

Cintha Díaz Briceño  
Jefa de Área Legislativa IV  
Asamblea Legislativa  
[Cdiaz@asamblea.go.cr](mailto:Cdiaz@asamblea.go.cr)

Estimada Licda. Díaz:

Sirva la presente para saludarla y por este medio manifestar la opinión de esta Defensoría sobre el proyecto titulado **"EXPEDIENTE N° 21383. "LEY SOBRE MUERTE DIGNA Y EUTANASIA"** publicado en el Alcance No. 141, a La Gaceta 117 el 24 de junio de 2019.

La Defensoría emitirá un criterio estructurado de la siguiente forma: Se analizarán por separado las cuestiones sustanciales y esenciales que debe contener una propuesta sobre este tema, a saber: muerte con dignidad como una medida terapéutica más, muerte como un derecho humano, regulación del procedimiento del derecho a morir con dignidad como reserva de ley, muerte con dignidad, el papel del médico, cuidados paliativos, el derecho a la información, el encarnizamiento terapéutico, el testamento vital y la objeción de conciencia y, al final de cada sección, expresaremos si dichos temas se encuentran debidamente previstos en el texto propuesto.

### **1. La muerte con dignidad como una medida terapéutica más**

Debe existir una cuidadosa planificación por parte del médico de las diferentes posibilidades terapéuticas en relación con los objetivos a alcanzar, diferenciando desde el inicio, aquellas medidas encaminadas a curar o modificar el curso de la enfermedad de aquellas que pretenden el alivio sintomático, ya que las únicas en las que se planteará una posible no utilidad serán las primeras. En un segundo paso se deberían acordar con el paciente (o su representante si procede), tras la debida información, aquellas medidas que se considerarán aceptables y las que se considerarán inapropiadas dado el estado, pronóstico y preferencias del enfermo, asumiendo de una forma general que el médico y su equipo determina las diferentes posibilidades terapéuticas y el enfermo es quien decide si acepta o rechaza algunas de las medidas planteadas.

En razón de lo anterior, debe prevalecer la posibilidad de escuchar la solicitud del paciente, ya sea de forma anticipada mediante la fórmula de la voluntad anticipada o en cualquier otro momento, de no aceptar ninguna forma de tratamiento y acogerse a alguna forma lícita de terminación de su vida de conformidad con las regulaciones, procedimientos y protocolos seguros y científicamente válidos por parte del personal entrenado desde el punto de vista médico, emocional y social.

De conformidad con los anteriores parámetros, el proyecto prevé a la muerte con dignidad como una alternativa a la que se tiene derecho según lo dispuesto en el numeral 3 del proyecto.

### **2. Morir con dignidad es un derecho humano**

El derecho a la vida incluye el derecho a la muerte. La muerte es un hecho natural, y quien se enfrenta a ella no pierde su condición de ser humano por lo que morir con dignidad es un derecho humano porque determina el fin de la vida biológica. Ni siquiera después del deceso se pierde la dignidad humana. Es una

etapa del proceso de la vida a la que el Estado debe brindar todas las alternativas terapéuticas posibles, legales, éticas y científicamente válidas.

En razón de lo anterior, la muerte con dignidad no debe ser un derecho solo de las personas que tengan un diagnóstico terminal con poca expectativa de vida, como lo plantea equivocadamente el proyecto de ley en cuestión, sino también el derecho que tiene toda persona con enfermedad irreversible que vive en precariedad sin posibilidad de curación y que a juicio de ella posee dolor, sufrimiento e experimenta indignidad humana.<sup>1</sup>

### 3. El Papel del Estado

El Estado debe ofrecer todas las alternativas que involucren opciones de diferente naturaleza, sea un procedimiento de eutanasia o un servicio de cuidados paliativos fortalecido; esto incluye:

- a. Tratamiento curativo si es viable clínicamente
- b. No someterse a tratamiento alguno
- c. Tratamiento paliativo
- d. Someterse al procedimiento de eutanasia (regulado y en las condiciones adecuadas).

La protección del Estado no termina cuando la persona se enferma, al contrario, debe fortalecerse.

Resulta de importancia hacer referencia al principio de igualdad. A partir de este principio, la aspiración debe ser la de brindar el trato y la cobertura de las necesidades a cada persona según la situación que presente. En este sentido, estando un paciente en estado terminal, con claras necesidades de control del dolor y requerimientos emocionales, físicos y psicológicos, lo esperable es que el Estado le proteja esas necesidades con los medios adecuados a su patología y condición. Brindar servicios ordinarios, como los que se les puede garantizar a otras patologías, significaría desconocer una realidad particular que atraviesa la persona, en el momento final de su vida.

El proyecto propuesto hace que el Estado ofrezca a la persona el derecho de elegir entre una o varias de las opciones a las que tendría derecho, incluida la muerte con dignidad.

### 4. Regulación del procedimiento del derecho a morir con dignidad como reserva de ley

Existe un marco regulatorio de derechos humanos que propicia la regulación a nivel nacional de la muerte digna de pacientes en estado terminal. Resulta contradictorio que un ordenamiento jurídico garantice el derecho a rechazar un tratamiento terapéutico salvador y a la vez sancione como delito la prestación de ayuda para morir.

De acuerdo al ordenamiento jurídico costarricense, no existe obligación de vivir o soportar dolor hasta el final de la vida. La misma Ley General de Salud y el Código Civil como corolario del principio de autonomía de la voluntad, establecen la prerrogativa de las personas de negarse a recibir tratamientos médicos no deseados. Ello lleva implícita la potestad de la persona, de decidir sobre sí mismo, su salud y la forma en que desea que sea abordado.

De acuerdo con el ordenamiento jurídico costarricense, existe la libertad para la persona de disponer si desea vivir o soportar dolor hasta el final de la vida. El ejercicio de esta libertad - de toma de decisiones- se encuentra garantizada por la normativa, a partir del principio de la autonomía de la voluntad que le otorga la facultad de aceptar, continuar o suprimir un tratamiento. Existe la posibilidad para toda persona

<sup>1</sup> El proyecto de ley que se discute en este momento en España por ejemplo prevé reconocer el derecho a poner fin a la propia vida en caso de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante que cause un sufrimiento insoportable.

de negarse a recibir un tratamiento médico cuando así lo desee y siempre que haya mediado la información técnica y personalizada que le permita comprender las implicaciones de la decisión por tomar. <sup>2</sup>

Cualquier regulación que norme estos temas debe estar muy cuidadosamente planteada, con lo cual deben estar bien establecidos los conceptos de cuidados paliativos, muerte digna y eutanasia. El derecho a la vida como derecho fundamental, es reserva de ley.<sup>3</sup> No puede delegarse en un reglamento la regulación de ciertos aspectos procedimentales, como lo plantea el proyecto, respecto de las cuestiones no previstas en la ley según se dispone en el numeral 2 inciso c) del texto sometido a consulta.

Esto implica, no solo reconocer el derecho sustantivo, sino también establecer un sistema garantista de la seguridad, de la ética y con criterios técnicos que respalden la decisión asumida que evite y controle los abusos y excesos mediante un procedimiento calificado que consiste en la instauración de una comisión interdisciplinaria que recibe la solicitud, la revise y apruebe o desapruere. Aspecto no contemplado en el proyecto de ley.

Esta comisión debe ser independiente del médico tratante y debe ser consultado al Comité de Bioética que eduque, asista, aconseje e informe de estos procesos decisorios. Este procedimiento no debe operar como una limitación a la autonomía de la voluntad del paciente. El proyecto en cuestión es omiso respecto de la existencia de esta garantía procedimental.

La suspensión de tratamientos salvadores es aceptada en múltiples países. Sin embargo, estos países regulan rigurosa y taxativamente los supuestos en los cuales es aplicable, ello en aras de evitar abusos que también en otras latitudes del mundo han tenido lugar. Estos países regulan rigurosa y taxativamente los supuestos en los cuales es aplicable.

## 5. La Muerte con dignidad

Es posible hablar de muerte digna, es decir una muerte que sea conteste con las especificaciones necesarias que le garanticen a la persona que se encuentra en la etapa final de su vida, un desenlace sin dolor y con la asistencia clínica, farmacológica, espiritual y psicológica deseada, independientemente de que sea ésta mediante muerte natural, muerte por piedad o producto de la suspensión de tratamientos.

A pesar de que el proyecto de ley se titula Ley sobre Muerte Digna y Eutanasia, en criterio de la Defensoría el proyecto salvo por el inciso f) del artículo 3 hace poca referencia a la muerte con dignidad y va más dirigido solo a la eutanasia como una forma específica de aquella. En nuestro criterio, el texto debería titularse solo como Ley sobre Muerte Digna.

## 6. El papel del médico

---

<sup>2</sup> Código Civil. Artículo 46. "Toda persona puede negarse a ser sometida a un examen o tratamiento médico o quirúrgico, con excepción de los casos de vacunación obligatoria o de otras medidas relativas a la salud pública, la seguridad laboral y de los casos previstos en el artículo 98 del Código de Familia.

Sin embargo, si una persona se niega a someterse a un examen médico, que sea necesario para acreditar en juicio ciertos hechos controvertidos, el Juez puede considerar como probados los hechos que se trataban de demostrar por la vía del examen."

Ley General de Salud. Artículo 22: "Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia."

<sup>3</sup> SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. San José, a las once horas y veintiuno minutos del tres de febrero de dos mil dieciséis "Es criterio reiterado, que todo lo relativo al régimen de regulación y afectación de derechos fundamentales, es materia reservada al legislador ordinario. Este principio, se extrae del artículo 28, de la Constitución Política y está contenido en los artículos 30, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y 29, párrafo segundo, de la Declaración Universal de Derechos Humanos."

Las decisiones del médico en este proceso deben ir dirigidas siempre a proteger la dignidad humana, de la persona, respetando su voluntad e intereses.

Ofrecer calidad de vida a un paciente no es una obligación de exclusiva responsabilidad del médico, por lo que en los procesos de muerte existen otras intervenciones distintas de las médicas, para asegurar que el paciente reciba el trato que merece su condición. Por esto, las decisiones médicas controversiales como actos heroicos y aquellas relacionadas con el fin de la vida, no deben ser tomadas solo por el médico. Deben participar otros actores, como el paciente y su familia y, dentro del contexto hospitalario, esta decisión es interdisciplinaria por lo que otros profesionales como enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales deben participar en esta decisión.

El médico tratante y su equipo deben tener claro que la Medicina es una profesión de medios y no de resultados, esto es, que deben ponerse a disposición del paciente los medios más idóneos y razonables a su favor.

Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento físico y emocional. Este médico debe informar al paciente o a sus allegados acerca de todo cuanto concierne a su condición y de cuál es la estrategia de atención más idónea, útil, adecuada y necesaria

La relación de confianza entre el médico, su equipo, el paciente y sus allegados debe crearse y consolidarse. Sobre la base de esta relación se sustenta una adecuada y balanceada relación médico-paciente. El engaño, la mentira y la promesa de una falsa oportunidad de tratamiento son causales de una ruptura de la confianza y, por ende, de esa relación.

Este proyecto es médico-centrista. Si bien el galeno es central en este tema de la muerte con dignidad, no es el único actor. Otros actores participan en el proceso como psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales.

En este sentido, los comités éticos clínicos deben ser instaurados en este proyecto de ley tanto en los hospitales públicos como privados como órganos auxiliares de las decisiones controversiales. Son estos los encargados de coadyuvar en una decisión que el médico debe tomar con el concurso de otras voluntades de profesionales a cargo junto con la del paciente y sus allegados o responsables, como se ha dicho aquí.

## **7. Los Cuidados Paliativos**

La prescripción de un tratamiento en esta etapa es un acto en el cual el médico debe ajustarse a tres principios: a) uno de orden científico, en tanto se hace referencia a las reglas de la ciencia; b) otro de orden ético que responde a que el tratamiento recomendado debe ser beneficioso para el paciente, de modo que el perfil de riesgos sea bajo o controlado; y c) otro de orden económico. No es moral que medien intereses económicos de parte del médico que ofrezca una alternativa de tratamiento inútil al paciente.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo proveer apoyo y cuidado a las personas de cualquier edad en las últimas fases de su enfermedad y a sus familias, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible, desde la perspectiva de una atención integral. El hospital debe prever espacios para el desarrollo del proceso de duelo y despedida entre pacientes, familiares y allegados

La medicina paliativa surge como una especialidad en la medida en que va creciendo la complejidad en la atención de los pacientes, niños y adultos, que enfrentan la fase final de la enfermedad. No debe existir competencia entre el equipo médico y el equipo de cuidados paliativos. Ninguno debe suplantar al otro.

Por el contrario, deben visualizarse como apoyo uno del otro. Es posible manejar al mismo tiempo un discurso de esperanza y posteriormente un discurso paliativo.

Los cuidados paliativos son una alternativa terapéutica. El propósito de esta especialidad de la medicina parte de la premisa que el ser humano es un ser bio-psico social y espiritual, y que pretende brindar apoyo integral y cuidados a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de tal suerte que puedan enfrentarlas plena y confortablemente, con satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales, donde la muerte sea parte del proceso de la vida.

La atención de pacientes con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes contar al final de sus vidas con dignidad y motivación para seguir viviendo. De ahí, la imperiosa necesidad de que la CCSS fortalezca los servicios de cuidados paliativos a nivel hospitalario y domiciliario. Es importante fortalecer el servicio de cuidados paliativos tanto hospitalario como domiciliario, que permitan brindar asistencia física, emocional, clínica y psicológica a toda la población y de forma oportuna.

A este respecto, el proyecto prevé a los cuidados paliativos como una opción dentro de catálogo de posibilidades que ofrece la muerte con dignidad

## **8. El derecho a la información**

Todos los pacientes y, en particular, los pacientes con enfermedad avanzada tienen derecho a ser informados y a conocer la verdad. En la medida de las posibilidades esta información debe constar en un formulario de consentimiento informado.

Como complemento de lo anterior, urge entonces que se regule en el mismo cuerpo normativo, los elementos que respecto del consentimiento informado, deben privar en un supuesto de esta naturaleza. Es decir, la manifestación de voluntad libre e informada de la persona que exprese su decisión de cómo quiere que se desarrolle su proceso de muerte.

En razón de lo anterior, resulta de necesaria observancia el hecho de que, en el tema de muerte con dignidad y toma de decisiones, el criterio relevante es el Principio de Autonomía de la Voluntad. Este principio le otorga a la persona que ejerce el derecho, la capacidad de dominio sobre sus decisiones y acciones. El ejercicio de la autonomía significa la posibilidad de discernimiento, entendida ésta, como la valoración de los beneficios y perjuicios que puedan derivar de la decisión a tomar, a partir de la voluntad libre y expresa de la persona, a la hora de decidir. Es el sujeto, en pleno uso de sus facultades cognitivas y volitivas (requisito ineludible) quien expresa la forma en que desea que se lleven a cabo las últimas acciones en su proceso de muerte.

Esta Defensoría cree que este Principio se encuentra previsto en este proyecto de ley. Sin embargo, a falta de una adecuada regulación procedimental, no quedan previstas las restricciones a ese ejercicio por ejemplo con respecto a la enfermedad mental o la solicitud de personas menores de edad.

## **9. Encarnizamiento terapéutico**

Aceptar los procesos de encarnizamiento terapéutico, es decir tolerar la aplicación de múltiples acciones técnicas y terapéuticas con el objetivo de "sostener" o prolongar la vida de forma fútil, con acciones médicas extremas que no conducen a una mejoría del paciente, es lesivo de los derechos humanos.

Acertadamente el proyecto proscribire el encarnizamiento terapéutico

## 10. El testamento vital

El testamento vital es un derecho fundamental de los usuarios de salud que debe estar previsto y adecuadamente regulado en una ley de la República. Se trata de una voluntad anticipada o una directiva previa a la cual se tiene derecho con el fin de dejar instrucciones acerca del momento en que se llegue a situaciones en cuyas circunstancias no se es capaz de expresar dicha voluntad personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de la salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, o de su propia vida.

Las instrucciones previas se fundamentan en el principio de autonomía de la persona del que hemos hecho referencia en este criterio, que en la actualidad inspira toda actuación en el ámbito sanitario y que se ha constituido en principio rector de la práctica médica frente al principio de beneficencia.

No puede ser considerado como testamento vital, aquel que se autoriza ante un notario, como equivocadamente lo propone este proyecto, por constituir esta una barrera de acceso a este derecho. A este respecto, lo conveniente es crear un mecanismo seguro, fidedigno, unívoco, serio y por escrito en el cual conste la voluntad de la persona, lo cual puede quedar constando en un registro único estatal. Los Estados Unidos de América, España, Argentina, Uruguay, México y Holanda cuentan con un registro nacional de instrucciones previas de las personas que así lo han estipulado.

## 11. La Objeción de Conciencia

Constituye un reconocimiento, por parte de los Estados, del respeto y garantía del ejercicio del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión de no cumplir con una orden de una autoridad legal y solo está limitado por los derechos de los demás o la salud pública. Existen, de hecho, profesionales sanitarios que se niegan a ser partícipes de algunas prestaciones sanitarias aludiendo a que su conciencia les obliga moralmente a rechazarlas. Otra realidad de nuestro tiempo es el reconocimiento de la autonomía de la persona como principio moral fundamental; un principio al que se acoge tanto el objetor de conciencia, como la persona que acude al servicio sanitario público en busca de una prestación permitida y garantizada por la ley.

La objeción de conciencia encuentra su fundamento en los derechos humanos según lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que señala lo siguiente en el artículo 18:

*"1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.*

*2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.*

*3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás."*

Además, la objeción de conciencia encuentra sustento en el artículo 75 de la Constitución Política que recoge la libertad de creencias, pensamiento y culto y comprende el derecho de desarrollar y cultivar las convicciones individuales sin la intromisión del Estado.

La objeción de conciencia requiere, al menos, de los siguientes elementos:

- a. Demostración de que la convicción es compartida por el grupo.
- b. Que realizar el acto resulta en un agravio a la integridad

La objeción de conciencia debe ser regulada y es una realidad que no puede ser eludida. Existen, de hecho, profesionales sanitarios que se niegan a ser partícipes de algunas prestaciones sanitarias aludiendo a que su conciencia les obliga moralmente a rechazarlas.

Otra realidad de nuestro tiempo es el reconocimiento de la autonomía de la persona como principio moral fundamental como en este caso que nos ocupa sobre la Muerte con Dignidad; un principio al que se acoge tanto el objetor de conciencia, como la persona que acude al servicio sanitario público en busca de una prestación permitida y garantizada por la ley.

Por ende, de frente al derecho a la muerte con dignidad, toda iniciativa de ley a este respecto debe prever que el objetor (el médico) tenga el derecho de no ser obligado a su ejecución. El proyecto sometido a consideración no prevé a la objeción de conciencia, con lo cual, en razón de lo anterior, su inclusión es absolutamente necesaria.

Dicho lo anterior, se rinde el informe solicitado, quedando a las órdenes para cualquier aclaración o adición al mismo.

Segura de su atenta respuesta a la presente, se suscribe cordialmente.

Catalina Crespo Sancho, PhD  
Defensora de los Habitantes de la República

## **Bibliografía consultada:**

### **1. Criterio institucional**

Oficio DH- 0518- 09, 5 de agosto de 2009 dirigido al Colegio de Médicos, DH-CV- -201510 de septiembre del 2015

### **2. Libros:**

Galán, Julio César. Responsabilidad Médica y Consentimiento informado. Civitas Ediciones S. L. Madrid, España. 2001. Páginas 301-312

Peces-Barra Martínez, Gregorio. " I Derecho a Morir: reflexiones en torno a la eutanasia. En: Cayón de la Cuevas. Jorge. Estudios sobre Derecho a la Salud. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Editorial Aranzadi. Pamplona. 2011. Páginas 187-199.

Romeo Casabona. Carlos María. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Universidad de Deusto, Universidad del País Vasco. España. Abril de 2011

Tomo 1. Páginas 584-593; 831-842;

Tomo 2 Páginas 1009-1017

Pellegrino (Edmund D.) La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bioética. Temas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Washington. D.C. 1990. Pags. 16 y 17.

### **3. Revistas**

Reinaldi, Víctor. ¿ Qué es eutanasia y que no es "eutanasia"? Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. Asociación de Derecho Médico de Costa Rica. San José, Costa Rica, Vol 5. Dasc 1 . Junio de 2000. Páginas 73 -75

### **4. Criterios**

Comité de Bioética de la España. Opinión del Comité de Bioética de España sobre la Objeción de Conciencia en Sanidad. 13 de octubre de 2011