculos sociales y legislativos.
- La Dra. García, en cambio, cuestiona la necesidad del proyecto desde una perspectiva económica y práctica, al sostener que ya existe un sistema sólido de cuidados paliativos y sedación paliativa, por lo que no ve justificado invertir en un sistema de eutanasia cuando existen métodos para controlar el sufrimiento.
- Karen Valverde enfatiza la importancia de la calidad humana y emocional de los profesionales y de mejorar la infraestructura, especialmente en espacios que dignifiquen al paciente, incluyendo áreas verdes y programas de terapia asistida con animales.
- La Dra. Mendoza alerta sobre la incapacidad actual de la CCSS para asumir este reto, por falta de personal, lineamientos, políticas públicas y recursos, y advierte que, sin un plan nacional claro, la implementación sería inviable.

Conclusión analítica:

Los expertos coinciden en señalar que la implementación del Proyecto de Ley 21.383 enfrentaría grandes retos a nivel ético, cultural y operativo, especialmente en un país como Costa Rica, donde la dimensión religiosa y moral influye fuertemente en las políticas públicas.

A pesar de que algunos consideran viable crear espacios específicos para la eutanasia, todos coinciden en la necesidad de formar equipos interdisciplinarios especializados y capacitar al personal sanitario en aspectos éticos, humanos y técnicos. Asimismo, se destaca la urgencia de contar con una política pública específica y clara, que

respalde y regule el proceso de manera coherente con los principios constitucionales y de derechos humanos.

Finalmente, este análisis revela que, aunque la infraestructura podría adaptarse, el mayor desafío será formar un consenso social, profesional y legislativo, además de garantizar la preparación adecuada de los profesionales que asumirán este proceso, para asegurar que se respete la dignidad humana y se protejan los derechos de todas las personas involucradas.

Unidad de Análisis 3.2: Alternativas o Modelos Internacionales que Podrían Adaptarse a Costa Rica

Categoría 6: Adaptabilidad de Modelos Extranjeros a la CCSS

Experto A - Dr. Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica

El Dr. Franz Vega sostiene que el procedimiento de eutanasia en Costa Rica debe realizarse de manera institucionalizada, es decir, dentro de un hospital o centro especializado, nunca en domicilios, ya que ello permitiría mayor control, seguridad y formalidad para evitar posibles abusos o irregularidades.

Propone que este proceso se registre mediante el expediente médico digital EDUS, o bien, si se crean instituciones especializadas, que estas puedan tener acceso a dicho sistema para dar trazabilidad completa al proceso, dejando constancia de los medicamentos utilizados, las decisiones tomadas, las personas involucradas y los criterios que respaldan la decisión final.

Asimismo, sugiere que la muerte por eutanasia se registre oficialmente en el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE) como un tipo de “Muerte a Petición”, para así diferenciarla de una muerte natural y llevar un doble control estatal. Con esto, además de

garantizar transparencia, se permitiría contar con datos estadísticos oficiales sobre la aplicación de la eutanasia en el país.

Experta B - Dra. Skarleth García Ledezma, Directora del Centro Nacional de Cuidados Paliativos y Programa ELA

La Dra. Skarleth García enfatiza que todo paciente que solicite eutanasia debe ser valorado por un equipo interdisciplinario, compuesto por psiquiatra, psicólogo y trabajador social, para asegurar que la decisión no esté condicionada por depresión u otros factores emocionales o sociales.

Advierte que muchos pacientes enfrentan cuadros depresivos por su incapacidad física o pérdida de autonomía, lo que podría nublar su decisión. Por eso, insiste en la necesidad de un abordaje integral, no solo médico, sino también emocional y social.

Asimismo, subraya que este proceso no debe recaer únicamente en médicos privados o de pago, ya que eso abriría la puerta a conflictos de interés. Plantea que la CCSS debe ser la institución responsable de gestionar y controlar el proceso, por ser el pilar fundamental del sistema de salud costarricense.

En cuanto al registro de la voluntad del paciente, propone que las voluntades anticipadas se integren directamente en el expediente digital EDUS, con acceso exclusivo a los profesionales de salud responsables, asegurando así transparencia, confidencialidad y claridad sobre los deseos del paciente. Sobre este punto, destaca que "esa decisión debe reflejar el deseo auténtico de la persona como tal, que es la dueña de su cuerpo, espíritu, alma y mente", reconociendo la importancia de respetar la autonomía personal en un proceso tan delicado.

Experta C - Karen Valverde Fonseca, Trabajadora Social de la CCSS

Karen Valverde coincide en que debe existir una comisión interdisciplinaria que valore exhaustivamente cada caso, para garantizar una evaluación integral que incluya criterios médicos, psicológicos y sociales. Destaca que este equipo debe contar con un protocolo riguroso, y que, si algún paso no se cumple, el proceso debe suspenderse.

Subraya la importancia de acompañar a la familia del paciente durante el proceso, brindando espacios de orientación terapéutica para ayudarles a comprender y aceptar la decisión, aliviando sentimientos de culpa o confusión.

Desde la perspectiva documental, reafirma que la CCSS debe encargarse del resguardo de toda la información, dentro del sistema EDUS u otro archivo digital especializado, de acceso restringido solo al equipo responsable. Considera que, por tratarse de información delicada y personal, los familiares no deberían tener acceso directo a estos documentos, salvo que el paciente lo autorice expresamente.

Experta D - Dra. Melissa Mendoza Corrales, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios

La Dra. Melissa Mendoza coincide en la necesidad de conformar una comisión de abordaje interdisciplinaria, que valore de manera profunda y detallada cada solicitud de eutanasia. Propone que esta comisión investigue tanto el estado clínico del paciente, como su entorno familiar y social, asegurando así que la decisión surja de una voluntad genuina y no de presiones externas.

Plantea que las voluntades anticipadas sean parte del expediente digital EDUS, permitiendo que todos los profesionales responsables tengan acceso directo a esa información, y que se mantenga un control riguroso y sistematizado de los casos.

Análisis de Resultados Unidad 3.2.

A continuación, se realiza un análisis detallado de las posturas de los expertos sobre la adaptación de modelos internacionales al contexto costarricense, resaltando las coincidencias, diferencias y los aportes específicos.

Coincidencias principales:

1 Todos los expertos coinciden en que la eutanasia debe ser evaluada por un equipo interdisciplinario, conformado al menos por médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, para asegurar que la decisión del paciente sea autónoma, informada y libre de presiones.

2 Reconocen la necesidad de integrar las voluntades anticipadas al expediente digital EDUS, como mecanismo de control y garantía de respeto a la voluntad del paciente.

3 Aceptan la importancia de un proceso formal, documentado y transparente, resguardado por la CCSS, para evitar abusos o decisiones precipitadas.

4 Subrayan que la documentación debe tener acceso restringido, resguardada únicamente por los equipos profesionales autorizados, protegiendo la privacidad del paciente.

Diferencias y aportes específicos:

- El Dr. Vega aporta la idea de que la eutanasia debe realizarse exclusivamente en hospitales o centros especializados, no en domicilios, para garantizar formalidad y seguridad, y propone además la creación de un registro oficial en el Tribunal Supremo de Elecciones.

- La Dra. García enfatiza que la CCSS debe liderar el proceso, por ser el pilar del sistema de salud costarricense, y advierte que los médicos privados no deben intervenir en estos procedimientos por posibles conflictos éticos o económicos.
- Karen Valverde aporta una visión social importante al destacar el acompañamiento familiar terapéutico, señalando que no solo el paciente, sino también su familia, requiere orientación y apoyo durante el proceso, algo que debe formar parte integral del protocolo.
- La Dra. Mendoza aporta la necesidad de que la comisión interdisciplinaria investigue a fondo el entorno familiar del paciente, para descartar cualquier manipulación o presión, además de confirmar la patología que justifica el procedimiento.

Conclusión analítica:

Del análisis de los expertos se concluye que Costa Rica podría adaptar ciertos elementos de modelos internacionales como los de Países Bajos, Bélgica o Canadá, pero con adaptaciones específicas a su contexto social, cultural y jurídico.

Existe consenso en que la eutanasia no puede dejarse en manos individuales o aisladas, sino que requiere un marco institucional robusto, con participación directa de la CCSS, comisiones interdisciplinarias, y sistemas formales de documentación y control.

Además, se identifica como esencial la creación de un protocolo oficial y normado, que incluya desde la evaluación médica y psicológica hasta el acompañamiento familiar, y que garantice la trazabilidad del procedimiento mediante el EDUS.

Finalmente, es evidente la necesidad de un marco ético, legal y administrativo sólido, con lineamientos claros que protejan tanto al paciente como a los profesionales de salud, para asegurar que la eutanasia se aplique respetando la dignidad, autonomía y seguridad jurídica de todos los involucrados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Durante nuestra existencia, el ser humano se ha preparado para la vida, para sus etapas, para sus desafíos, e incluso para sus finales felices o desafortunados. Sin embargo, hay algo que por más que lo intentemos, jamás lograremos aceptar con total claridad: la muerte. Hablar de la muerte sigue siendo un tema prohibido en muchos espacios, y aunque todos sabemos que es inevitable, pocos nos atrevemos a mirarla de frente y reflexionar sobre su significado profundo. La muerte llega, con o sin nuestro permiso, pero siempre a tiempo. Y aun así, jamás estaremos del todo preparados para soltar la vida, ni para ver partir a quienes amamos.

En ese contexto, la palabra eutanasia (tan cargada de prejuicios, tabúes y temores) se convierte en una especie de monstruo social, cuando en realidad su significado etimológico es, precisamente, "buena muerte". Es ese último acto de dignidad humana, en el cual una persona, consciente de su sufrimiento irreparable, pueda decidir sobre el momento y la forma de partir. Y aunque muchos intentan negar ese derecho, la realidad nos golpea con la vivencia de miles de personas que mueren en condiciones indignas, que ya no desean seguir viviendo y que imploran por un derecho que nuestro país aún no reconoce. La eutanasia, lejos de ser un atentado contra la vida, es en muchos casos la defensa más valiente de la dignidad humana.

Así, bajo esta mirada humana y jurídica, el objetivo principal de esta tesis fue proponer recomendaciones para un eventual marco legal que permita la eutanasia en Costa Rica, con el fin de otorgar un respaldo normativo al derecho de las personas con enfermedades terminales de finalizar su vida de forma digna, basado en el análisis detallado del Expediente N.º 21.383, así como en la revisión de experiencias internacionales en países europeos y americanos que ya han regulado este derecho.

De manera específica, se examinaron los principales componentes del Expediente N.º 21.383, evaluando su viabilidad dentro del marco constitucional costarricense, tomando

en cuenta tanto los principios de la Constitución Política, como los alcances del Código Penal y la normativa de salud vigente. Se identificaron los puntos fuertes y débiles de dicho proyecto de ley, analizando su capacidad real para responder a los retos que implica la eutanasia en nuestro contexto nacional.

En segundo lugar, se realizó un análisis comparativo de las legislaciones extranjeras, especialmente de países como España, Colombia, Canadá, Bélgica, Países Bajos, Nueva Zelanda, Portugal y Ecuador, rescatando de esas normativas los elementos que podrían ser adaptados a nuestra realidad, pero también identificando los desafíos que otros países han enfrentado al implementar este derecho, lo cual permite extraer lecciones valiosas para Costa Rica.

Por último, se formularán recomendaciones jurídicas claras y concretas, basadas en la experiencia internacional y en las opiniones de expertos nacionales en las áreas de Medicina, Derecho y Trabajo Social, quienes aportaron su conocimiento y su experiencia directa con personas en situación de sufrimiento terminal. Estas recomendaciones no solo abordan los aspectos legales, sino también los éticos, médicos y sociales, indispensables para una regulación sólida, humana y efectiva.

Cada uno de estos objetivos se trató de sustentar de la manera más rigurosa posible, apelando a fuentes académicas actualizadas, marcos legales nacionales e internacionales, y sobre todo, al valioso conocimiento de expertos que aportaron con generosidad y profundidad a la investigación.

Todo este esfuerzo investigativo nos permite acercarnos a la respuesta de la pregunta de tesis que guio este trabajo: ¿Puede Costa Rica, desde su marco constitucional, penal y de salud, desarrollar una normativa que permita la eutanasia en casos de personas con enfermedades terminales, respetando los valores éticos y culturales del país?

Una pregunta que busca resolver el profundo dilema que existe entre la inviolabilidad del derecho a la vida y el derecho a morir con dignidad, especialmente en

aquellos contextos de sufrimiento irreversible, donde la medicina ya no puede ofrecer una cura, pero sí podría ofrecer una última y digna salida.

Asimismo, a lo largo de esta investigación se analizaron dos iniciativas fundamentales para el desarrollo del derecho a la eutanasia en Costa Rica. En primer lugar, el Proyecto de Ley N.º 19.440, primer intento formal presentado en la Asamblea Legislativa, que aunque no logró avanzar, abrió el debate público y permitió visibilizar la necesidad de una normativa que atienda la realidad del sufrimiento humano en etapas terminales.

Por otra parte se tuvo además, como objeto de estudio profundo la tesis de Yoselin Mata y María José Valverde Barrantes, quienes en su momento abordaron esta temática pionera desde una perspectiva jurídica, aportando una base académica que hoy sigue siendo un punto de referencia obligatorio en el desarrollo de esta discusión en nuestro país. Ellas darían su aporte al proyecto de ley 21.383 junto con la Sra. Paola Vega.

El Proyecto de Ley N.º 21.383, actualmente en discusión legislativa, fue analizado de manera detallada, por ser el esfuerzo más reciente y completo para regular la eutanasia de forma directa en Costa Rica. Este proyecto permitió evaluar, a la luz de nuestra Constitución y legislación vigente, cuáles son las fortalezas y las áreas que aún requieren ajustes para garantizar una regulación respetuosa de los derechos fundamentales y de los valores culturales de la sociedad costarricense. Ambos proyectos fueron esenciales para comprender el proceso de evolución legislativa y social en torno a la eutanasia en nuestro país, así como las resistencias y los argumentos que han surgido en los diversos espacios de discusión.

Pero no solo fue relevante el análisis legal contemporáneo, sino también la comprensión histórica y filosófica del concepto de eutanasia, lo cual permitió darle mayor profundidad y contexto a esta investigación. Para ello, se realizó un estudio etimológico del término, descubriendo su origen griego "eu" (buena) y "thanatos" (muerte), entendida como

"buena muerte", una idea que en sus inicios no tenía la connotación negativa que muchas personas le asignan hoy día.

Además, se abordó la evolución histórica de la eutanasia desde las épocas primitivas, donde las sociedades tomaban decisiones para poner fin a las vidas de miembros vulnerables, por razones de supervivencia o creencias colectivas, hasta la época antigua, incluyendo el pueblo judío, los griegos y los romanos, quienes debatieron profundamente sobre el sentido de una muerte digna y sobre cuándo, en determinadas circunstancias, podría considerarse lícito abreviar la vida para evitar el sufrimiento.

Particularmente en la civilización griega, pensadores como Platón y Séneca reflexionaron sobre la posibilidad de que una persona, en determinadas condiciones extremas de dolor o inutilidad para sí misma y para la sociedad, pudiera recurrir a una muerte asistida. En el mundo romano, aunque con una fuerte tradición del deber cívico, también se reconocieron prácticas de suicidio asistido en casos de enfermedad incurable. En contraste, el pueblo judío y las tradiciones judeocristianas, que luego influirán fuertemente en el pensamiento occidental, sostuvieron y defendieron el principio de la sacralidad e inviolabilidad de la vida, postura que sigue predominando en muchas de nuestras legislaciones modernas.

Ya en la etapa moderna, se revisaron los tristes episodios de manipulación del concepto de eutanasia, como sucedió durante el régimen nazi, donde bajo el nombre de "eutanasia" se cometieron actos atroces y genocidas, tergiversando totalmente el sentido original del término y mancillando su significado humanista. Este capítulo oscuro de la historia dejó profundas cicatrices en la discusión bioética, por lo cual hoy día las legislaciones que regulan la eutanasia establecen estrictos controles para evitar cualquier forma de abuso.

No obstante, a partir del siglo XX y XXI, la eutanasia ha sido recuperada desde una concepción humanista, centrada en la dignidad, la autonomía y el derecho a no prolongar

innecesariamente el sufrimiento. En este sentido, países como los Países Bajos, Bélgica, España, Canadá, y más recientemente Colombia, Portugal y Ecuador, han avanzado en reconocer que, en ciertas condiciones, ayudar a morir puede ser un acto de compasión y respeto por la libertad personal.

Por eso, comprender esta evolución histórica, desde las primeras sociedades hasta el debate contemporáneo, fue esencial para darle contexto a la propuesta costarricense y para evidenciar que la eutanasia no es un concepto ajeno a la humanidad, sino una respuesta compleja a dilemas eternos sobre la vida, el sufrimiento y la muerte.

Por otra parte siempre fue importante que, antes de adentrarse en la complejidad del análisis jurídico, ético y médico de la eutanasia, se realizara un esfuerzo serio y profundo por comprender todas las definiciones que giran en torno a este tema, muchas veces confundidas o mal utilizadas tanto en la discusión académica como en el debate social.

Así, fue fundamental diferenciar claramente conceptos como la eutanasia activa y pasiva, la muerte asistida, el suicidio médicamente asistido, y la distinción crucial entre eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Cada una de estas figuras representa realidades distintas, con consecuencias jurídicas y morales de enorme peso. Mientras la eutanasia activa implica un acto directo para causar la muerte a solicitud del paciente, la pasiva conlleva la omisión de tratamientos que prolongan artificialmente la vida, permitiendo que la muerte sobrevenga de forma natural.

Del mismo modo, comprender el suicidio asistido —en el cual el propio paciente ejecuta el acto final, pero con ayuda médica— permitió aclarar las fronteras legales y éticas de estas prácticas. A ello se sumó la reflexión sobre la eutanasia voluntaria (cuando es solicitada por el propio paciente), la involuntaria (cuando se realiza en contra de la voluntad del paciente, siendo inadmisible en cualquier contexto jurídico y ético), y la no voluntaria (cuando el paciente ya no puede expresar su voluntad, pero se deja constancia previa en documentos como las voluntades anticipadas).

Además, fue indispensable analizar, a la luz del artículo 116 del Código Penal costarricense, la llamada "muerte por piedad", figura que actualmente penaliza, aunque con una sanción reducida, los actos que buscan aliviar el sufrimiento terminal de una persona mediante la provocación directa de la muerte. Esta normativa vigente contrasta con el concepto de eutanasia regulada, que busca precisamente evitar la clandestinidad de tales actos y dotarlos de seguridad jurídica, ética y médica.

No menos relevante fue la diferenciación entre eutanasia y rechazo de tratamiento, entendiendo que la persona tiene derecho a rechazar procedimientos médicos invasivos o inútiles, aun cuando esa negativa acelere su muerte. El derecho a la autonomía y a rechazar el encarnizamiento terapéutico —prolongar la vida a toda costa, incluso causando más dolor que beneficio— fue una base ética ineludible para discutir la eutanasia como una alternativa digna frente al sufrimiento extremo.

Pero la investigación no se limitó a lo legal o conceptual. Fue indispensable también evaluar los aspectos médicos, psicológicos y sociales que rodean la eutanasia, porque detrás de cada solicitud, de cada debate, existe un ser humano concreto, con un contexto familiar, cultural y emocional complejo.

Desde el punto de vista médico, se abordaron las implicaciones técnicas de realizar un procedimiento de eutanasia, así como la responsabilidad ética que recae en los profesionales de salud, quienes deben garantizar que se cumplan los más altos estándares de consentimiento informado, acompañamiento y validación clínica de la enfermedad y el sufrimiento. El profesional de la salud, además, debe enfrentar un desafío personal al tener que balancear su vocación de aliviar el dolor, con el mandato ético de no causar daño, lo que genera profundas disyuntivas que deben ser apoyadas por equipos interdisciplinarios y marcos normativos claros.

Desde la perspectiva psicológica, se valoró el impacto emocional y mental en los pacientes terminales que pueden llegar a ver la eutanasia como una vía para retomar el

control sobre su vida, pero también se visibilizó el enorme peso que puede tener sobre los profesionales de salud y sobre las familias. La preparación psicológica, tanto del paciente como de su entorno cercano, es un factor que debe acompañar cualquier proceso de decisión, pues la eutanasia no es solamente un acto médico, sino un hecho profundamente humano, cargado de significados personales, sociales y culturales.

Pero quizá uno de los aspectos más conmovedores y delicados es la dimensión familiar. Porque la eutanasia no solo afecta al paciente, sino a todos los que caminan a su lado en el dolor, en la esperanza, y en la despedida. Las familias son los testigos silenciosos del deterioro, del sufrimiento prolongado, de la lucha constante, y muchas veces del olvido del sistema de salud. Por ello, cualquier legislación o protocolo sobre eutanasia debe poner en el centro el acompañamiento a los seres queridos, brindándoles espacio para la contención emocional, para entender el proceso y para sanar, en la medida de lo posible, las heridas que deja la despedida. La familia debe sentirse escuchada, acompañada y respetada, y nunca una decisión tan trascendental puede tomarse sin considerar el impacto profundo que tendrá en ellos.

Por otra parte, la dimensión religiosa y espiritual no puede ni debe ser ignorada. En un país como Costa Rica, donde la fe sigue siendo un componente esencial en la vida de muchas personas, el derecho a la eutanasia debe coexistir con el derecho a la libertad de credo y conciencia. Ninguna persona debe verse obligada a practicar la eutanasia contra sus creencias, pero tampoco se puede imponer a otros el sufrimiento basado en concepciones que no comparten. Por ello, el respeto a las convicciones religiosas y filosóficas debe garantizarse tanto para los profesionales que podrían objetar, como para los pacientes que, desde su propia visión espiritual, eligen cómo transitar el último tramo de su vida.

Es imprescindible tener en nuestros pensamientos que, hablar de eutanasia no es hablar solo de leyes y procedimientos médicos, es hablar de la vida misma, de su final, de

su dignidad, de sus silencios, y de las personas que acompañan y sostienen el dolor ajeno. Es hablar del derecho a decidir cómo partir, pero también del derecho de cada familia y cada médico a comprender y acompañar esa decisión desde el amor, la compasión y el respeto más profundo.

Además, resultó imprescindible contar con un sólido análisis de la jurisprudencia nacional, en especial de la Sala Constitucional, en torno al derecho a la vida digna, la autonomía personal y los límites al poder estatal frente a la autodeterminación del individuo. Este abordaje no solo permitió comprender cómo la propia Constitución Política de Costa Rica protege el derecho a la dignidad humana, sino también cómo la interpretación de la Sala Constitucional ha evolucionado para reconocer que la vida es un derecho, pero no es quizás casi que no una obligación que deba mantenerse a cualquier costo cuando se convierte en fuente de sufrimiento extremo.

En este sentido, el análisis de las sentencias de la Sala Constitucional fue esencial para entender que el derecho a la vida no puede aislarse del derecho a vivir dignamente, y que el respeto a la autonomía individual forma parte de la esencia misma de los derechos fundamentales reconocidos por nuestro ordenamiento.

Asimismo, la investigación abordó de manera rigurosa los conflictos bioéticos que emergen en la discusión sobre eutanasia, evidenciando los dilemas morales que enfrentan no solo los pacientes, sino también los médicos, las familias y la sociedad en general. Reflexionar sobre principios como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, permitió dar una visión integral de los alcances y límites que tendría una eventual regulación de la eutanasia en Costa Rica.

Por otra parte, el análisis de la situación nacional a partir de encuestas reales sobre el derecho a morir dignamente fue un componente fundamental, porque permitió conocer de primera mano la percepción que tiene la ciudadanía costarricense sobre este tema. Este enfoque enriqueció la investigación al sumar la voz de la sociedad, que en muchos casos

apoya la posibilidad de poner fin al sufrimiento bajo un marco legal estricto y controlado, reflejando una evolución de pensamiento social y cultural que no puede ser ignorada por el Derecho.

Otro de los pilares esenciales de este trabajo fue el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, tanto de los profesionales médicos como de las instituciones. En un país diverso y con fuertes raíces religiosas, la posibilidad de que un médico o profesional de la salud pueda abstenerse de participar en un procedimiento de eutanasia por razones éticas, morales o religiosas, es una garantía que debe quedar plenamente asegurada en cualquier normativa que se proponga. Este respeto a la libertad de conciencia es tan fundamental como el derecho del paciente a decidir sobre su propia vida. Por ello, la investigación resaltó la importancia de crear registros formales y mecanismos de derivación para asegurar la atención del paciente, sin violentar las convicciones del profesional.

Además, se exploró a profundidad el conflicto normativo y doctrinal que podría suscitarse en caso de aprobarse el Proyecto de Ley 21.383, especialmente en relación con leyes vigentes como la Ley General de Salud (Ley 5395), el Código Penal, la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud (Ley 8239), la normativa de la Defensoría de los Habitantes, los lineamientos del Colegio de Médicos y Cirujanos, y la Ley de Voluntades Anticipadas.

El Código Penal, por ejemplo, establece sanciones para quien cause la muerte, aunque sea por piedad, en su artículo 116; mientras que la Ley General de Salud y la Ley de Derechos de las Personas Pacientes enfatizan el deber de preservar la vida y de brindar cuidados adecuados. Sin embargo, al analizar estas normas desde la perspectiva de los derechos humanos, se evidenció la necesidad de armonizar estas leyes con un eventual reconocimiento del derecho a morir dignamente, estableciendo excepciones claras, protocolos definidos y salvaguardas para evitar cualquier abuso.

De igual manera, la Defensoría de los Habitantes y el Colegio de Médicos y Cirujanos tendrían un papel esencial en la fiscalización y supervisión del procedimiento, velando tanto por los derechos del paciente como por la protección de los profesionales que participen o se abstengan por objeción de conciencia.

Finalmente, el estudio de las voluntades anticipadas como un mecanismo complementario para garantizar la voluntad libre, consciente y anticipada del paciente, permitió comprender la necesidad de regular y fortalecer este instrumento jurídico en Costa Rica, a fin de que las personas puedan dejar constancia expresa de sus decisiones ante eventuales situaciones de incapacidad futura.

En suma, todas estas áreas de análisis permitieron construir una visión global y profunda de los alcances, implicaciones y retos que enfrenta la regulación de la eutanasia en nuestro país, revelando que el camino hacia una legislación responsable y humana requiere no solo voluntad política, sino también una revisión exhaustiva de nuestro sistema normativo, bioético y médico.

Además, esta investigación no hubiera alcanzado su plenitud sin el necesario abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, específicamente, a partir del estudio de instrumentos fundamentales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Al analizar estos cuerpos normativos, se logró comprender que el derecho a la vida, lejos de ser un concepto aislado, está profundamente vinculado con la dignidad humana, la autonomía y el derecho a no ser sometido a tratos crueles o inhumanos, especialmente cuando la vida se prolonga en condiciones de sufrimiento extremo.

Asimismo, el análisis de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos fue determinante, al revelar cómo la Corte ha interpretado la vida como un

derecho que debe garantizarse con dignidad, respeto y dentro de los límites que impone la autonomía del ser humano. Así, quedó evidenciado que el Derecho Internacional reconoce el derecho a una vida digna, pero también a una muerte que no prolongue indebidamente el sufrimiento humano, siendo un derecho autónomo que emerge de la propia esencia de la dignidad.

A la par de este enfoque, fue necesario adentrarse en el análisis comparado de las legislaciones de los nueve países que, al día de hoy, han legalizado la eutanasia. Este examen permitió constatar cómo diversas culturas jurídicas han enfrentado y resuelto los dilemas que plantea este derecho, permitiendo extraer lecciones valiosas para el caso costarricense.

En este sentido, se estudiaron en profundidad las leyes y reglamentos de los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Nueva Zelanda, Austria, Colombia, España y recientemente Ecuador, permitiendo observar una serie de patrones comunes y divergencias que reflejan tanto consensos éticos universales como diferencias culturales y jurídicas.

Entre los hallazgos más relevantes se identificó que, pese a las diferencias formales, todos estos países comparten una concepción fundamental de la eutanasia como un acto que busca garantizar una muerte digna, realizado por petición expresa del paciente y bajo un estricto control médico y ético. Asimismo, se constató que en todos los marcos normativos se exige la plena capacidad mental del paciente, la manifestación de una voluntad libre, informada y reiterada, y la existencia de un padecimiento grave e irreversible que le cause sufrimiento insoportable.

De manera transversal, se comprobó la necesidad universal de establecer procedimientos formales y detallados que incluyen: solicitud escrita, períodos de espera para confirmar la voluntad, evaluación por múltiples profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos) y comités de revisión o evaluación. También se reconoce el derecho a la

objeción de conciencia de los profesionales de la salud, asegurando el respeto a sus convicciones personales sin afectar el derecho del paciente.

No obstante, el estudio reveló importantes diferencias y matices. Por ejemplo, mientras que algunos países como Ecuador y Colombia han desarrollado sus marcos regulatorios a partir de sentencias constitucionales, otros como España y Nueva Zelanda lo han hecho mediante procesos legislativos o referéndums, mostrando diferencias en la legitimación democrática de la norma.

Además, las condiciones clínicas aceptadas varían: algunos países restringen la eutanasia a personas con enfermedades terminales, mientras otros la extienden a personas con sufrimientos físicos o psicológicos persistentes, o con lesiones de extrema gravedad. Asimismo, aunque varios países permiten tanto la eutanasia activa como el suicidio médicamente asistido, otros limitan la intervención solo a una de estas modalidades.

Se advirtió también cómo algunos modelos incluyen la eutanasia avoluntaria en casos de pérdida de capacidad, mediante directrices anticipadas o testamentos vitales, cuestión aún controvertida en otros sistemas. Igualmente, la organización de los órganos de control, las comisiones de evaluación y los plazos para tramitar las solicitudes difieren ampliamente, reflejando diversos niveles de intervención estatal, así como variaciones en la rapidez y accesibilidad del proceso.

Otro aspecto notable fue el reconocimiento en algunos sistemas de la muerte médicamente asistida como "muerte natural", a efectos legales y de seguros, mientras que otros no contemplan expresamente esta clasificación. Asimismo, las disposiciones sobre modificaciones al Código Penal y las garantías de confidencialidad y registro también muestran diferencias sustanciales, reflejando los retos legislativos que enfrenta cada nación.

Finalmente, resulta esencial destacar que, aunque todas las legislaciones revisadas convergen en el reconocimiento del derecho a una muerte digna bajo estrictos parámetros

éticos y médicos, la forma y el contexto en que estas leyes han sido concebidas y aplicadas varían según la cultura, las tradiciones jurídicas y las dinámicas sociales de cada país.

Este estudio comparado permitió entonces dimensionar los enormes retos que enfrenta Costa Rica en su camino hacia la posible aprobación de un marco jurídico sobre eutanasia, revelando que, si bien existe un patrón internacional de respeto a la autonomía y al alivio del sufrimiento, la implementación efectiva de una ley de este tipo exige una profunda adaptación a las realidades jurídicas, sociales, culturales y religiosas del país.

En consecuencia, la lección que deja la experiencia internacional es que regular la eutanasia no puede ser un simple traslado de modelos foráneos, sino un ejercicio reflexivo que equilibre la dignidad humana, la libertad de conciencia, la protección de los más vulnerables y la seguridad jurídica para todos los involucrados.

Preámbulo General para la Respuesta a los Objetivos Específicos

Con base en los objetivos trazados en la presente investigación, así como en el análisis riguroso de las entrevistas realizadas a expertos destacados en el campo médico, jurídico, social y paliativista, se procede a ofrecer una respuesta integral y fundamentada a cada uno de los objetivos planteados al inicio de esta tesis. Dicho desarrollo responde tanto al marco teórico y jurídico analizado, como a la voz autorizada de los profesionales consultados, quienes desde su experiencia enriquecieron profundamente las reflexiones aquí expuestas.

Objetivo Específico 1: Examinar el Expediente No. 21.383, identificando sus principales componentes y su viabilidad en el marco jurídico costarricense relacionado con el derecho a finalizar la vida de forma digna.

El análisis exhaustivo realizado en las Unidades de Análisis 1.1 y 1.2, junto con las entrevistas a expertos, permite afirmar que, si bien el Proyecto de Ley No. 21.383

representa un avance relevante en la discusión nacional sobre el derecho a una muerte digna, su viabilidad jurídica y médica requiere atender una serie de retos sustanciales que emergen desde las realidades del sistema de salud costarricense, la ética médica y las normativas vigentes.

Por un lado, los expertos coinciden en la urgente necesidad de definir criterios médicos claros, objetivos y uniformes para determinar la elegibilidad de los pacientes a la eutanasia, reconociendo como elemento central la autonomía de la voluntad. Se enfatiza que la persona solicitante debe estar en pleno uso de sus capacidades mentales, o haber dejado expresa constancia en un documento de voluntades anticipadas. A nivel clínico, se identifican como enfermedades más susceptibles de este procedimiento aquellas graves, incurables y generadoras de sufrimiento insoportable, tales como el cáncer terminal y el ELA, aunque expertos como el Dr. Franz Vega proponen ampliar el concepto hacia enfermedades crónicas de gran sufrimiento que no necesariamente sean terminales. Sin embargo, este criterio no es compartido por todos, ya que algunos profesionales, como la Dra. Skarleth García, recalcan la necesidad de fortalecer primero los cuidados paliativos para evitar una expansión prematura del concepto de eutanasia.

Desde la perspectiva jurídica, se resalta la importancia de considerar los antecedentes legislativos nacionales y la ausencia de un desarrollo legal robusto sobre la objeción de conciencia, los comités de evaluación, y los protocolos claros para proteger tanto al paciente como a los profesionales de la salud. Si bien el Expediente N.° 21.383 contempla algunos de estos elementos, los expertos coinciden en que hace falta un desarrollo más profundo para garantizar la seguridad jurídica del procedimiento, incluyendo lineamientos claros para determinar el sufrimiento insoportable, y el mecanismo para certificar la voluntad anticipada del paciente, así como la regulación de la objeción de conciencia, un derecho fundamental para los médicos, aún ausente en la legislación nacional.

Por otro lado, los análisis muestran que existen limitaciones estructurales y de acceso al sistema de cuidados paliativos que podrían obstaculizar la correcta implementación de la eutanasia en Costa Rica. Se evidencia que, aunque existe un sistema formal de atención paliativa, su cobertura es desigual entre zonas rurales y urbanas, con importantes deficiencias en acceso a medicamentos especializados, atención espiritual y acompañamiento integral, lo que en algunos casos podría precipitar la decisión de solicitar la eutanasia sin haber agotado otras alternativas terapéuticas de alivio al sufrimiento.

En definitiva, el Proyecto de Ley N.° 21.383 representa un avance valioso, pero enfrenta limitaciones prácticas, médicas, éticas y normativas que requieren ser resueltas antes de su implementación, para garantizar el equilibrio adecuado entre el respeto a la autonomía del paciente y la protección de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, la dignidad y la salud.

Objetivo Específico 2: Contrastar las legislaciones extranjeras de países europeos y americanos sobre el derecho a una vida digna en casos de personas con enfermedades terminales, obteniendo elementos que puedan ser adaptados e implementados en Costa Rica en caso de aprobarse el proyecto de ley N.° 21383.

El análisis de las Unidades de Análisis 2.1 y 2.2, en conjunto con el estudio detallado de las legislaciones de los nueve países que actualmente regulan la eutanasia, permitió identificar elementos clave que podrían servir como base para la adaptación de un modelo costarricense.

De manera unánime, las entrevistas a los expertos enfatizan la importancia de un enfoque interdisciplinario, siguiendo el modelo de países como España, Países Bajos y Canadá, donde la decisión sobre la eutanasia no recae únicamente en el médico tratante, sino en un equipo conformado por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y, en algunos casos, bioeticistas. Esta práctica busca garantizar que la decisión del paciente

sea completamente libre, informada y exenta de cualquier presión externa, especialmente familiar, como se ha visto en los modelos canadienses y belgas. Así también, los expertos insisten en la necesidad de formalizar la solicitud por medio de voluntades anticipadas, debidamente consignadas, como ocurre en el modelo español, para salvaguardar la decisión del paciente ante una eventual pérdida de capacidad.

Por otro lado, se identifican procedimientos robustos para garantizar la seguridad jurídica y ética del proceso, como la creación de comités nacionales o regionales para revisar cada solicitud, siguiendo modelos como el de Nueva Zelanda, y la obligación de presentar informes médicos, psicológicos y sociales para cada caso, como sucede en Ecuador y Colombia. Asimismo, se reconoce la experiencia de países que, al incorporar la eutanasia, han enfrentado desafíos por la falta de protocolos claros o ausencia de control estatal, errores que Costa Rica debe evitar mediante una legislación detallada y protocolos definidos.

En cuanto al consentimiento informado, todos los expertos coinciden en que debe ser reafirmado en varias etapas, como se hace en Canadá, y documentado exhaustivamente para asegurar que no haya presiones indebidas, especialmente familiares, como lo subrayan la Experta C y la Dra. Mendoza.

Finalmente, se reconoce que una de las debilidades comunes en los países analizados ha sido la falta de formación del personal médico en el tema de eutanasia, aspecto que debe abordarse en Costa Rica desde una perspectiva de formación en bioética, derecho y cuidados paliativos, como enfatizan varios expertos.

Por lo tanto, el análisis comparado permite concluir que, si bien existen modelos exitosos que podrían guiar a Costa Rica, es indispensable contextualizar cada elemento a la realidad nacional, para evitar copiar modelos que no respondan a las particularidades culturales, éticas y médicas del país.

Objetivo Específico 3: Recomendar elementos de un marco jurídico para Costa Rica, basados en prácticas internacionales y adaptados a las necesidades específicas del contexto costarricense, avalando el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades terminales.

A partir del análisis profundo de las Unidades de Análisis 3.1 y 3.2, se concluye que un eventual marco jurídico sobre eutanasia en Costa Rica debe fundamentarse en cuatro grandes pilares: seguridad jurídica, enfoque interdisciplinario, respeto a la autonomía del paciente y garantías éticas para los profesionales de la salud.

En primer lugar, la creación de comisiones interdisciplinarias, compuestas por médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y representantes bioéticos, es una recomendación unánime de los expertos, con el fin de evaluar cada caso de forma rigurosa, libre de presiones externas, y con todos los elementos médicos y psicosociales. Esta comisión tendría también la responsabilidad de emitir dictámenes vinculantes, similares a los modelos europeos.

En segundo lugar, se recomienda que toda solicitud de eutanasia esté documentada en el EDUS, junto a las voluntades anticipadas del paciente, y que exista un expediente especial de acceso restringido, lo que garantizaría la transparencia, seguimiento y trazabilidad del procedimiento. El Dr. Vega, la Dra. Mendoza y Karen Valverde coinciden en la necesidad de esta documentación controlada, que permita proteger tanto al paciente como a los profesionales involucrados.

En tercer lugar, los expertos señalan la necesidad de un protocolo formal que establezca los pasos, criterios médicos, revisión de la solicitud, tiempos de espera, y mecanismos de revocación. Este protocolo debe incluir además, la certificación por al menos dos médicos independientes, y una evaluación psicosocial, tomando ejemplos exitosos de países como Países Bajos y Canadá.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de incorporar al sistema legal costarricense el derecho de los profesionales a la objeción de conciencia, garantizando que quienes no deseen participar en el proceso por razones éticas, religiosas o personales, puedan abstenerse sin sanciones, asegurando siempre la derivación adecuada del caso.

Respuesta Final a la Pregunta de Investigación.

¿Puede Costa Rica, desde su marco constitucional, penal y de salud, desarrollar una normativa que permita la eutanasia en casos de personas con enfermedades terminales, respetando los valores éticos y culturales del país?

Sí, Costa Rica puede. Y quizás, más que poder, hoy está preparada para abrir esa conversación con el respeto y la seriedad que merece.

Pero no es un "sí" impuesto. No es un "sí" que busque obligar, ni apresurar. Es un "sí" que reconoce la humanidad profunda de quien llega al final de su camino con sufrimiento. Es un "sí" que abre una puerta para quienes, después de haberlo intentado todo, después de haber recibido cuidados paliativos, apoyo médico y familiar, deciden por su propia voluntad, que ya no desean continuar viviendo en ese dolor que les arrebata cada instante de paz.

A lo largo de esta investigación, ha quedado claro que la eutanasia no es la única respuesta. Existen los cuidados paliativos, que en muchos casos logran aliviar y acompañar de manera integral al paciente y su familia. Existen tratamientos, apoyos médicos, psicológicos y espirituales. Pero también se ha evidenciado que, a pesar de todos esos esfuerzos, hay personas para quienes ninguna intervención logra devolverles la serenidad, y que frente al desgaste físico, emocional y espiritual, desean elegir el momento de su despedida.

Y es ahí donde el derecho a una muerte digna aparece como un acto profundamente humano, como una decisión personal, única, íntima, que no debería ser impedida por leyes que solo reconocen el derecho a vivir, pero no el derecho a decidir cómo y cuándo terminar una vida marcada por el sufrimiento.

Costa Rica, un país que ha hecho de los derechos humanos su estandarte, puede desarrollar una normativa que respete la libertad y la dignidad de las personas, sin chocar con los valores culturales y éticos que nos caracterizan. Porque esa normativa no sería una obligación, ni una condena, sino una opción respetuosa, ofrecida solo a quienes, con plena conciencia y libertad, eligen esa vía.

Legislar sobre la eutanasia no significa que todos deban tomar ese camino. Significa reconocer que, así como respetamos la libertad de cada quien para vivir según sus creencias, sus valores, sus elecciones, también deberíamos respetar la libertad de decidir cuándo decir adiós, si la vida se ha vuelto insoportable, y todas las demás alternativas han sido agotadas.

Una ley de eutanasia bien pensada, bien regulada, con garantías éticas, jurídicas y médicas, puede convivir perfectamente con los cuidados paliativos, con el acompañamiento espiritual, y con la libertad de conciencia de los profesionales de la salud. Puede y debe incluir el derecho de los médicos a la objeción de conciencia, porque nadie debería ser forzado a participar en algo que no comparte. Y al mismo tiempo, puede dar respuesta a esas personas que, después de recibir todo el apoyo posible, simplemente ya no pueden más.

Durante este proceso de investigación, escuchamos a expertos en medicina, derecho, trabajo social y cuidados paliativos, y sus voces reflejan la complejidad de este tema. Pero también coinciden en algo esencial: la dignidad de una persona está por encima de cualquier otro argumento. Y defender esa dignidad incluye permitir que, si así lo decide,

pueda morir en paz, en compañía, con amor, y no en medio del sufrimiento insoportable o de la soledad.

Por eso, la respuesta es sí. Costa Rica puede desarrollar una ley que permita a quienes enfrentan el final de su vida, elegir cómo y cuándo quieren partir, si así lo desean. Una ley que reconozca su derecho a decidir, sin imposiciones, sin presiones familiares, sin juicios sociales ni médicos, y que brinde garantías para que esa decisión sea plenamente libre, consciente y respetada.

Concluir esta investigación no significa cerrar un debate, sino más bien abrir una puerta necesaria para Costa Rica. Esta tesis no pretende imponer verdades absolutas, sino ofrecer un camino de reflexión profunda sobre el derecho a morir con dignidad, cuando la vida, lejos de ser un regalo, se convierte en una carga de sufrimiento imposible de sostener. Se ha intentado dar voz a los que no la tienen, a aquellos que enfrentan día a día una lucha silenciosa contra el dolor y el olvido social. Así, se ha defendido una idea esencial: que cada ser humano debe tener la libertad y el derecho a decidir sobre su vida y su muerte, en un marco de respeto, amor y acompañamiento.

Costa Rica, como país de paz, de respeto a los derechos humanos, y de valores profundamente arraigados en la dignidad de la persona, tiene la capacidad moral, ética y jurídica para dar este paso histórico, que no niega ni suplanta otras formas de atención como los cuidados paliativos, sino que las complementa, ofreciendo una opción adicional a quienes han llegado al límite del sufrimiento.

Que esta tesis sirva como un humilde aporte a ese diálogo nacional que tarde o temprano deberá darse, y que al hacerlo, pongamos al centro de todo a la persona, su voluntad, su dignidad y su derecho a una vida y a una muerte en paz, libre de imposiciones y sufrimientos innecesarios. Porque, al final, defender el derecho a decidir cómo vivir y cómo

morir, es defender lo más profundo de la libertad humana: la autonomía de existir y partir con la frente en alto, rodeados de respeto, amor y compasión.

Recomendaciones

La mayor y más importante recomendación que puede ofrecer esta tesis, en fidelidad y tributo al objetivo general propuesto, es avanzar en la construcción de un marco jurídico sólido y respetuoso que haga posible, en Costa Rica, el derecho a finalizar la vida de manera digna en personas con enfermedades terminales. Este objetivo, que ha guiado cada paso de esta investigación, no es solo un planteamiento académico, sino una responsabilidad moral hacia aquellos que enfrentan un sufrimiento que ya no encuentra consuelo.

Por ello, como un humilde y profundo homenaje al objetivo general, y a todas las voces que claman por ser escuchadas, se propone la creación de un "Capítulo XI" dentro de esta tesis, titulado:

"Reglamento para la Aplicación Controlada, Ética y Segura del Procedimiento de Muerte Digna en Costa Rica: Un Modelo Humanista del Derecho a Ejercer Nuestra Última Autonomía de Voluntad"

Este reglamento no pretende imponer, sino proveer un camino seguro, ético y profundamente humano para quienes, desde su autonomía, deseen ejercer este derecho. Inspirado en las mejores prácticas internacionales, pero adaptado a nuestra realidad nacional, será una propuesta integral que contemple no solo los aspectos médicos y legales, sino también los sociales, psicológicos y espirituales, que son tan importantes en este proceso.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIÓN DE REGLAMENTO

"Reglamento para la Aplicación Controlada, Ética y Segura del Procedimiento de Muerte Digna en Costa Rica: Un Modelo Humanista del Derecho a Ejercer Nuestra Última Autonomía de Voluntad"

Redactado en concordancia con los principios establecidos en el Proyecto de Ley N.º 21.383, promovido por la ex diputada Paola Viviana Vega Rodríguez, y destinado a regir en caso de su aprobación por la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Ministerio de Salud de la República de Costa Rica

Considerando:

Que mediante el Proyecto de Ley N.º 21.383, presentado por la diputada ex Paola Viviana Vega Rodríguez, se promueve la regulación legal del derecho a la Muerte Digna y la Eutanasia en la República de Costa Rica, estableciendo principios rectores y derechos

fundamentales de las personas que enfrentan enfermedades graves, incurables e irreversibles;

Que, en previsión de la eventual aprobación de dicho proyecto de ley, resulta necesario elaborar un instrumento técnico que permita desarrollar, regular y garantizar, bajo condiciones estrictas, éticas y controladas, la ejecución responsable y supervisada de dicho procedimiento;

Que este reglamento se inspira en los principios consagrados en la propuesta legislativa, en modelos internacionales, y en aportes de la doctrina médica, bioética y jurídica costarricense, a fin de contribuir al ordenamiento jurídico nacional con una propuesta clara, segura y respetuosa de la autonomía individual y la dignidad humana.

Preámbulo:

Este Reglamento no es una imposición, ni una obligación moral para la sociedad o los profesionales de la salud, sino una propuesta pensada desde la empatía, la compasión y el respeto más absoluto por la autonomía personal de quienes, en el tramo final de sus vidas, enfrentan el dolor y el sufrimiento profundo, y desean ejercer un último acto de libertad: decidir sobre su propia existencia.

Inspirado en los principios recogidos de legislaciones internacionales, las reflexiones de la comunidad médica y jurídica costarricense, así como en el invaluable aporte de los expertos entrevistados, este modelo pretende ser un puente entre el derecho a la vida y el derecho a una muerte digna. Un equilibrio que garantice tanto la libertad individual como las necesarias protecciones legales, médicas y éticas, para asegurar que esta decisión sea verdaderamente consciente, voluntaria y libre de presiones.

De esta manera, se materializa la propuesta final de esta tesis: un camino regulado, seguro y profundamente humano para aquellos que, tras agotar todos los recursos médicos, espirituales, familiares y sociales, encuentran en la muerte digna la única salida al sufrimiento.

Título I: Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto del Reglamento.

El presente Reglamento tiene por objeto regular, bajo condiciones estrictas y controladas, el procedimiento de Muerte Digna Voluntaria, entendida como la intervención médica asistida, a solicitud expresa, consciente, libre e informada del paciente, para poner fin a su vida ante el padecimiento de una enfermedad grave, incurable, irreversible, y generadora de sufrimiento físico o psíquico insoportable, prolongado y sin posibilidades razonables de alivio, de acuerdo con la evaluación profesional médica, ética y psicológica, conforme a las leyes de la República de Costa Rica.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación.

Este Reglamento es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional y será ejecutado exclusivamente por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), bajo la supervisión del Ministerio de Salud. Esta exclusividad responde a la necesidad de garantizar seguridad jurídica, transparencia y control institucional, evitando posibles irregularidades o prácticas ajenas al control público.

El Ministerio de Salud evaluará, a futuro, la posibilidad de extender este procedimiento a centros privados debidamente acreditados, solo tras comprobar la correcta implementación, eficacia, y seguridad del procedimiento dentro del sistema público.

Artículo 3. Principios Rectores.

Este Reglamento se regirá por los siguientes principios:

a.a Autonomía de la voluntad del paciente.

a.b Derecho a la autodeterminación personal.

a.c Dignidad humana.

a.d Acceso equitativo al procedimiento.

a.e Prohibición del encarnizamiento terapéutico.

a.f Seguridad médica, ética y jurídica.

a.g Consentimiento libre, informado, reiterado y consciente.

a.h Principio de beneficencia.

a.i Principio de no maleficencia.

a.j Principio de proporcionalidad clínica.

a.k Derecho a la objeción de conciencia.

a.l Prohibición de coacción o manipulación.

a.m Supervisión estatal y rendición de cuentas públicas.

Artículo 4. Coordinación interinstitucional.

La CCSS y el Ministerio de Salud serán los únicos entes autorizados para aplicar, regular y supervisar el procedimiento. Se coordinará con el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE) para el registro de la "Muerte a Petición" como una categoría especial, y con el Ministerio Público en caso de anomalías.

El CONAGEMD será creado mediante acuerdo ministerial, funcionará bajo la estructura administrativa y financiera del Ministerio de Salud, y sus resoluciones serán vinculantes en el ámbito técnico y ético, sin perjuicio de la potestad general de supervisión y reforma normativa del Ministerio. Esta estructura garantiza que el control estatal se ejerza bajo principios de independencia técnica y responsabilidad institucional.

Título II: Definiciones

Artículo 5. Definiciones Generales

Para efectos del presente Reglamento, se entenderá por:

a **Muerte Digna Voluntaria**: Procedimiento médico, directo y asistido, solicitado de forma libre y consciente por una persona mayor de edad o mediante Voluntad Anticipada, para poner fin a su vida ante una enfermedad grave, incurable e irreversible, que produzca sufrimiento físico o psíquico intolerable, prolongado, y sin expectativas razonables de alivio, según criterios médicos, bioéticos y psicológicos debidamente fundamentados.

b **Paciente**: Persona nacional o residente legal de Costa Rica, en pleno uso de sus facultades mentales, diagnosticada con enfermedad grave, incurable, irreversible, y generadora de sufrimiento intolerable, o aquella que mediante Voluntad Anticipada así lo haya dispuesto.

c **Voluntad Anticipada**: Documento solemne registrado, conforme a la Ley N.º 9385, donde la persona establece anticipadamente su deseo de acceder al procedimiento de Muerte Digna en caso de perder capacidad para decidir, incluyendo pacientes con enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, ELA, entre otras. El documento de voluntad anticipada debe cumplir con los requisitos del Artículo 4 de la Ley 21.383 (notario más dos testigos).

d **Encarnizamiento Terapéutico**: Prolongación inútil de la vida por medios artificiales, contrarios a la dignidad del paciente y a su voluntad anticipada.

e **Comité Nacional de Garantía y Evaluación de la Muerte Digna (CONAGEMD)**: Órgano técnico, autónomo en sus criterios, pero dependiente funcionalmente del Ministerio de Salud, encargado de revisar, autorizar, rechazar y fiscalizar los procedimientos de Muerte Digna, asegurando el cumplimiento de este Reglamento y de la Ley N.º 21.383.

f **Comité Clínico Interdisciplinario**: Equipo institucional de cada hospital de alta complejidad que evalúa y supervisa cada solicitud desde diferentes ramas de la salud, antes de enviarla a CONAGEMD.

g **EDUS**: Expediente Digital Único en Salud - Sistema digital oficial de la CCSS, donde quedará registrado todo el expediente clínico y social del procedimiento.

h **Muerte a Petición**: Categoría especial inscrita en el TSE, para garantizar el control cruzado estatal.

i **Objeción de Conciencia**: Derecho de los profesionales de salud a negarse a participar directa o indirectamente en el procedimiento, debiendo derivar el caso a personal no objetor.

Título III: Requisitos del Paciente

Artículo 6. Requisitos para Solicitar la Muerte Digna

a Ser mayor de edad y nacional o residente legal en Costa Rica.

b Padecer enfermedad grave, incurable, irreversible, y con sufrimiento físico o psíquico intolerable.

c Haber sido informado de manera completa sobre su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y cuidados paliativos.

d Presentar solicitud libre, consciente, informada, reiterada y voluntaria, firmada y fechada.

e No estar bajo coacción, manipulación o presión externa, verificado por informes de Trabajo Social y Psicología y/o Psiquiatría.

f Contar con dos opiniones médicas independientes, una del médico tratante y otra de un especialista ajeno, ambos confirmando el diagnóstico y sufrimiento.

g Haber recibido acompañamiento psico-psiquiátrico para confirmar su capacidad y voluntad.

h En caso de Voluntad Anticipada, debe constar en el EDUS con respaldo notarial. El documento de voluntad anticipada debe cumplir con los requisitos del Artículo 4 de la Ley 21.383 (notario, más dos testigos).

Artículo 6 bis. Decisiones en ausencia de Voluntad Anticipada.

En aquellos casos en los que el paciente adulto se encuentre en estado inconsciente, en coma o haya perdido sus capacidades cognitivas y no conste Voluntad Anticipada debidamente inscrita, las decisiones sobre el acceso al procedimiento de Muerte Digna Voluntaria podrán ser tomadas por sus familiares cercanos, siguiendo el siguiente orden de prelación:

a.a Cónyuge o pareja conviviente.

a.b Hijos o hijas mayores de edad.

a.c Padres.

a.d Familiares más cercanos por consanguinidad hasta el tercer grado.

En la medida de lo posible y teniendo en cuenta sus capacidades, se garantizará la participación del paciente en la toma de decisiones. Toda decisión deberá ser debidamente documentada en el expediente clínico, refrendada por el Comité Clínico Interdisciplinario y verificada por el CONAGEMD, a efectos de garantizar la ausencia de conflicto de interés, presión indebida o manipulación.

Título IV: Procedimiento y Control

Artículo 7. Procedimiento de Solicitud y Evaluación

a Solicitud escrita con doble manifestación separada por 15 días naturales.

b En caso de que el paciente no pueda escribir, podrá hacerlo por medios alternativos (huella o grabación formal ante Notario).

c La solicitud deberá incluir información sobre los motivos personales, estado de salud y sufrimiento experimentado.

d Se deberá acompañar de:

- Informe médico del equipo tratante.
- Informe psiquiátrico y psicológico.
- Informe social para verificar ausencia de coacción.

e Evaluación integral por Comité Clínico Interdisciplinario.

f Las evaluaciones médicas, psiquiátricas y psicosociales serán de al menos dos citas previas.

g Envío del informe completo al CONAGEMD, que resolverá en un máximo de 15 días.

h El proceso incluirá evaluaciones y entrevistas clínicas con el paciente para verificar constancia de la decisión por parte del Comité.

i El Comité Clínico Institucional emitirá un informe completo, recomendando o rechazando la solicitud.

j Se conformará al menos por:

- Médico especialista tratante .
- Psiquiatra.
- Psicólogo clínico.
- Trabajador social.
- Médico de segunda opinión de la especialidad del paciente.
- Jurista experto en Bioeticista.
- Cualquier otro experto que a recomendación del Ministerio de Salud sea necesario para garantizar el adecuado proceso, siempre y cuando esté debidamente justificado científicamente.

Todos ellos sin conflicto de interés ni parentesco hasta tercer grado.

k El Comité Nacional de Garantía y Evaluación de la Muerte Digna (CONAGEMD) tendrá la última palabra para aprobar o denegar, previo análisis integral del expediente.

La exigencia de evaluaciones médicas, psiquiátricas y psicosociales adicionales, así como la intervención del Comité Clínico Interdisciplinario y la revisión por el Comité Nacional de Garantía y Evaluación de la Muerte Digna (CONAGEMD), responde a la necesidad de garantizar la seguridad médica, la transparencia del proceso y la absoluta certeza de que la decisión del paciente es libre, informada, reiterada y consciente. Estas medidas complementan lo dispuesto en la Ley N.º 21.383 y son necesarias para proteger tanto los derechos fundamentales del paciente como la seguridad jurídica del personal de salud interviniente.

Las evaluaciones profesionales incluirán la verificación técnica de la naturaleza del sufrimiento y la determinación, mediante estándares clínicos y bioéticos protocolizados, de que dicho sufrimiento es prolongado, irreversible y sin posibilidades razonables de mejora, aplicando siempre el principio de beneficencia, para garantizar que la decisión final responda al mayor bienestar posible para el paciente.

Artículo 8. Derecho de retractación del paciente.

El paciente tendrá derecho a desistir del procedimiento de Muerte Digna Voluntaria en cualquier momento, incluso instantes antes de su ejecución, sin que ello genere consecuencia jurídica alguna en su contra. La manifestación de retractación podrá realizarse por cualquier medio idóneo, verbal o escrito, y deberá ser acatada de inmediato por el equipo tratante. Esta decisión será documentada en el expediente clínico y comunicada al Comité Nacional de Garantía y Evaluación de la Muerte Digna (CONAGEMD).

Artículo 9. Ejecución del Procedimiento

a Realizado únicamente en hospitales públicos, en áreas dignas, privadas y habilitadas.

b Dirigido por médico especialista, acompañado por equipo de apoyo que designe la CCSS para tales efectos.

c Se prohíbe la auto-administración supervisada del medicamento.

d Supervisado para asegurar confort y ausencia de dolor.

e Acompañamiento familiar permitido si así lo desea el paciente.

Título V: Control, Supervisión y Sanciones

Artículo 10. Registro y Control

a Registro completo en EDUS de absolutamente todas las intervenciones para mantener la trazabilidad del procedimiento.

b Registro ante el TSE bajo la categoría "Muerte a Petición".

c Informe anual del Ministerio de Salud y CCSS a la Asamblea Legislativa.

Artículo 11. Sanciones

a Responsabilidad penal y administrativa para quienes incumplan el procedimiento.

b Remisión al Ministerio Público de cualquier anomalía o irregularidad.

c Suspensión del procedimiento en caso de sospechas fundadas.

Artículo 11 bis. Sanciones por encarnizamiento terapéutico.

El encarnizamiento terapéutico, entendido como la prolongación innecesaria y desproporcionada de la vida mediante procedimientos médicos que no aportan beneficio real al paciente en fase terminal, queda expresamente prohibido.

El personal médico que incurra en esta práctica será sujeto a sanción por parte del colegio profesional respectivo, sin perjuicio de la apertura del procedimiento administrativo correspondiente en la institución donde labore, y de las responsabilidades civiles o penales a que hubiere lugar.

El Comité Nacional de Garantía y Evaluación de la Muerte Digna (CONAGEMD) deberá remitir cualquier denuncia o indicio al Ministerio Público para su investigación, cuando corresponda.

Artículo 12. Protección a Profesionales de Salud

a Derecho a objeción de conciencia individual.

b Acompañamiento psicológico y legal a los profesionales intervinientes.

Título VI: Reformas y Disposiciones Finales

Artículo 13. Reformas Normativas

En virtud de la entrada en vigencia del presente Reglamento, el Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), propondrá las reformas necesarias a la Ley General de Salud, al Código Penal, al Código de Ética Médica y a la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, con el fin de garantizar la armonización normativa, la seguridad jurídica y la coherencia del ordenamiento jurídico nacional en materia de Muerte Digna Voluntaria.

Estas reformas tendrán como objetivo:

a.a Incluir de manera expresa el derecho a la Muerte Digna Voluntaria dentro del marco legal de la salud pública.

a.b Establecer atenuantes y excepciones claras en el Código Penal respecto al personal médico que actúe conforme a este Reglamento y bajo autorización del CONAGEMD.

a.c Actualizar el Código de Ética Médica para contemplar la práctica de la eutanasia regulada como un acto médico lícito, humanitario y respetuoso de la autonomía personal.

a.d Modificar la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud para incorporar el derecho a decidir sobre la propia vida en condiciones de sufrimiento extremo, bajo estricta regulación estatal.

Las reformas propuestas deberán ser elaboradas con fundamento técnico, bioético y jurídico, y serán remitidas para su valoración eventual a la corriente legislativa y ejecutivo.

Artículo 14. De las Reformas y Modificaciones.

Proponer reformas y actualizaciones del presente reglamento estará bajo la competencia del Ministerio de Salud de Costa Rica, con asesoría técnica y científica que respalde el cambio.

Entrada en Vigencia: Este Reglamento entrará a regir a partir de su publicación oficial en el Diario Oficial La Gaceta. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) dispondrá de un plazo máximo de doce meses, contados a partir de dicha publicación, para realizar las adecuaciones presupuestarias, adquisición de medicamentos, insumos médicos, capacitación del personal, habilitación de espacios físicos y toda acción logística y administrativa necesaria para la correcta implementación del procedimiento de Muerte Digna Voluntaria en sus centros hospitalarios.

Referencias

Aceprensa. (2018). Los expertos en cuidados paliativos no apoyan la eutanasia. https://www.aceprensa.com/ciencia/los-expertos-en-cuidados-paliativos-no-apoyan-la-eutanasia/

Aguilar Ramírez, A., Castro Solís, M. J., Gamboa Sanabria, C., & Zúñiga Baldi, A. (2015). *Actitudes hacia la eutanasia en Costa Rica* (p. 11). Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica. https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/estadistica-encuesta-actualidades-2015.pdf

Álvarez Desanti, A., & Arguedas Ramírez, C. M. (2014). *Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal* [Expediente 19.440]. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recuperado de https://www.asamblea.go.cr/sd/SiteAssets/Lists/Consultas%20Biblioteca/EditForm/texto%20base%2019440.pdf

Araya González, M. A. (2023). Vivir con dignidad el proceso de la muerte: una mirada desde el bioderecho. *Revista de Teología SIWO: Revista de Estudios Sociorreligiosos, 16*(1), 1-21. https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/siwo/article/view/17986/27315

Arguedas Rodríguez, G. (2021). Criterios delimitadores del ejercicio de la objeción de conciencia aplicables a la objeción judicial. *Revista de la Sala Constitucional*, (3), 1-20. https://revistasalacons.poder-judicial.go.cr/images/2021/Articulo/PDF/Criterios_delimitadores_del_ejercicio_de_la_objecin_de_conciencia_aplicables_a_la_objecin_judicial.pdf

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1973). Ley General de Salud. https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002). Ley N.º 8239. *Ley General de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48278&nValor3=51401&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1970). *Código Penal de Costa Rica - Artículo 116*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=5321&nValor5=24322

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2019). *Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia. Proyecto de Ley N.º 21.383*. Departamento de Servicios Parlamentarios, Unidad de Proyectos, Expedientes y Leyes. https://proyectos.conare.ac.cr/asamblea/21383%20TEXTO%20BASE.pdf

Asociación de Bioética de Argentina. (2023). *Eutanasia y religión: un debate pendiente*. https://bioetica.org.ar/eutanasia-y-religion/

Asociación Derecho a Morir Dignamente. (2021). Eutanasia y cuidados paliativos van de la mano. https://derechoamorir.org/2021/01/12/eutanasia-y-cuidados-paliativos-van-de-la-mano/

Asociación Derecho a Morir Dignamente. (2023). *Diferencia entre eutanasia y suicidio asistido*. https://derechoamorirdignamente.org/diferencias-eutanasia-suicidio-asistido/

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2018). *Ley de eutanasia de Países Bajos.* https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2018). *Ley de eutanasia de Luxemburgo.* https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2018). *Ley de eutanasia Canadá*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2018). *Ley de eutanasia Australia*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2017-ley-eutanasia-victoria-australia.pdf

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2018). *Ley de eutanasia Colombia* https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2020). *Ley de eutanasia Nueva Zelanda*. http://www.legislation.govt.nz/bill/member/2017/0269/latest/DLM7285905.html

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2021). *Ley de eutanasia Bélgica* https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf

Auza, J., & Ruiz, M. (2016). *Impacto emocional de la eutanasia en familiares y cuidadores*. Pontificia Universidad Javeriana.

https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21355/AuzaRuizJuana2016.pdf

BBC News Mundo. (2019). *Eutanasia: absuelven en Holanda a una doctora que aplicó el procedimiento a una paciente con alzhéimer*. https://www.bbc.com/mundo/noticias-49482820

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principios de ética biomédica*. McGraw Hill.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2020). *Legalización de la Muerte Asistida en Nueva Zelanda*. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36248/1/Legalizacio__n_de_la_muerte_asistida_en_NZ.pdf

Bizarri, L. (2023). ¿Qué es la sedación paliativa y cuál es su diferencia con la eutanasia?. Universidad de los Andes. https://www.uandes.cl/noticias/que-es-la-sedacion-paliativa-y-cual-es-su-diferencia-con-la-eutanasia/

Bleich, J. (2021). Eutanasia y religión: Tensiones éticas en el judaísmo contemporáneo. *Revista Internacional de Bioética y Religión*, 8(2), 25-40. https://revistabioeticayreligion.org/article/view/bleich2021

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Cámara de Diputados de Luxemburgo. (2009). *Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido de Luxemburgo, de 16 de marzo de 2009*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf

Campos Calderón, J. F., Sánchez Escobar, C., & Jaramillo Lezcano, O. (2001). *Consideraciones acerca de la eutanasia*. Medicina Legal Costa Rica, 18(1), 7-19. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007

Código Penal de Costa Rica. (1970). Artículo 116 - Homicidio por piedad. http://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=114886&nValor5=23896

Código Penal de Costa Rica. (1970). *Artículo 116: Homicidio por piedad*. https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2016). *Código de Ética Médica*. Decreto Ejecutivo N.º 39609-S. https://www.medicos.cr/website/documentos/NormativaLegal/NormasFundamentales/Co%CC%81digo%20de%20E%CC%81tica%20Me%CC%81dica%202016.pdf

Colegio Oficial de Médicos de Madrid. (2021). *Posicionamiento sobre el suicidio asistido*. https://www.icomem.es/noticias/noticia/2107

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2021). *Duelo anticipado y eutanasia: acompañamiento familiar*. https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/duelo-y-eutanasia

Comité de Bioética de España. (2022). *Informe sobre la aplicación de la Ley de Eutanasia y el respeto al consentimiento informado*. Ministerio de Sanidad. https://www.comitedebioetica.es/documentos/informe-sobre-la-aplicacion-de-la-ley-de-eutanasia/

Constitución Política de Costa Rica. (1949) *Artículo 21*. https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=121401&nValor5=4869

Corte Constitucional de Colombia. (1997). *Sentencia C-239/97*. Bogotá, Colombia: Corte Constitucional.

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia C-233/21*. Bogotá, Colombia: Corte Constitucional.

Corte Constitucional de Ecuador. (2024). *Sentencia N.º 26-23-IN/24, mediante la cual se reconoce el derecho a la eutanasia activa voluntaria bajo circunstancias específicas*. https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-26-23-in-24/

Cortés Oñate, X. (2021, febrero 7). *Eutanasia: tensionando creencias e interpretaciones sobre la existencia humana*. Diario Concepción. https://www.diarioconcepcion.cl/humanidades/2021/02/07/eutanasia-tensionando-creencias-e-interpretaciones-sobre-la-existencia-humana.html

Defensoría de los Habitantes. (2019). *Criterios sobre Proyecto de Ley N.º 21.383* https://dhr.go.cr/images/criterios-sobre-proyectos-de-ley/ano2019/dh_cv_0725_2019.pdf

Diccionario Etimológico Castellano. (2024). Etimología de Eutanasia. https://etimologias.dechile.net/?eutanasia

Dying Right North Carolina. (2023). *Portugal's New Euthanasia and MAID Law*. https://dyingrightnc.org/essays/portugals-new-euthanasia-maid-law/

Fernández, C. (2008). *El derecho a morir con dignidad: Un análisis de la eutanasia*. Editorial Jurídica.

Fernández, P. (2020). *Derecho a la Muerte Digna y Regulaciones Internacionales*. Editorial Jurídica.

García Pérez, R. (2019). Cuidados paliativos y eutanasia: Un análisis bioético y jurídico de sus diferencias. Universidad de la Sabana. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1), 1-15. https://www.redalyc.org/journal/832/83263857002/html/

García, F., & Morales, P. (2023). Creencias religiosas y actitudes hacia la eutanasia en jóvenes universitarios de América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología Religiosa*, 9(1), 45-67. https://revistapsicologiareligiosa.org/article/view/garcia-morales2023

Gobierno de España. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-4628

González, R. (2019). *Eutanasia y Derecho Constitucional: Desafíos Jurídicos en América Latina*. Universidad de los Andes.

Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2011). *Censo Nacional de Población 2011: Resultados definitivos*. INEC.

Isai, V. (2024). *La muerte asistida podría ser una realidad para personas con trastornos mentales en Canadá*. Periódico The New York Times. https://www.nytimes.com/es/2024/01/02/espanol/muerte-asistida-canada.html

Jefatura del Estado de España. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3

Jha, P. (2020). *Nueva Zelanda legaliza la eutanasia (pero le dice no a la legalización de la marihuana)*. BBC News Mundo https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54747555

Jiménez Araya, M. D., & Fernández Serrano, S. M. (2021). *Derecho a una muerte digna en la Constitución Política de Costa Rica, como manifestación de la dignidad humana: viabilidad de su despenalización, una lectura integral a la luz de los derechos humanos y el derecho comparado, en el caso de personas adultas en estado terminal*. Universidad de Costa Rica. https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/6867fea9-3e7c-48eb-9ccb-e40c1e7e4bae

Jiménez Segura, N. (2019). *Mayoría apoya en redes sociales proyecto sobre eutanasia*. Teletica. https://www.teletica.com/nacional/mayoria-apoya-en-redes-sociales-proyecto-sobre-eutanasia_230171

Jiménez, A. (2020). El derecho a una muerte digna y la dignidad humana en el derecho internacional de los derechos humanos. *Revista Iberoamericana de Derecho Constitucional*, 11(1), 45-68. https://doi.org/10.22201/iij.24484881e.2020.11.1.15245

Kelleher, J. (2018). *Legalizing Euthanasia: International Perspectives*. Cambridge University Press.

Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.

Lexis Noticias (2024). *Registro Oficial del día: Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria* https://www.lexis.com.ec/noticias/registro-oficial-del-dia-reglamento-del-procedimiento-para-la-aplicacion-de-la-eutanasia-activa-voluntaria-y-avoluntaria

Martínez, J. (2020). *Análisis cualitativo en la investigación social y de mercado*. Editorial Paraninfo.

Mata Rodríguez, Y., & Valverde Barrantes, M. J. (2017). *Análisis de la aplicación de la eutanasia activa en pacientes con enfermedades terminales en el sistema jurídico costarricense*. Universidad de Costa Rica. Recuperado de https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/1cf5facf-3759-4c8b-97ee-e9d81a860bd2

Mendoza, A., & Pérez, J. M. (2019). *Derecho y bioética en el siglo XXI*. Editorial Dykinson.

Mentes Abiertas Psicología S.L. (2023). *Tipos de eutanasia: explicaciones detalladas*. https://www.mentesabiertaspsicologia.com/tipos-de-eutanasia/

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.

Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *Resolución 1216 de 2015*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1216 de 2015. Procedimiento para garantizar el derecho a morir dignamente mediante la eutanasia*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia*. Reino de España. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/ciudadania/informacionBasica.htm#:~:text=de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%3F-,%C2%BFQu%C3%A9%20ley%20regula%20en%20Espa%C3%B1a%20la%20eutanasia%3F,actual%20como%20es%20la%20eutanasia.

Miró Quesada Gayoso, J. (2020). *La muerte digna bajo la jurisprudencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Pontificia Universidad Católica del Perú, THĒMIS-Revista de Derecho, (77), 129-150. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/download/24189/22952

Montero, I. (2019). Derecho a la vida, el aborto y la norma técnica. El Delfino. https://delfino.cr/2019/10/derecho-a-la-vida-el-aborto-y-la-norma-tecnica

Montesinos, A. (2022). *Aspectos éticos de la eutanasia en el contexto costarricense*. Revista Médica Costarricense.

Palacios, M. (2019). *Autonomía y dignidad al final de la vida: Reflexiones ético-jurídicas*. Editorial Dykinson. https://www.dykinson.com/libros/autonomia-y-dignidad-al-final-de-la-vida/9788491489810/

Palacios, M. (2023). *Autonomía del paciente y muerte asistida: Reflexiones desde el derecho comparado*. Revista Española de Derecho Constitucional, 43(1), 155-178. https://doi.org/10.18042/cepc/redc.43.1.07

Palacios, M. (2023). *Autonomía del paciente y muerte asistida: Reflexiones desde el derecho comparado*. Revista Española de Derecho Constitucional, 43(1), 155-178. https://doi.org/10.18042/cepc/redc.43.1.07

Palacios, M. (2023). *Autonomía del paciente y muerte asistida: Reflexiones desde el derecho comparado*. Revista Española de Derecho Constitucional, 43(1), 155-178. https://doi.org/10.18042/cepc/redc.43.1.07

Parlamento de Canadá. (2021). *Ley C-7. Modificación del Código Penal (asistencia médica para morir)*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/05/CANADA.LeyC7-castellano.pdf

Parlamento de los Países Bajos. (2002). *Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y de Asistencia al Suicidio, de 12 de abril de 2001 (en vigor desde el 1 de abril de 2002)*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf (Acceso: 16 de marzo de 2025).

Parlamento Federal de Bélgica. (2002). *Ley de Eutanasia de Bélgica, de 28 de mayo de 2002*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf

Procuraduría General de la República. (2011). *Opinión Jurídica OJ-026-2011: Sobre el derecho a la vida y su protección en contextos médicos*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=16708&strTipM=T

Raffino, Equipo editorial. (2021). Derecho natural. Enciclopedia Concepto. https://concepto.de/derecho-natural/#ixzz8pXWgT33R

Redalyc. (2023). *Eutanasia y cultura: Contrastes entre Occidente y América Latina*. https://www.redalyc.org/journal/875/87558347003/html/

Reyes, M. (2019). *Empatía y muerte digna: Un debate necesario*. Editorial Universitaria.

Riofrío Martínez-Villalba, J. C. (2019). *Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos*. Revista de la Facultad de Jurisprudencia, (6), 289–310. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. https://www.redalyc.org/journal/6002/600263450004/html/

Rivera López, E. (2018). *Eutanasia y autonomía* (1.ª ed.). Asociación Derecho a Morir Dignamente. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/eutanasiayautonomia.pdf

Rodríguez, A., & Alarcón, P. (2023). Salud mental y decisiones al final de la vida: Una mirada latinoamericana. *Revista de Psicología Clínica Latinoamericana*, 12(2), 115-138. https://revistapsicoclinica.org/article/view/rodriguez-alarcon2023

Rodríguez, F. (2021). *Religión y muerte digna en Costa Rica: Tensiones y perspectivas*. Revista de Ciencias Sociales.

Rodríguez, F., & Arrieta, C. (2023). El derecho a morir dignamente en América Latina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico*, 15(3), 88-107. https://revistaderechomedico.org/article/view/rodriguez-arrieta2023

Rodríguez, F., & Arrieta, C. (2023). El derecho a morir dignamente en América Latina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico*, 15(3), 88-107. https://revistaderechomedico.org/article/view/rodriguez-arrieta2023

Rodríguez, F., & Arrieta, C. (2023). El derecho a morir dignamente en América Latina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico*, 15(3), 88-107. https://revistaderechomedico.org/article/view/rodriguez-arrieta2023

Rodríguez, J. (2018). Historia y evolución del concepto de eutanasia: de la antigüedad clásica a la bioética contemporánea. *Revista de Bioética y Derecho*, 12(1), 25-42. https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/22766

Rodríguez, M. (2021). *Autonomía y Dignidad en el Final de la Vida: Análisis del Marco Jurídico en Costa Rica*. Revista de Derecho Constitucional, 7(2), 45-67.

Sala Constitucional de Costa Rica. (2023). Resolución Nº 03987 – 2023 https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1153844

Sala Constitucional de Costa Rica. (2024). Resolución Nº 26657 – 2024. https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-1250008

Sala Constitucional. (2008). Sentencia N.º 2008-03924. https://vlex.co.cr/vid/499169786

Sala Constitucional. (2019). Sentencia N.º 2019-014677. https://revistasalacons.poder-judicial.go.cr/images/2021/Revista/PDF/Revista_No_3.pdf

Sala Constitucional. (2019). Sentencia N.º 2019-015643. https://revistasalacons.poder-judicial.go.cr/images/2021/Revista/PDF/Revista_No_3.pdf

Samayoa, A. (2021). Dignidad humana: una mirada desde un enfoque filosófico. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos, 32(1). https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/15093/21283

Sánchez Astúa, K. (2024). La muerte digna en el Estado de Derecho costarricense. *Revista Digital de Ciencias Penales de Costa Rica*, 4(35), 1-20. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/RDMCP/article/view/62615

Scielo Chile. (2011). Eutanasia: Un análisis médico y bioético. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 610-617. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500013&script=sci_arttext

Scielo Colombia. (2022). Eutanasia y salud mental en profesionales de la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 17(2), 57-73. https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222022000200057

Smith, J., & Jones, L. (2020). *The Ethics of Euthanasia in Modern Legal Frameworks*. Oxford University Press.

Universidad de Navarra. (2018). *La eutanasia y la relación médico-paciente*. https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas

Valles, M. S. (2019). *Entrevistas cualitativas: Colección Cuadernos Metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Vega Rodríguez, P. V. (2019). *Ley sobre muerte digna y eutanasia* [Expediente 21.383]. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Recuperado de https://proyectos.conare.ac.cr/asamblea/21383%20TEXTO%20BASE.pdf

Anexos

Anexo No. 1 - Currículum Profesional de las Personas Entrevistadas

Dr. Franz Vega Zúñiga

- **Formación Académica**:
    - Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica (UCR).
    - Especialista en Medicina Legal, Universidad de Costa Rica (UCR).
    - Licenciado en Derecho, Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA).
    - Bachiller en Derecho, Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA).
    - Máster en Ciencias Penales, Universidad de Costa Rica (UCR).
    - Máster en Bioética (Egresado), Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica (UNA-UCR).
    - DEES en Derecho de la Salud, Université de París, Francia.
- **Experiencia Profesional**:
    - Jefe del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica.

- Director de la Cátedra de Ciencias Forenses de la Facultad de Derecho, UCR.
- Miembro de la Comisión de Posgrado en Ciencias Penales, Facultad de Derecho, UCR.
- Miembro de la Comisión de Posgrado en Medicina Legal, Facultad de Medicina, UCR.
- Docente interino licenciado, Facultad de Derecho, UCR, con énfasis en Ciencias Forenses I, II, III, IV.
- Más de 35 años de experiencia profesional.

Dra. Skarleth García Ledezma

- **Formación Académica**:
  - Médica Cirujana, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).
  - Especialista en Medicina Paliativa de Adultos y Atención de Pacientes Terminales.
- **Experiencia Profesional**:
  - Médica en Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
  - Amplia experiencia en la atención clínica de personas en fase terminal.
  - 27 años de experiencia profesional.

Licda. Karen Valverde Fonseca

- **Formación Académica**:
  - Licenciada en Trabajo Social.
  - Técnica en Atención Primaria.
- **Experiencia Profesional**:

- Trabajadora Social de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Encargada de atención y acompañamiento social a pacientes y familias en situación de enfermedad terminal y contexto hospitalario.
- Actualmente labora en el Hospital Calderón Guardia.
- 15 años de experiencia en el ámbito de la salud pública.

Dra. Melissa Mendoza Corrales

- **Formación Académica**:
  - Médica General, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).
  - Maestría en Administración de Centros Hospitalarios.
- **Experiencia Profesional**:
  - Directora Médica del Hospital San Juan de Dios, CCSS.
  - Amplia experiencia en gerencia hospitalaria y administración de servicios médicos de alta complejidad.
  - 12 años de experiencia profesional.

Anexo No. 2 - Detalle de las Entrevistas Realizadas a los Expertos

Nombre del Experto(a)	Fecha de Entrevista	Modalidad	Lugar
Dr. Franz Vega Zúñiga	18 de febrero de 2025	Presencial	Ciudad Judicial, Heredia
Dra. Skarleth García Ledezma	28 de febrero de 2025	Presencial	Restaurante Castañuelas, San José Centro
Licda. Karen Valverde Fonseca	02 de marzo de 2025	Virtual	Mediante videollamada
Dra. Melissa Mendoza Corrales	02 de marzo de 2025	Escrito (Whatsapp)	Mensaje escrito por aplicación de mensajería instantánea

Anexo No. 3 – Solicitud de Entrevista Dr. Franz Vega Zúñiga

Gmail	**Mainor Artavia <mdah21@gmail.com>**

UIA - Solicitud de entrevista para tesis sobre el derecho a una muerte digna en Costa Rica

1 mensaje

Mainor Artavia <mdah21@gmail.com>	10 de febrero de 2025, 14:27
Para: "franzvega@gmail.com" <franzvega@gmail.com>	

Estimado Dr. Franz Vega Zúñiga,

Reciba un cordial saludo.

Mi nombre es Mainor Artavia Hernández, estudiante de la carrera de Derecho en la

Universidad Internacional de las Américas (UIA). Actualmente me encuentro desarrollando mi tesis titulada "Propuesta de Marco Jurídico para Tutelar el Derecho a Finalizar la Vida de Forma Digna en Personas con Enfermedades Terminales en Costa Rica: Análisis del Expediente N° 21383 y Modelos Internacionales Vigentes al I Semestre de 2024".

En este proyecto, me propongo analizar los aspectos jurídicos, éticos y médicos relacionados con el derecho a una muerte digna, tema de gran relevancia y sensibilidad en el ámbito nacional. Me gustaría enriquecer mi investigación con la valiosa perspectiva de expertos en derecho médico, medicina legal y bioética, además de ser experto en Derecho, por lo que su trayectoria y amplio conocimiento en estas áreas lo convierten en un referente fundamental, el profesor Luis Zúñiga quien es mi lector, me hizo la recomendación, ya que lo conoce por medio de su hermano el Lic. Leonardo Vega, quien fue mi profesor de laboral en la UIA.

Sería un honor contar con su tiempo y generosidad para una entrevista, la cual podría ser en formato presencial o virtual, según su disponibilidad. La conversación se enfocaría en obtener sus apreciaciones sobre el marco jurídico costarricense, la valoración bioética de esta temática y su experiencia en el campo médico-legal.

Entiendo que su agenda debe ser sumamente ocupada, pero incluso unos minutos de su tiempo serían de gran aporte para la rigurosidad y profundidad de esta investigación. Quedo a su disposición para ajustarme a la fecha y el medio que mejor se acomode a su agenda.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su amable respuesta.

Atentamente,

Mainor Artavia Hernández

Estudiante de Derecho

Universidad Internacional de las Américas (UIA)

Teléfono: 7204-4058

Correo: mdah21@gmail.com

Anexo No. 4 – Autorización de Entrada a Ciudad Judicial

Gmail	**Mainor Artavia <mdah21@gmail.com>**

–

Solicitud ingreso a la Ciudad Judicial Mainor Artavia Hernández 2 mensajes

–

Departamento Medicina Legal <medicina_legal@poder-judicial.go.cr>	11 de febrero de 2025, 14:29
Para: Ronald Vargas Bolaños <rvargasb@poder-judicial.go.cr> Cc: Mainor Artavia <mdah21@gmail.com>, Administración Regional de la Ciudad Judicial <admccf@poder-judicial.go.cr>, Franz Vega Zúñiga <fvegaz@poder-judicial.go.cr>	
Buenas tardes Don Ronald, un cordial saludo Con indicaciones del Dr. Vega Zúñiga, solicito su autorización para el ingreso del	

señor Mainor Artavia Hernández, cédula de identidad 113480438, estudiante de Derecho de la Universidad Internacional de las Américas (UIA), a la Jefatura de ML el próximo martes 18 de febrero a las 3:00 pm.

Agradeciendo su atención,

Nuestra Misión: Investigar delitos con probidad y excelencia para servir y proteger a Costa Rica.

Nuestra Visión: Ser una policía líder, transparente y confiable, que aplique técnicas de investigación criminal modernas para enfrentar las nuevas tendencias delictivas.

Nuestros Valores: Mística, objetividad, disciplina, efectividad, lealtad, excelencia, honradez

"Este correo electrónico, incluidos los archivos adjuntos, puede contener información confidencial y/o sensible, es para uso exclusivo de la(s) persona(s) o entidad (es) a quien(es) se dirige. Si usted no es la parte destinaria, absténgase de realizar cualquier revisión, distribución o copia y comunique la situación de manera inmediata a la persona remitente, posteriormente proceda a borrar el mensaje de manera definitiva de su correo y de sus dispositivos"

Ronald Vargas Bolaños <rvargasb@poder-judicial.go.cr>	11 de febrero de 2025, 16:12

Para: Departamento Medicina Legal <medicina_legal@poder-judicial.go.cr>

Cc: Mainor Artavia <mdah21@gmail.com>, Administración Regional de la Ciudad Judicial <admccf@poder-judicial.go.cr>, Franz Vega Zúñiga <fvegaz@poder-judicial.go.cr>, Oficiales supervisores Ciudad Judicial <supervisores-CJ@poder-judicial.go.cr>

Buenas tardes, se autoriza el ingreso el Martes 18 de febrero de 2025, gracias.

“Este correo electrónico, incluidos los archivos adjuntos, puede contener información confidencial y/o sensible, es para uso exclusivo de la(s) persona(s) o entidad (es) a quien(es) se dirige. Si usted no es la parte destinataria, absténgase de realizar cualquier revisión, distribución o copia y comunique la situación de manera inmediata a la persona remitente, posteriormente proceda a borrar el mensaje de manera definitiva de su correo y de sus dispositivos”

[El texto citado está oculto]

Anexo No. 5 - Transcripción Integral de las Entrevistas a Expertos

Unidad de Análisis 1.1: Viabilidad Médica de la Eutanasia en Costa Rica

Categoría 1: Criterios Médicos para Determinar la Elegibilidad de la Eutanasia

- **Introducción:** En países como Países Bajos y Bélgica, la eutanasia está permitida solo para pacientes con enfermedades terminales diagnosticadas bajo estrictos criterios médicos (Rietjens et al., 2019). En Costa Rica, según la CCSS, anualmente fallecen aproximadamente 6.000,00 costarricenses pacientes con enfermedades terminales como cáncer, neurodegenerativas (UCR, 2024).
- **Pregunta:** Desde su experiencia clínica, ¿qué criterios médicos deberían considerarse en Costa Rica para determinar la elegibilidad de un paciente terminal que solicita eutanasia? ¿Qué riesgos médicos existen al establecer estos criterios y cómo se podrían mitigar? ¿Conoce otras enfermedades que puedan calzar dentro del perfil de un paciente que pudiese solicitar el procedimiento de ser necesario?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

Lo primero que se debe de tener en claro es el concepto de eutanasia, que es un concepto conflictivo, y hay que tener en claro que no solo se puede aplicar por

dolor, sino más bien por sufrimiento en estado terminal de un paciente, es decir, es provocarle la muerte efectivamente a una persona, por solicitud expresa de ella misma, sin que medie presión de tercero, pues se considera que esa persona es dueña de su propia vida, no de forma unilateral, las condiciones por las cuales recomienda, puede ser en estado terminal, que puede ser niños, donde tiene el niño su capacidad es un tema complejo, hasta donde tiene capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida, incluso por encima de sus padres o tutores, que siendo un niño puede ser más prologando el asunto de muerte desde un punto de vista paliativo. Incluso para menores por el interés superior del menor de edad, sería material suficiente para una tesis que solo hable de este tema.

En este caso recomiendo, que por ser una tesis que debe de delimitarse, aplicaríamos este plan a mayores de edad que sería la recomendación. En algún momento di una conferencia sobre de este tema, que eventualmente podría ser de utilidad para conversar, para producir una buena muerte, una muerte digna desde un punto de vista médica, hay que enfocarse cuales son las condiciones médicas que debe tener el paciente, para que se pueda autorizar la eutanasia, provocarle la muerte, porque ese ese tema, es matarlo, por eso es que en mucho países es prohibida, es por ello que yo creo que debe de ser una enfermedad que para poderla justificar en un país como el nuestro, que tiene valores morales muy altos y poderlo clasificar dentro del criterio de autonomía de la voluntad, es que estando la persona con un nivel de autonomía de voluntad, que le permite tomar esa decisión, la haya tomado, aun y cuando después haya perdido la autonomía de la voluntad. Por eso es importante que lo haya dejado por escrito, que lo haya dejado debidamente consignado, entonces la persona tiene que tener una condición clínica, que le permita tomar la decisión, aun y cuando se ejecute la decisión ya no tenga esa autonomía de la voluntad, una persona con Alzheimer

que va a ir teniendo un avance, pero que tomó la decisión cuando pudo hacerlo y esa sería la primera condición clínica que debe tener una persona que quiera tener acceso a la eutanasia, la autonomía, tomar la decisión por sí misma.

Después debemos irnos ya al enfoque clínico, en relación con la enfermedad que está padeciendo la persona y es que una enfermedad que no tenga cura, pero no es cualquier enfermedad, porque una diabetes no tiene cura, una hipertensión no tiene cura, lo que tiene es tratamiento, ¿se va a curar? No, no se va a curar, no, solo en algunos casos como en los embarazos cuando de manera gestacional ocurren este tipo de enfermedades y luego al concluir el embarazo el cuerpo vuelve a su estado normal, pero por el hecho de que estas enfermedades no tengan curan no quiere decir que lo vamos a matar. Es diferente, porque la eutanasia ese es el concepto, es dar una muerte digna, a enfermedades que no tienen cura, pero que va asociado a un estado de sufrimiento, debidamente objetivizado, porque también tiene que evidenciarse que el sufrimiento es muy individualizado (ejemplo yo me majo el dedo y otra persona también se lo maja, con el mismo objeto y con la misma presión y probablemente yo aguante el dolor y la otra persona se ponga a llorar, no aguante, solicite una incapacidad por 6 meses para recuperarse y yo poder decir estoy listo, aunque fue un buen majonazo), entonces esa opinión subjetiva de sufrimiento se pueda objetivizar y que no quede en la psiquis de la persona o que no pretenda esa persona solicitar a personas una muerte digna, cuando en realidad la persona no tiene un sufrimiento tal, que justifique que el Estado intervenga en provocarle una muerte para que deje de sufrir.

Entonces en la medida que exista autonomía de la voluntad, o haya existido de previo aviso, y que exista una enfermedad grave, que produzca un sufrimiento grave y a criterio profesional no debe de estar solo en fase terminal, por unos

meses para fallecer, es que podría estar años sufriendo y no estar necesariamente en fase terminal, entonces para mí la condición clínica no siempre significa que el ser humano que está solicitando esa muerte digna, esté en enfermedad terminal (puede estarlo) pero para mí el tema radica en que la patología que tenga el produzca un sufrimiento de tal magnitud a tan largo plazo sin posibilidades de recuperación que esa debe de ser la condición de vida para que una persona pueda ser considera para un tratamiento de eutanasia.

Con respecto a los riesgo técnicos y cómo mitigarlos, debería protocolizarse el estándar para poder determinar cuál es la razón que está provocando el sufrimiento y si ese sufrimiento tiene cura o no, y ese estándar se tiene que mantener en no solo decir, que si la persona ya no quiere vivir, no la podemos obligar a seguir con su vida, hay que permitirle que se mate, ese es otro extremo, yo creo que hay que enfocarse en el de Eutanasia, como término de muerte de estado terminal, sufrimiento permanente y sufrimiento grave (no es que me duele el brazo, el hombro, migraña crónica) ahí si la persona quiero terminar con su vida, es un tema personal, pero el Estado no puede intervenir, porque no hay sufrimiento de tal magnitud que haya un riesgo-beneficio, entonces que el beneficio que la persona fallezca y que el riesgo de quitarle la vida probablemente es sopesar eso implica un principio, que es el principio de beneficencia que es lo mismo que el deber de actuar en beneficio de otros, es el principio de generar daño a través de la muerte, pero que genera un beneficio a esa persona, entonces.

Debe de estar supervisado el procedimiento y la persona, por un psiquiatra y un psicólogo, depende del caso, hay que agregar necesariamente un paliativista, el médico de la especialidad de la enfermedad que padece la persona (llámese neurólogo, cirujano, geriatra, etc.) pero necesariamente tiene que ser un equipo

interdisciplinario, que tome decisiones, esa decisión no puede basarse en el criterio de un experto, sino de un grupo de expertos que valoren y que no tengan objeción de consciencia, que no tengan ese problema.

Los riesgos en los que puede incurrir el médico, para emitir estos criterios, que se excluyan o que se incluyan personas que no deben, e incluso hasta el equipo médico tratante, y cómo se sabe si se toma la decisión correcta, que tenga capacidad de tomar decisiones y la demostración científica, objetiva y real de una enfermedad grave, que ocasiona mucho sufrimiento grave, entonces el riesgo es que si una persona cumple con esos criterios no se le incluya en el programa de eutanasia, por eso la importancia del equipo interdisciplinario que permita tener el conocimiento suficiente para que se le pueda dar al paciente la condición susceptible de un tratamiento médico como la eutanasia, entendiendo esto en un concepto más amplio como un tratamiento, ya que en medicina se enseña que no se debe matar a nadie, y que no se puede seguir esa línea, pero la práctica no pretende matar a nadie, sino respetar el principio de autonomía. Por ejemplo, si una persona decide que no se le ponga un respirador, a pesar de tener una deficiencia respiratoria, como sucedió en la época del COVID, se hace cumplir su voluntad, ¿eso no es lo mismo que matarlo? Que evolucione naturalmente hacia la muerte, sabiendo que va a morir por su propia autonomía de la voluntad y es un concepto que se está autorizando últimamente.

Antes una persona llegaba, y decía no quiero ponerme el respirador y se le decía no, si usted vino al hospital, es porque se le va a salvar la vida, era un deber salvar la vida a toda costa, sin importar incluso las consecuencias. Entonces igual como una persona puede optar por no usar un equipo médico, no tomar un medicamento, que le podría salvar la vida y a sabiendas que le podría provocar

la muerte igual podría accionarse, ya no una acción, sino una omisión de suspender ya la vida para evitar ese sufrimiento.

Cualquier enfermedad que cumpla los requisitos de ser grave, sin posibilidad de mejora y que cause sufrimiento, es candidata para aplicar el procedimiento. Ejemplo el Alzheimer, que pasa si una persona sabe con grave consciencia, que está presentando sintomatología que le podría acarrear un Alzheimer grave en 5 años, pero sobrevivir es posible, lo que va a perder es el grado de consciencia, ya no va a saber quiénes son sus familiares, no se va a poder valer por sí sima y la persona no quiere llegar a vivir así, entonces llegado el momento en que la persona pierda su capacidad, podría solicitar de manera anticipada que por favor lo sometan al proceso de eutanasia, no es un estado terminal, quizá la persona no está sufriendo conscientemente, pero esa misma persona dijo que si llegado ese estado, estaría en un estado de sufrimiento hasta que fallezca, por su estado de vulnerabilidad y no quiero vivir así, que le hagan su aseo personal, ayudarse a bañar, ir al baño, alimentarse etc.

Entonces cualquiera con salud mental o física, que tienen un sufrimiento a largo plazo que la persona no quiere soportar, porque un dolor de rodilla no es concepto grave, es lo que diga la ciencia médica que es grave, no lo que el paciente crea, que sea real, veraz, grave que genera un degeneramiento crónico, por eso los criterios médicos tienes que ser estandarizados para no incurrir en riesgos de que se excluyan personas por una mala interpretación médica.

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

En Costa Rica tenemos un sistema muy sólido de atención en cuidados paliativos, bordeando todo el país, tenemos clínicas periféricas y tenemos un centro regulatorio de todo el país que es el Centro Nacional del Control del Dolor, nuestra esperanza es que ninguno de nuestros pacientes tuviera la necesidad de querer morir, porque se supone que está en un sistema donde sus síntomas están siendo abordados, básicamente la razón por la cual pienso yo la gente piensa en esta opción es por síntomas desbordados, que tiene mucho dolor, porque está sufriendo, emocional, espiritual o físicamente y no está siendo abordado adecuadamente, entonces, pienso yo que la primera cosa que debería tomar en cuenta para que un paciente intente siquiera pensar en el tema o solicitarlo sería que ya estuviera incluido en el sistema de cuidados paliativos de Costa Rica, que ya estuviera atendido por un equipo interdisciplinario de atención paliativa, ya sea en la consulta externa si tiene las posibilidad de deambular o en un programa de visita domiciliar, que están en todo el país.

En cuanto a los riesgos, yo creo que tenemos que trabajar los médicos en Costa Rica es que los pacientes sean referidos tempranamente a un sistema de cuidados paliativos y no cuando como dicen la gente “ya estoy sin esperanza, ya no hay nada que hacer, ya el oncólogo me dio de alta, ya me dijeron que no hay nada de hacer por usted señor” sino que desde estadios tempranos de la enfermedad nuestros pacientes sean referidos a paliativos, existe un sistema verdaderamente robusto que les puede dar contención, sin embargo, los pacientes no son referidos a tiempo, porque el oncólogo todavía está aplicando quimioterapia, radioterapia, porque todavía tiene una cirugía pendiente, porque todavía tiene estudios pendientes, porque tiene una resonancia pendiente que no ha llagado y que llega en 2 años, entonces eso hace que se vaya atrasando la intervención de los paliativistas, entonces una de las principales cosas que

deberíamos trabajar es ese tema, que los pacientes en prácticamente se dé el diagnóstico y un poquito después sean referidos con nosotros, porque nosotros no solo estamos solo cuando ya no hay nada que hacer, sino que estamos para acompañar en el proceso, para abordar los síntomas, para dar apoyo emocional, para ir dirigiendo la parte de los efectos adversos de quimio o radios terapias, del manejo del dolor durante el proceso de tratamiento, no importa si un paciente sale bien y va a vivir perfectamente o si sale mal y va a requerir atención paliativa posterior, pero deberíamos de estar en el proceso desde el inicio, y yo creo que eso es lo que se ha venido fomentando, sobre todo los hospitales clase A, en el México, en el Calderón vemos que el paciente que en el momento en que sea dado el diagnóstico oncológico de una vez sea integrado a un equipo de paliativos.

Finalmente enfermedades con el perfil para solicitar eutanasia: Pacientes oncológicos, de donde ya ninguna quimioterapia va a hacer efecto, en donde tampoco la radioterapia va a lograr revertirlo o donde no hay posibilidad quirúrgica, pacientes con enfermedades neurodegenerativas cuyos síntomas no están siendo bien controlados y el paciente verdaderamente está sufriendo, pacientes que no tienen apoyo familiar y no hay posibilidades de institucionalizarlos porque son muy jóvenes, porque tiene recursos sin embargo no tienen accesos a esos recursos, entonces no los asume CONAPAM, porque no están en pobreza extrema, por ejemplo y no tienen una red de apoyo para cuidado, básicamente seria el paciente que tendría este perfil.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Empezando, aunque no soy médico, considero que principalmente debería de haber una valoración para saber si esa persona está consciente y orientada en tiempo y espacio, para poder tomar una decisión de manera asertiva, que no esté siendo persuadida, que no tenga un antecedente psiquiátrico, porque se sabe que una persona con un antecedente psiquiátrico, tiende a tener el deseo de morir más latente, más presente en su vida, entonces tiene que tener una valoración por un médico, un psiquiatra para determinar si esa persona está tomando una decisión realmente consciente y libre sin singa presión de por medio, pienso que ese sería uno de los criterios más importantes.

Se puede valorar también la familia, el entorno a ver como se ha desenvuelto esa persona, para que querer tomar una decisión de estas, para poder comprenderle un poquito más y tener ese sentido de humanidad, porque eso nos permite mucho ver si no se ha trabajado de una manera y se puede trabajar de otra y poder la persona o paciente considerarlo. Eso es algo muy personal tomar esa decisión.

A nivel de proteger el paciente, existen riesgos como es un tema complejo estuve leyendo un poco, lo que me hizo preguntarme entre los riesgos pienso que la medicina podría tener ahí un sabotaje en los principios de la medicina va dirigido a salvar y proteger la salud de una persona, entonces sería cuestionable si decimos que ayudarle a una persona que tenga una muerte digna, bajo su consentimiento sería una forma de salvarla, porque en realidad no estamos procurando que ella permanezca viva, sino que tenga una muerte digna, sería ahí como ese riesgo de decir que la medicina qué está haciendo en este caso, ya se cambió el concepto de medicina, habría que reformarlo para determinar si es correcto entrar en el concepto de que la eutanasia es parte de la salud, es parte de ayudar de alguna manera a una persona a estar mejor. La muerte es algo tan

incierto, nadie sabe que es lo que hay ahí, solo sabemos que la persona ya no está, no sabemos que se presenta.

Por otro lado pensaría yo, que habría que primero hacer como mucha concientización acerca del principio de autonomía a nivel general, a nivel país, porque cuando las personas no están preparadas a un cambio de esta manera vienen muchos cuestionamientos, muchos juicios de valor. Culturalmente tenemos pensamientos de muerte totalmente diferente, aquí mismo en el país, una persona muere en Limón y hacen fiesta y preparan lo más rico, lo que a ellos les gustaba y bailan, ellos tienen una forma diferente de ver la muerte, a diferencia de la ciudad, Pérez Zeledón u otro lugar , donde ven la muerte como algo trágico y la gente desea siempre permanecer con los familiares a pesar del dolor que ellos puedan estar sintiendo por alguna situación. Entonces como esa parte informativa, y también valorando que es una decisión que es muy personal, que tomaría la persona en una situación claramente terminal, donde se presenta mucho dolor, donde también no hay algún medicamento que le ayude a esta persona a estar enfrentando su condición de salud, ya que sea algo totalmente dirigido a eso, no porque simple y sencillamente sé que tengo una enfermedad terminal y aunque no esté todavía en esta parte paliativa 100%, puede ser que tenga que sé yo un cáncer, como que es lo más común, pero hay personas con cáncer que han podido estar al borde de la muerte, se recuperan y tienen un periodo de vida de 10 años, 5 años, entonces habría que considerarlo de manera muy clara, cuales serían los criterios para tomar esas decisiones.

Qué tipos de enfermedades puede calzar en el perfil de eutanasia: Lo que yo he podido ver a nivel profesional, la enfermedad que he tenido como más cercana el ELA, el cáncer, el ELA más que todo porque llega un momento en que la persona es incapaz de movilizarse, pierde totalmente su autonomía de manera física y la

comunicación se vuelve demasiado difícil, entonces la persona vive atrapada en un cuerpo, y eso depende mucho de la actitud de la persona para querer seguir con su vida o no y del grupo familiar que tenga y de la construcción que ella haya realizado durante su periodo de vida, pero pienso que el ELA es una enfermedad en una fase de persona totalmente dependiente, considero que es una enfermedad que se pueda valorar. Y el cáncer también, que hay situaciones de situaciones súper complejas, como las enfermedades que yo he tenido más cercanas y que veo que son más complejas de asistir a nivel médico, de momento serían esas 2 las que se me ocurren.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

En relación con la pregunta, para determinar los criterios de elegibilidad deben de considerarse las posibilidades terapéuticas que tenga el paciente, su pronóstico y su estado de calidad de vida, ya que en temas de riesgos si se permite la apertura de dicha opción terapéutica de forma libre puede llegar a convertirse en una ventana para encubrir asesinatos, que el paciente o su familia se arrepientan y se acarree una responsabilidad legal sobre los profesionales de la salud que se encarguen de brindar este tratamiento.

Dentro de las enfermedades, podrían ser contempladas enfermedades crónicas terminales como cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia cardiaca, enfermedades neurodegenerativas graves.

Unidad de Análisis 1.2: Alcance de los Cuidados Paliativos en la Decisión de la Eutanasia

Categoría 2: Limitaciones del Sistema Paliativo en Costa Rica

- **Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los cuidados paliativos buscan garantizar la calidad de vida en enfermedades terminales, pero en países como España y Canadá, la eutanasia se permite cuando estos cuidados no logran controlar el sufrimiento (Downar et al., 2020). En Costa Rica, el acceso a cuidados paliativos es desigual entre zonas rurales y urbanas, lo que podría condicionar la decisión del paciente sobre su derecho a morir dignamente (Ministerio de Salud, 2024).
- **Pregunta:** Desde su perspectiva, ¿cuáles son las principales deficiencias del sistema de cuidados paliativos en la CCSS y en qué casos considera que estos cuidados pueden ser insuficientes para evitar el sufrimiento extremo del paciente?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

Realmente no tengo conocimiento para poder decir desde la práctica que haya una ineficiencia en cuidados paliativos a nivel de la Caja y opinar en ese sentido a favor o en contra de los cuidados paliativos que tiene la institución sería irresponsable pues no tengo ese control, ese contacto directo, sería mejor recomendarle entrevistar una paliativista para que pueda conversar de ese tema.

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

Si es cierto que tal vez en algunas áreas se ve un poco más limitados, por todo, por acceso, por vehículos, por carreteras, número de especialistas, en algunos lugares en áreas regionales las cosas van un poco más lento, no solo en cuestión de atención, porque por ejemplo a nosotros nos pasa mucho que queremos colocar la colocación de un GEP, por ejemplo y en el Hospital de Puntarenas alguien está incapacitado, el anestesiólogo está de vacaciones, el gastro tiene un permiso sin goce de salario, entonces ya no se puede hacer, entonces estamos arruinados porque talvez solo hay un especialista de cada cosa, entonces si esa persona no está, entonces no se puede realizar el procedimiento, entonces creo que si es cierto que talvez en al área rural estemos un poco sesgados. También pienso que en este país se hace un gran esfuerzo, los equipos de cuidados paliativos intentan abordar a la gente muy tempranamente, por ejemple en la sede central de paliativos de Costa Rica que ve toda el área metropolitana, normalmente un paciente desde que ingresó al programa de visita domiciliar hasta que reciben su primera visita no van a pasar más de 10 días, entre un espacio y otro, creo que estamos limitados a medicamentos, por ejemplo muchos de los medicamentos que tenemos que utilizar, los utilizamos con unos formularios que nosotros llamamos "**NoLOM**" que son medicamentos comprados por la CCSS con un presupuesto extraordinario, porque la CCSS no los tiene, por ejemplo la lidocaína, euprodorfina, el fentanilo en parches, todos esos medicamentos lo tenemos que comprar con otro trámites, elevando a un comité de farmacoterapia, estamos limitados en medicamentos sobre todo para manejo de dolor.

Por ejemplo yo, que veo enfermedades neurodegenerativas, los medicamentos que uso para el ELA lo tengo que tramitar por "NoLOM" también, porque la CCSS no lo tiene, en algún momento lo tuvo y lo perdió, y ya no lo tiene que es el riluzol, entonces pienso que sí hay limitación por ejemplo en el procedimientos invasivos,

tenemos poca gente especializada, muchos de las áreas rurales tiene que mandar al Centro Nacional del Control del Dolor para tener acceso a un procedimiento invasivo para el control del dolor, por ejemplo, en el Centro tenemos un equipo de intervencionismo, pero este equipo solo equipo tiene que atender prácticamente a nivel nacional, entonces digamos que si hay un sesgo, un retardo en el manejo de síntomas, deseáramos que todos nuestros pacientes tuvieran síntomas controlados verdad, en síntomas que causan más sufrimiento, como dolor, falta de aire o disnea, y sufrimiento en general, emocional, físico, social, familiar, espiritual, siento que tenemos retos en paliativos, estos accesos a medicamentos, estos accesos a intervencionismo. Por ejemplo en Costa Rica cuidados paliativos no cuenta con apoyo espiritual, no tenemos contratados en la CCSS ninguna figura espiritual de ningún tipo, ni de la iglesia, ni religiosa, ni un capellán, alguien que sea integral, que no sea de ninguna religión, pero que sea espiritual, pero no manejamos esa figura y que nos limita en este país y tenemos que trabajar en eso.

Se la hace la pregunta a la doctora adicional de qué es un GEP, ya que la tesis es de Derecho, a lo que ella responde: Muy importante, enfermedades como la que yo veo, son enfermedades neurodegenerativas y que incluye a todas: las demencias, los Parkinson, las ELA, las esclerosis múltiples, ellos normalmente al final de su enfermedad, van a tener una cosa que nosotros llamamos “disfagia”, disfagia es la incapacidad para alimentarse, entonces por ejemplo ese paciente que se come arroz, frijoles y un huevo duro y hace toz, entonces es un paciente que ya no va a poder hacer eso, sino que se va a tener que licuar su comida. Pero llegará un punto donde a un licuado, aún en puré, con textura de “gerber” él va a seguir haciendo toz, porque no lo puede tragar, por ejemplo toman agua y se ahogan, entonces a ese paciente se le tramita un gastrostomía endoscópica

percutánea, a eso le llamado GEP, es un procedimiento quirúrgico en el cual nosotros hacemos un acceso directamente, a la cavidad gástrica para alimentar el paciente, sin pasar por una sonda nasogástrica, que es lo que normalmente ponen en los hospitales a los pacientes mayores, pero nosotros como nuestros pacientes son crónicos y de larga data, antes de estar maltratándolos cada semana para colocar una sonda nasogástrica, preferimos colocar un dispositivo GEP.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Considero que talvez falta capacitar más a los médicos y que realmente se haga una valoración de los profesionales, no solo médicos, en general de todos los profesionales que van a atender este tipo de población, porque si usted es una persona que no tiene empatía y va a hablar con una persona que está en un proceso de enfermedad terminal, la respuesta que puede tener ese paciente va a ser muy negativa, a diferencia de cuando hay una persona que está consciente, es humanizada, tiene calidez a la hora de brindar la atención, porque el solo hecho de brindar una escucha asertiva, esa persona puede sentir cierto alivio, de que se siente importante, porque lo están escuchando, realmente mi condición de salud le está importando a esta persona, indistintamente de la especialidad que sea, entonces yo pienso que si debería de haber valoración, algún examen psicológico, para determinar si una persona tiene la vocación para trabajar con este tipo de población, considero que sería ideal, pues si usted es una persona que trabaja en un servicio de salud, hay muchas personas que no tienen vocación, eso genera un impacto a nivel CCSS, que es una excelente institución con

respecto al criterio que se forman los pacientes de las atenciones que puedan recibir.

Retomando la pregunta, porque me desvié, siento que el servicio de cuidados paliativos está muy centralizado, ahorita todavía a nivel CCSS está muy centralizado, las personas de lugares rurales no tienen el mismo acceso que tienen las personas que viven en la GAM, también considero que debería de existir un poco más de supervisión de las funciones que se realizan, y supervisión dirigida a supervisarnos, a capacitarnos, a estar todavía más actualizados, aunque disque se dé de alguna manera, considero que se da por cumplir, no por realmente por obtener un conocimiento como tal, entonces los espacios a veces de formación y capacitación son muy pequeños para algo como tan importante como lo que trabajamos.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Una de las principales deficiencias que tiene la atención en cuidados paliativos en Costa Rica, es que no existe un protocolo, estándar o una homologación de la atención oportuna, esto genera una serie de desigualdades entre un paciente y otro, en especial porque esta atención obliga a que se de en un marco de atención integral al usuario y a la familia, actualmente existen patologías que son muy complejas y en extremo dolorosas física y emocionalmente hablando como las enfermedades degenerativas, algunos cánceres, en donde la medicina convencional viene a ser insuficiente para aliviar el dolor, situación que en extremo podría ser valorada la eutanasia como una opción terapéutica

Unidad de Análisis 2.1: Consideraciones Éticas en la Aplicación de la Eutanasia

Categoría 3: Dilemas Éticos para los Profesionales de la Salud

- **Introducción:** Un estudio en Países Bajos encontró que el 85% de los médicos que han aplicado eutanasia han enfrentado dilemas éticos y emocionales, en especial cuando el sufrimiento del paciente no es estrictamente físico, sino psicológico (Evenblij et al., 2021). En Costa Rica, el Código de Ética Médica enfatiza la obligación de aliviar el sufrimiento, pero no contempla explícitamente la eutanasia (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2018). Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Artículo 36:

  "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 suspender todo procedimiento terapéutico."

- **Pregunta:** Desde su experiencia, ¿cuáles son los principales conflictos éticos que enfrentaría un médico costarricense al aplicar eutanasia? ¿De qué manera el sistema de salud podría ofrecer apoyo a los profesionales para manejar estos

dilemas, porque no solo es enfrentarse a un dilema, es compartir con el paciente e incluso su familia que podría estar sufriendo también del proceso, cómo?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

El conflicto ético básicamente que se produce, es esa disyuntiva de "yo no soy el dueño de la vida de las personas" y ¿cómo voy a hacer para permitir el sufrimiento de esa persona, si la única forma de aliviar ese sufrimiento es quitándole la vida?, porque solo quitándole la vida se quita el dolor, o aplicándole medicamento que lo drogue se quita el dolor, pero va a pasar en un estado de drogadicción continua, entonces básicamente el conflicto ético es si el médico está en condiciones de quitarle la vida a una persona, el otro conflicto ético es si con el tratamiento prolongado lo voy a llevar a la muerte, por ejemplo el uso de la morfina en pacientes en estado terminar le alivio el dolor, le quito el sufrimiento, pero le acelero la muerte, al final el uso prolongado va a causar la muerte, entonces ese es el conflicto ético que tiene una persona que atiende ese tipo de casos, al final o adelanta la muerte, o provoca la muerte, o no adelanta a muerte pero incrementa el sufrimiento, no provoca la muerte, pero prolonga el sufrimiento, entonces cuando usted pone un conflicto que es un dilema, entonces como usted pone en balanza la dos cosas que es le dejo el sufrimiento, porque se lo incremento, porque va a seguir prolongadamente con sufrimiento o le acorto o le quieto la vida, ese es el conflicto médico, donde el médico debe de tomar una decisión.

Entonces la decisión desde el punto de vista ético tiene implicaciones desde el punto de vista jurídico, entonces el médico tiene que tomar decisiones basadas en un nivel jurídico y no basado en lo ético, porque lo jurídico le implica

responsabilidad, lo ético reproche, nada más, que eventualmente lo puede llevar a un tribunal de ética médica, pero no ante los tribunales, entonces el médico tiene que sopesar hasta donde tiene que hacer un tratamiento que alargue la vida y que por lo tanto alargue el sufrimiento, ese es el concepto del enseñamiento terapéutico.

Para apoyar a los médicos se le tiene que dar legislación, una norma técnica, como sucedió por ejemplo con el aborto terapéutico, ahí está la iniciativa de cuando hay situaciones de aborto, antes nadie se atrevía a hacer un aborto de este tipo y si lo hacían, lo hacían de a callado, entonces desde que la Comisión Interamericana de Derechos humanos interviene y solicita una guía técnica se abrió la posibilidad para que los médicos del hospital tengan la posibilidad de decir en qué caso corresponde a un caso que es de aborto y por lo tanto matar al producto de la concepción para salvar la vida de la madre, eso es sopesar riesgos en crisis, entonces hay una norma técnica, entonces la respuesta es una norma técnica y una legislación que la fundamente.

Siempre la ayuda psicológica puede ayudar al personal médico involucrado en este tipo de procesos, sin embargo, en la medida en que exista una claridad que es la persona la que está solicitando la muerte digna, y que el equipo médico que le provoca la muerte, tenga eso claro, entonces que se les quite el concepto de “lo estoy matando, es que yo lo estoy asesinando” es un concepto muy fuerte desde el punto de vista natural, entonces si se comienza a dar ese cambio desde el apoyo psicológico de no estar asesinando a nadie, sino que estás ejecutando la voluntad de esta persona, que ya no quiere seguir viviendo en esas condiciones, y que le estás haciendo un beneficio, se cambia el concepto. La persona pide el favor, es como portar un salveque y está muy pesado, entonces yo le pido al médico la ayuda para poder llevarlo, entonces este le ayuda a llevarlo,

el médico no le roba su salveque, se lo estoy cargando, entonces cambia la situación, el apoyo psicológico debe de ir en esa línea, a que se entienda la posibilidad a un médico de la CCSS que tiene que llevar el proceso, que esa persona entienda que no está matando a nadie.

Distinto es por ejemplo, el caso de los países que tienen aprobados la pena capital, en donde llevan a un sujeto, condenado a la silla eléctrica, entonces hay alguien que tiene que sentarlo y matarlo, alguien tiene que conectar la silla, alguien que tiene que dar el medicamento en el caso de los que aplican inyección letal, ahí hay un concepto diferente, mientras allá lo están matando, aquí el concepto es “yo estoy ejerciendo la voluntad de una persona, no de un tercero”.

correcta los puede apoyar, aborto terapéutico ayudó a ellos, porque antes no podían hacerlo o lo hacían de a acallado, sopezar, ayuda con psicólogos, en la media en que exista una claridad que la persona solita la muerte digna, eliminar el concepto de yo lo estoy matando. Quita el pero, el salveque, ese apoyo que, distinto a la pena capital, hay alguien que tiene que matarlo.

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

La doctora hace la pregunta previa, hacia como se llama cuando por razones religiosas o de creencias ella se puede negar por ejemplo a realizar un aborto, a lo que le respondo que se llama “objeción de consciencia”.

Básicamente tenemos los sentimientos del personal tratante, los sentimientos del paciente, los sentimientos de la familia, ese caso muy explícito que se está mencionando donde el paciente no tiene voz y la voz la toman terceras personas

es un poco más complejo, yo pienso que entonces ahí es donde entra un tema que en paliativos trabajamos mucho o que intentamos trabajar mucho que se llama “voluntades anticipadas”

En donde vos como persona deberías de desde antes de enfermarte o cuando se enfermas expresarle a tu familia que es lo que vos quieres para tu vida, y nosotros siempre decimos a las familias y a los pacientes, por ejemplo si en algún momento usted necesitara ventilación mecánica asistida, ¿usted estaría dispuesto a ser intubado y depender de una máquina el resto de su vida?, entonces los pacientes nos dicen, no doctora, yo no quisiera estar “pegado” a una máquina el resto de la vida, o sí doctora yo quiero vivir, quisiera que aunque sea de esa manera yo esté vivo, entonces es ahí donde hay que hablar de esos temas, cuando estamos bien, cuando estamos conscientes, tenemos voz, para que terceras personas no tuvieran que decidir por mi vida, y esa tercera persona incluye a los médicos tratantes, los médicos tratante sugerimos, por ejemplo cuando un paciente está en muerte neurológico o no tiene una posibilidad de recuperación viable, real, hablamos con la familia y le decimos el pronóstico es tal, pero la decisión final la toma la familia, normalmente no la toma el médico tratante, por ejemplo en épocas de pandemia en algunos momentos cuando no había comunicación con las familias, o porque es un paciente que no tiene familia, que está abandono, el médico ha sido en algún momento digamos “víctima” de estas decisiones, y normalmente tomamos esta decisión basado en la posibilidad de recuperación del paciente, o en la posibilidad del bienestar del paciente, que tanto beneficia esto que yo estoy haciendo a este paciente y nosotros en medicina practicamos o nos han ensañado en no usar medidas fútiles, es decir, no usar que sea digamos una cosa que sea un gasto para la institución o no solo en términos económicos, sino una in versión de recurso, para no obtención de ningún resultado, entonces

básicamente cuando tomamos estas decisiones la basados en eso, a los médicos que somos personas de valores, porque somos personas espirituales, emocionales, mentales, criados en una familia con valores, muchas veces religioso en pro de la vida o que creemos en Dios es un problema de tomar este tipo de decisiones de acabar con la vida de alguien o decidir que por mi responsabilidad alguien va a fallecer, sin embargo, digamos que nosotros siempre aplicamos aquellos primeros criterios, o los criterios principales de la medicina, que es no hacer daño, cuando algo no va a beneficiar, se suspende y en ese caso que no lo sentimos como hacer un daño, sino que simplemente no va a resolver nada, entonces se suspenden maniobras o se suspende una terapia de soporte, porque igual no va a hacer la diferencia con nadie, básicamente en nuestro cerebro lo acomodamos así, sin embargo, nunca vamos a tomar una decisión si no estamos seguros que en nuestro quehacer no lo vamos a beneficiar como persona o no vamos a beneficiar su enfermedad.

Con respecto a la ayuda a los médicos, yo creo que ahí es donde entra de lo que hablamos hace un ratito, de la posibilidad que nosotros tengamos derecho a escoger qué hacemos y qué no hacemos, a llenar algún documento de objeción de consciencia, en donde yo esté dispuesta a tomar este tipo de decisiones o no estoy dispuesta, según miss capacidades de formación espiritual, académica, social, familiar y hay otra cosa que quisiera mencionar y que es muy importante trabajarlo en la tesis, y es que en realidad en paliativos no consideramos que ningún paciente debería llegar a pedir eutanasia, porque cuando nosotros llegamos a esa encrucijada en donde no hay nada que hacer, tenemos un síntoma refractario, un síntoma que yo no puedo controlar, que no hay medicamento en este país que lo pueda controlar, por ejemplo dolor, sufrimiento, falta de aire, disnea, incapacidad alimentarse o lo que sea, entonces nosotros aplicamos, lo

que nosotros llamamos la sedación paliativa, que es como un tratamiento para bajar el nivel de consciencia, para que las cosas ocurran de manera natural, sin adelantar o atrasar procesos, pero minimizando el sufrimiento, entonces en realidad es la razón por la que no quisiéramos no vernos expuestos a tomar decisiones de eutanasia, cuando tenemos sedación paliativa y tenemos un sistema de cuidados paliativos en este país.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Bueno médicamente, porque estuve leyendo un poquito, dice que la ética médica incluye 4 principios y estos están no causar daño, hacer el bien, respetar la autonomía del paciente y aplicar la justicia. Esto va más dirigido a distribuir los bienes y servicios de salud para tener un mejor cuidado de la persona, entonces considerando esto de la ética es complejo, porque considero yo eso es algo muy personal del profesional, habrán personas que tienen una inclinación muy religiosa, con los que no va a estar de acuerdo con esa práctica y no la van a querer realizar y está la parte legal de que le corresponde, por pertenecer a una institución y tener que cumplir con un régimen X, entonces considero que es un tema complejo porque va muy dirigido, más cuando el 85% de las personas que han realizado este tipo de procedimientos han tenido consecuencias en su personalidad o tiene un impacto en su vida el actuar que han realizado.

Es importante visualizar hasta qué punto esta persona es capaz o no , cual es la perspectiva que tiene el profesional de la vida, y cuáles son sus “no negociables o si negociables” ante este tema, si usted va a realizar algo y no lo quieres hacer

como tal, y después vas a tener esa carga emocional encima no tendría sentido, por eso la importancia de la objeción de consciencia.

Hay que lidiar con el paciente y con la familia y sufrir con que un paciente quiera morir, es importante que nosotros también como profesionales tengamos valoraciones médicas, psicológicas y sociales, para determinar si estamos pasando un buen momento para enfrentar este tipo de situaciones, porque aunque se diga que el trabajo se queda en el trabajo, y después nosotros nos vamos a la casa con todo lo demás, tenemos situaciones o problemas a nivel familiar, que nos están afectando y llegamos al trabajo y estamos también valorando situaciones similares, hay que tener cierto criterio y cierta salud mental para brindar una atención adecuada, también para protegernos a nosotros mismos.

También como te digo hay mucha falta de sensibilización en ese espacio con el profesional, no hay un plan estratégico, ahora se habla mucho de las pautas activas, pero eso es más que todo para posturas, pero de salud mental para que nosotros tengamos ese espacio, que vivimos tanto tiempo en el hospital viviendo situaciones de este tipo, de tantas energías negativas, que como te digo aunque uno no quisiera que esto le afecta, siempre le sigue ahí rumiando de alguna manera y lo puede traer a su hogar. Entonces si es importante que tengamos la oportunidad de tener espacios donde seamos valorados y escuchados y que podamos drenar, que esto nos permita brindar una mejor atención a las personas que vamos a atender. Porque si nosotros estamos de una manera adecuada y listos para brindares la atención vamos a ser mucho más afectivo, a cuando usted esté agotado, estresado, frustrado, la atención no va a ser igual, lejos de brindar un apoyo al paciente, vas a ser como una “carga”, no se brinda una atención asertiva.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Como profesionales en medicina realizamos un juramento y el mismo radica en preservar la vida, claramente no enfatiza preservar la vida con o sin calidad, en embargo en el precepto de nuestra formación optar por terapéuticas que pudieren atentar contra estos principios podría crear un conflicto médico – emocional importante, es en esta línea que de llegar a brindarse esta posibilidad terapéutica las decisiones de los profesionales deben de estar acompañadas de profesionales en psicología, psiquiatría y abogados, que esclarezcan cualquier duda para el profesional.

Actualmente el acompañamiento que se le brinda a muchos usuarios en la línea de atención paliativa es sumamente básica, lo cual nos aproxima a conocer realidades dentro del seno familiar en el cual, los familiares y cuidadores tienen un conocimiento vago de la evolución de la enfermedad que se extrapola a la ansiedad y situación propia de salud.

Unidad de Análisis 2.2: Impacto de la Eutanasia en la Relación Médico-Paciente y la Familia

Categoría 4: Consentimiento Informado y Presión Familiar

- **Introducción:** En Canadá, la Ley de Asistencia Médica para Morir establece que la eutanasia solo puede aplicarse si el paciente expresa su voluntad de manera reiterada y libre de presiones externas (Canadian Medical Association,

2022). No obstante, en enfermedades neurodegenerativas avanzadas, algunos países han adoptado el consentimiento anticipado (van Delden et al., 2021).

- **Pregunta:** Desde su experiencia, ¿qué mecanismos podrían implementarse en Costa Rica para garantizar que la decisión de acceder a la eutanasia sea verdaderamente libre y sin influencias de terceros, especialmente de familiares o médicos?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

Es muy buena su pregunta, es muy interesante. Eso es básicamente a través de una valoración integral, ese equipo que tiene que tener sí o sí un psiquiatra y/o psicólogo, que trabaje en la psiquis de esa persona y por supuesto trabajo social, para disminuir esos riesgos. Hay que tener en claro que el médico es médico tratante puro y para un análisis integral esta este otro equipo médico

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

Reforzar el informe o la aplicación de las voluntades anticipadas, antes siquiera de hablar del tema de eutanasia y muy importante, por eso es que el equipo tiene que informar de todo, nosotros normalmente lo hacemos en nuestro quehacer diario, siempre hacemos y vamos adelantándonos en el tiempo, entonces siempre vamos preguntando, “¿cuando lleguemos aquí, a este río, como lo vamos a cruzar?” y esa decisión normalmente si la tomamos en los 3 ejes: la decisión del

médico, la decisión de la familia y la decisión del paciente, cuando el paciente se puede comunicar.

Esa es la razón por la que corremos contra el tiempo, para que podamos extraer toda esta información de los pacientes, yo siento que hablamos de previo nos quitamos ese problema de que en algún momento hablemos presionados, uno lo tiende, imagínese un paciente viendo un hijo limitado, sin poder talvez trabajar, sin poder tener familia, sin poder realizar su vida, diay la mejor opción es decir que mejor me voy para el cielo antes del tiempo, para que este hijo vuelve, sería muy razonable.

Sin embargo, por eso es que en paliativos trabajamos mucho el tema de anotar "esto es una voluntad anticipada" y lo anotamos desde muy antes, vamos preguntando muy anticipadamente para que después yo no me vea influenciado por las circunstancias del ya, sino que sean decisiones pre aprobadas, pre pensadas, sin esa presión encima del tiempo o de las personas cuestionándome a tomar cuál o qué decisión.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Bueno con este tema de la presión externa, ya cuando una persona está en una situación de salud compleja, en una fase terminal, o sea ya agónica, lo menos que le interesa son sus bienes y todo lo demás, le interesa el amor que le puedan brindar las personas, sus seres queridos. Sin embargo tomando en cuenta que se conoce de antemano que tiene una situación, y que es algo preventivo, considero que se puede abrir un espacio donde se le informa a la persona los acontecimientos que se pueden presentar durante la evolución de su enfermedad y estando esa persona consciente y orientada, informales que hay decisiones

importantes que se deben de tomar y que respetando esas decisiones, respetando su principio de autonomía se deben de preguntar antes, para que la persona tenga esa claridad y que no sienta la presión de que cuando ya esté en una etapa agónica que tome este tipo de decisiones, considero que sería sano decirle a esta persona paciente, qué es lo que se espera, cual es el pronóstico de su situación y ante esto respetando más que todo, promocionando su voluntad y decisiones, respetando más allá de sus decisiones, porque usted ha escuchado a muchas personas “ay cuando yo me muera quiero que incineren, que hagan esto o que hagan lo otro” ya esta voluntad es algo incierto, porque usted ya fallecido no sabe qué va a ser de usted, ¿Cómo vas a verificar eso? Si se dio, si no se dio, “yo quiero que me sigan cuidando el perro” eso es algo totalmente incierto.

Entonces promocionando que la persona pueda realmente tomar decisiones conscientes de su vida, que sea testigo de lo que está sucediendo, si sería bueno valorar esa situación, preguntarle si le gustaría realizar algún testamento, ante esta situación de salud, con el pronóstico de vida que se tiene, bueno sí o no, se respeta. Si la persona no quiere se puede volver a retomar y se le informa, como una persona consciente y orientada, se le indica que como parte del protocolo de salvaguardar sus intereses, sus bienes y decisiones, esta entrevista se volverá a reformar en X fecha. De igual manera se puede plantear esto, no promocionándolo, sino para que la persona esté conscientes que ya eso está aprobado en el país, si está anuente en algún momento a tener la eutanasia y ver si dice sí o no.

Ya uno con el tiempo de trabajar con el paciente de antemano saber qué le está molestando, saber que le incomoda, si hay situaciones a nivel familiar, poder

valorarlo un poquito más por adelantado considero yo, no esperar a que la persona esté en esa situación y tomar decisiones bajo la presión de su agonía.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Para decidir quién pudiere acceder a esta opción terapéutica, debiere pasar por una serie de evaluaciones psicológicas, físicas y hasta religiosas, las cuales puedan dictaminar si el paciente tiene la capacidad de decidir esto, si dicha aprobación media una voluntad propia o un proceso de manipulado.

Unidad de Análisis 3.1: Viabilidad del Proyecto de Ley 21.383 en el Contexto Costarricense

Categoría 5: Desafíos en la Implementación del Proyecto de Ley 21.383

- **Introducción:** El Proyecto de Ley 21.383 plantea un marco normativo para la eutanasia en Costa Rica, estableciendo requisitos médicos y de consentimiento informado similares a los de España y Colombia (Asamblea Legislativa, 2024). Sin embargo, países como España han enfrentado dificultades en su implementación debido a la falta de formación especializada en el personal médico (Simón-Lorda et al., 2022).
- **Pregunta:** Desde su perspectiva, ¿cuáles serían los principales retos que enfrentaría Costa Rica en la implementación de este proyecto de ley en

términos de infraestructura, personal médico capacitado, regulación ética, gastos a nivel CCSS?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

El primer reto es la iglesia católica, es un país con religión, en un Estado con religión es problemático implementar la eutanasia, la religión es un dogma de fe, es que la vida no es producto de una actividad biológico, sino un producto de la divinidad, no es nada biológico, sino más bien de un óvulo fertilizado que posee un alma, entonces esta divinidad, es la que da la vida y la quita, por lo tanto, nuestra legislación esta permeada en nuestro país y en el mundo de un pensamiento teológico, fundamentado en que hay una divinidad que existe, da la vida y que el ser humano no puede intervenir en quitarla, porque eso es un derecho divino, eso aunque no lo dice nuestra legislación directamente, gira en torno en eso. Entonces el primer obstáculo es una iglesia católica y también iglesia cristiana o evangélica, opuesta rotundamente a ese tipo de tratamiento para disminuirle o cancelarle el sufrimiento al ser humano.

Después de sortear este tema, hay que evaluar el tema social, de hecho, yo estuve cuando Álvarez Desanti presentó el primer proyecto de ley de eutanasia, fue en el Colegio de Médicos, hubo mucha gente en contra, hubo pleitos y problemas.

El otro problema que se tiene que abordar es la objeción de consciencia, de parte de los médicos, porque si se hace en la CCSS, se agarra a un grupo de médicos, para que al azar se les escoge para que conformen el equipo, este grupo de médicos, alguno de ellos podría tener problemas con el procedimiento y no se le

puede aplicar. Este grupo de expertos tendría que ver todo lo relacionado con las aprobaciones del procedimiento.

No considero que vayan a haber problemas económicos ni estructurales, agarrar un espacio físico en cualquier hospital de la CCSS y hacer un servicio de hacer un espacio de “Muerte Digna” como se le quiera llamar, pero con un nombre apropiado, pues es simplemente cambiar unos pequeños gastos, no es un gasto enorme, no es oneroso, es un espacio físico adecuado, con zonas verdes, para que vayan familiares, donde se pueda proceder con proceder con el acto, se certifica la muerte y listo.

El otro tema a sortear es la legislación actualizada, vemos una corriente legislativa muy polarizada, entonces es muy difícil, por tener influencia política pero como personas tiene aires muy religiosos entre los diputados, solventando el tema legislativo que es el más grave estaría conformar el equipo interdisciplinario.

Este equipo interdisciplinario puede ser propio de la CCSS o que se contrate por aparte. Se puedes conformar varios equipos, y estos equipos nos darán su criterio para tomar decisiones, se puede colocar varios equipos a nivel del país, con no menos de 3, no más de 5, por aquello que se inhibe o se ausente, pero que desde un inicio no tenga objeción de consciencia, sino que no puedan atender un caso por ser un familiar o alguien cercano.

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

Pienso que hay que tomar en cuenta muchas cosas, es muy importante habría que comenzar a formar a todo nuestro personal, desde el primer nivel de atención, que son los que están en contacto directo con los pacientes, que son desde el

Ebais de los Chiles, hasta los hospitales clases A, porque no se trata de una decisión que como habláramos ahora, no es una decisión que se toma a última hora cuando esté arrinconado, es una decisión que uno toma desde antes de un proceso y entonces habría que empezar a formar a todo nuestro personal, yo siento que desde el punto de vista de recursos habiendo en este momento un sistema robusto de atención de paliativa, de sedación paliativa, en donde tenemos medicamentos para controlar síntomas refractarios y disminuir el sufrimiento no se justificaría desde el punto de vista económico o administrativo, un gasto de semejante calibre, habiendo ya un sistema existente, funcional, activo y con resultados como lo tenemos en este momento a través de sedación paliativa, así que siento que desde el punto de vista administrativo o de costos, valdría mucho la pena sopesar si es necesario el realizar eutanasia cuando Costa Rica tenemos la sedación paliativa, con protocolos, con médicos formados, con médicos competentes con acceso de toda la seguridad social a este recurso, entonces qué tan necesario es implementar más gastos, cuando ya tenemos un sistema robusto en ese sentido.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Con los criterios médico yo reitero que sería importante una valoración, para ver si esta persona tiene la vocación para trabajar con personas en condición terminal, porque es sumamente importante y lo recalco, el médico debe de terminar de escuchar al paciente, cómo se siente, se comprendería que su salud no es algo solo físico, sino emocional, entonces con solo la persona médica que brinda el tratamiento, con solo que le dediquen 5 minutos a escucharlo, visualizarlo, verlo directamente a los ojos, ya esa persona se va satisfecha y se

va a ir más consciente del tratamiento que se tiene que tomar, va a generar un vínculo y un compromiso de ayuda de alguien que me quiere ayudar y yo también voy a hacer mi parte, entonces es importante la calidad del profesional que vaya a atender a este paciente en estas situaciones. Es importante la valoración previa y de fondo determinar si hay situaciones que lo puedan delimitar, un duelo reciente, alguna situación compleja, la pérdida de algún familiar por una situación de estas y que no haya sido abordado de la mejor manera y que tenga un duelo crónico que no lo maneje bien, es bueno manejarlo.

A nivel de infraestructura, en el centro hay buena infraestructura, sin embargo, considero que se puede todavía mejorar aún más, aunque ahí es un espacio tranquilo y se han hecho varias modificaciones para el espacio sea adecuado, el paciente se sienta tranquilo y cómodo, considero que se puede hacer más. A nivel terapéutico sería bueno tener algún espacio verde, donde las personas puedan llegar a sentarse, a socializar con otro tipo de pacientes, que puedan sentir que pertenecen a un grupo, no porque todos estén ahí con una condición de salud compleja, esperando la atención de un médico, haciendo fila, esperando a que un médico le tome la presión, de que ellos también tienen otra vida aparte de eso. Es ir allá con un espacio verde, que puedan disfrutar la música, de animales, como se ha hecho en el Centro de Cuidados Paliativos, que han tratado de promover esto con animalitos, perritos, que los llevan por todos lados. No sé si terapia aun lo está manejando, porque no he vuelto a ver este tema al respecto, pero en realidad hasta uno como profesional, eso lo relaja mucho. En otras instituciones la infraestructura claro que hay que reformarla, eso está super mal, deprime con solo entrar, no es ni adecuado, talvez la persona se pueda sentir que ya está del otro lado, que acá, por solo la infraestructura no es el adecuado, los colores, el personal a veces también no ayuda, entonces hay que valorar eso.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Para iniciar el principal riesgo, sería que la única institución facultada para realizarlo sea la CCSS; ya que no se cuenta con un aparato administrativo, personal médico, y/o infraestructura adecuada para implementar atenciones integrales, así como la ausencia de una política pública al respecto.

Unidad de Análisis 3.2: Alternativas o Modelos Internacionales que Podrían Adaptarse a Costa Rica

Categoría 6: Adaptabilidad de Modelos Extranjeros a la CCSS

- **Introducción:** En los Países Bajos, el protocolo de eutanasia establece que el paciente debe ser evaluado por un psiquiatra, además de contar con la certificación de dos médicos independientes que confirmen su diagnóstico terminal (Rietjens et al., 2019). En Colombia, la Corte Constitucional ha determinado que la eutanasia es un derecho fundamental, pero su acceso ha sido limitado por barreras administrativas y falta de lineamientos claros para su ejecución (Gómez-Vírseda et al., 2021).
- **Pregunta:** ¿Qué procedimientos consideras esenciales para autorizar la eutanasia de manera responsable en Costa Rica y cómo debería manejarse la documentación y el seguimiento de los casos de eutanasia desde su perspectiva médica?

RESPUESTA EXPERTO A – DR. FRANZ VEGA ZÚÑIGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

El procedimiento para mí debería de ser intra hospitalario, no el en el hogar, le da más formalidad, evitaríamos eventuales abusos, por eso el paciente debe de estar hospitalizado para aplicar el procedimiento de eutanasia o institucionalizado (para no hablar solo de hospitales, puede haber centros especializados en este campo, que sean adecuados).

Al ser institucionalizado debería de existir un expediente médico electrónico, puede ser el propio EDUS, si se hacen instituciones, que estas tengan acceso al EDUS, para trazar un seguimiento con bitácoras de quienes estuvieron, que se aplicó, que no se aplicó, que medicamentos, cuáles fueron las decisiones que se tuvieron, los criterios de conclusión, recomendación y alimentar así el legajo del expediente digital.

Finalmente, la muerte se debe reportar al TSE, como un tipo de “Muerte a Petición” ya que no fue natural, es provocada, esto incluso para llevar un registro desde el propio tribunal de este tipo de procedimientos y llevar un doble control.

RESPUESTA EXPERTA B - DRA. SKARLETH GARCÍA LEDEZMA

DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y PROGRAMA ELA

Yo creo que aquí es donde es muy importante la valoración del equipo interdisciplinario, todo paciente enfrentado a una valoración de estas, debería de ser evaluado por un psiquiatra, por un psicólogo y la situación familiar por un trabajador social, por ejemplo, es decir, la parte emocional tiene que estar muy claramente que no esté afectada, porque es muy fácil estar perfectamente

depresivo, porque no me puedo levantar de mi cama, o como yo, que tengo pacientes, muchísimos, casi todo, que está súper depresivos porque no pueden manejar, cosa que se consideraría como un derecho muy fundamental de la sociedad costarricense, y eso hace que yo me deprima y que me vea arrinconado a tomar este tipo de decisiones.

Entonces si pienso que desde el marco legal y desde el marco de atención a los pacientes si tenemos que enfrentarlos desde un punto de vista interdisciplinario, no puede ser un médico solo, no puede ser un médico de paga, no puede ser un médico privado, en el cual la familia le pague, o que el paciente le pague. Tiene que estar involucrado la seguridad social, en Costa Rica con un sistema tan robusto de seguridad social, tiene que estar involucrada la CCSS. En algún momento se podría abrir a un sector privado, si fuera el caso, pero siempre la seguridad social como base, que ha sido la base fundamental de la salud costarricense. Entonces considero que aquí todos nosotros los funcionarios de salud, desde la enfermera, hasta el psicólogo o trabajador social, el terapeuta respiratorio, deberíamos de ir tratando o trabajando el tema de voluntades anticipadas y dejándola que es lo que quisiéramos en algún apartado en el EDUS en donde todos podamos tener acceso a esa información, en donde no se pueda alterar, sino que queda de una u otra manera resguardada, cuáles son los deseos de esta persona, no solo de esta persona, no solo de la familia, no solo del médico tratante, porque de repente no pueda controlar algún síntoma, sino de la persona como tal que es la dueña de su cuerpo, espíritu, alma y mente.

RESPUESTA EXPERTA C - KAREN VALVERDE FONSECA

TRABAJADORA SOCIAL DE LA CCSS

Pienso que debe de existir alguna comisión, donde se puedan reunir varios profesionales, para que todos tengan la misma información del paciente, muestren sus criterios y que vean la valoración del caso, eso es muy importante, aparte de tener un protocolo a seguir, y que si en algún momento uno de esos pasos no se cumplió que se desista con el proceso, porque no es válido, la parte social también considero que es importante que la familia del paciente tenga también un acompañamiento en este proceso, que tenga esa orientación y esas sesiones familiares de manera terapéutica para que puedan afrontar la situación y el paciente también, igual siempre lo tendría, pero considero que también la familia debería tener ese espacio de atención para que lo puedan comprender, aceptar, y quitarles esos sentimientos de culpa, por no haber hecho X decisiones, y poder asimilar un poco más la idea.

El equipo multidisciplinario o una comisión son importantes, que valore cada caso, que tenga conocimiento, que esté familiarizado con el mismo y que también se le brinde el acompañamiento familiar, y no solo por parte de trabajo social, aun a los familiares les genera alivio que un médico le diga “él no está sintiendo dolor, él no está sufriendo” eso genera alivio, no es lo mismo que lo diga yo como trabajadora social que no tengo un criterio médico, que se lo diga el médico, considero que el aporte médico en la familia es importante también.

Con respecto a la documentación y su control, considero que la CCSS siempre se ha responsabilizado de esto, que obviamente tenga el resguardo adecuado en servicios médicos, pero no veo problema, eso siempre ha estado bien resguardado en la buena y sana teoría, pero como ahora con la tecnología la tecnología es el método más fácil que tenemos de proteger información, considero que se podría habilitar algún archivo especial, donde se valoren estos casos de eutanasia y ciertas personas tengan acceso a esa información, a esos

resguardos de los documentos, no se los designaría ni directamente a los familiares, porque es algo muy del paciente, entonces considero que sería responsabilidad de la CCSS resguardar esa información.

RESPUESTA EXPERTA D - DRA. MELISSA MENDOZA CORRALES

DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Creación de una comisión de abordaje, que permita indagar de forma exhaustiva las posibilidades de esa persona, si su patología entra como posible opción terapéutica, que indague el núcleo familiar, y por medio de voluntad anticipada, toda la información deberá ser consignada en el EDUS, para tener acceso al expediente digital de cada paciente de forma esquematizada.