



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE DERECHO**

**Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un  
análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ABOGADA**

**AUTORAS:** PRISCILA MICAELA VIVAR ACOSTA

DOMÉNICA ADRIANA TORRES ORELLANA

**DIRECTOR:** DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2025

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE DERECHO**

**Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador:  
Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ABOGADA**

**AUTORAS: PRISCILA MICAELA VIVAR ACOSTA**

**DOMÉNICA ADRIANA TORRES ORELLANA**

**DIRECTOR: DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## Declaratoria De Autoría y Responsabilidad



Universidad  
Católica  
de Cuenca

**DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD****Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

Priscila Micaela Vivar Acosta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0928436013. Declaro ser el autor de la obra: "Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23- IN/24", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 22 de octubre de 2025

F: 

**Priscila Micaela Vivar Acosta**

**C.I. 0928436013**

## Declaratoria De Autoría y Responsabilidad



Universidad  
Católica  
de Cuenca

**DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD****Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

Doménica Adriana Torres Orellana portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105941967. Declaro ser el autor de la obra: "Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23- IN/24", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 22 de octubre de 2025

Doménica Adriana Torres Orellana

C.I. 0105941967

## Certifico

**CERTIFICO**

Certifico que el presente trabajo de investigación fue desarrollado por **Priscila Micaela Vivar Acosta** con número de cédula **0928436013** con el tema **“Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24”**, bajo mi supervisión.

f.

  
**DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.****DOCENTE TUTOR**

## Certifico

**CERTIFICO**

Certifico que el presente trabajo de investigación fue desarrollado por **Doménica Adriana Torres Orellana** con número de cédula **0105941967** con el tema **“Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24”**, bajo mi supervisión.



**DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.**  
**DOCENTE TUTOR**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis con todo mi amor a mi familia, especialmente a mis padres, por su apoyo incondicional, sus sacrificios y su fe constante en mí. Gracias por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia todo es posible, por luchar incansablemente para que yo pudiera cumplir mis sueños. A Dios, por ser mi fuente de sabiduría, fortaleza y esperanza a lo largo de este camino.

A mi hermano Jon, por estar siempre para mí, brindándome su apoyo incondicional y ejemplo de fortaleza.

A mi hermana Valeria, por sus palabras sabias y su compañía.

A mi hermano Kevin, por motivarme a nunca rendirme y por inspirarme a ser perseverante.

A mi mejor amiga Fiore, por su apoyo constante, su amor fraternal y por acompañarme en cada paso de mi vida.

A mi mejor amigo Josué, quien me escuchó en cada lamento durante mi etapa universitaria, agradezco profundamente su presencia en los momentos más difíciles.

A mis amigos Lili y Memo, por escuchar cada una de mis ocurrencias y por motivarme cuando ni yo creía en mí misma, y, por último, pero no menos importante a mis amigos Kevin, Nicky, Denisse, Iván gracias por su cariño y por siempre estar.

- **Micaela Vivar**

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, Fabián y Marcela, quienes han sido mi mayor fuente de amor, fuerza y motivación a lo largo de esta carrera. Si bien las palabras nunca podrán expresar mi gratitud, quiero que sepan que cada sacrificio que hicieron ha sido lo que me ha impulsado a seguir adelante. Ustedes fueron y siempre serán mis pilares, mis guías, mis héroes. Este logro es también el suyo.

A mi abuelo Rómulo por todas las bendiciones que me otorgó durante toda la carrera, por cada oración y cada vela encendida en mi nombre. A mi abuela Mercedes a pesar de la distancia, sé que siempre me cuidó y me protegió desde donde quiera que esté.

Mi Elsitita, por ser mi refugio constante en los momentos en los que más te necesité. Gracias por ser mucho más que una madre, por ser una guía y un ejemplo. Mi Rosa Cristina, que desde arriba siempre me cuida y me guía.

A toda mi familia, que siempre supieron darme un mensaje de aliento cuando más lo necesitaba, por motivarme y siempre estar presente.

A mis mascotas, Cora y Gu, quienes estuvieron conmigo en cada noche de estudio, gracias por su amor incondicional, por ser mis pequeñas compañeras de vida, por estar siempre a mi lado.

Y finalmente, pero no menos importante, quiero agradecer a Dios, por darme la fuerza para levantarme una y otra vez.

- **Doménica Torres**

## Agradecimiento

Este trabajo representa no solo el cierre de una etapa académica, sino también el resultado de un proceso lleno de aprendizajes, desafíos y crecimiento personal. A lo largo del camino, he contado con el respaldo y la presencia de personas fundamentales, a quienes deseo agradecer profundamente.

En primer lugar, agradezco a mi tutor de tesis, el Dr. Jaime Alberto Pacheco Solano, Mgs; por su guía, dedicación y compromiso en cada etapa de este proyecto, por su apoyo académico, sus observaciones precisas y su acompañamiento, y, por último, pero no menos importante a mi compañera de tesis por su dedicación, compromiso y compañerismo a lo largo de todo este proceso.

**- Micaela Vivar**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Jaime Alberto Pacheco por su valiosa tutoría durante la realización de esta tesis. Su apoyo constante, su orientación experta y su paciencia fueron esenciales para la guía en cada etapa de este proceso. Agradezco su generosidad al compartir sus conocimientos y su disposición para culminar este proceso.

Su compromiso y profesionalismo no solo fortalecieron la calidad de esta investigación, sino que también representaron una fuente de motivación personal que me impulsó a superar los desafíos propios de este camino académico. Ha sido un honor contar con su acompañamiento y aprendizaje a lo largo de esta etapa.

**- Doménica Torres**

## Resumen

A partir de la Sentencia N.º 67-23-IN/24, la Corte Constitucional del Ecuador despenalizó por primera vez la eutanasia activa voluntaria en circunstancias excepcionales, reconociendo el derecho a una muerte digna como parte de los derechos fundamentales. Esta investigación analiza los marcos legales y procedimientos médicos en torno a la eutanasia en Ecuador, comparándolos con los de España, Colombia y Estados Unidos. El estudio se centra en dos ejes: el análisis jurídico y el médico. En el aspecto legal, se examina la constitucionalidad de la eutanasia, los desafíos normativos derivados de la sentencia y las implicaciones para el Código Orgánico Integral Penal, destacando la necesidad de garantizar procedimientos seguros, éticos y con garantías procesales claras.

En el ámbito médico, se evalúan los criterios clínicos, la urgencia de establecer protocolos definidos y tiempos de respuesta razonables para evitar dilaciones que prolonguen el sufrimiento. Además, se identifican barreras legales, éticas y administrativas que podrían dificultar su aplicación. Mediante un enfoque cualitativo, hermenéutico y descriptivo, se concluye que la legalización debe ir acompañada de una implementación efectiva basada en transparencia, agilidad institucional y respeto a los derechos humanos de pacientes y médicos.

***Palabras clave:*** eutanasia, muerte digna, derecho, tiempos de respuesta, despenalización.

## Abstract

Following Sentence N.º 67-23-IN/24, the Constitutional Court of Ecuador decriminalized voluntary active euthanasia for the first time under exceptional circumstances, recognizing the right to a dignified death as part of fundamental rights. This research analyzes the legal frameworks and medical procedures surrounding euthanasia in Ecuador, comparing them with those of Spain, Colombia, and the United States. This study focuses on two areas: the legal analysis and the medical analysis. In the legal aspect, it examines the constitutionality of euthanasia, the legal challenges derived from the sentence, and the implications for the Comprehensive Organic Criminal Code, highlighting the need to ensure safe, ethical procedures with clear procedural guarantees.

In the medical field, it evaluates clinical criteria, the urgency of establishing defined protocols and reasonable response times to avoid delays that prolong suffering. Furthermore, it identifies legal, ethical, and administrative barriers that could hinder its implementation. Employing a qualitative, hermeneutic, and descriptive approach, it is concluded that the legalization must be accompanied by effective implementation based on transparency, institutional agility, and respect for the human rights of both patients and doctors.

***Keywords:*** *euthanasia, dignified death, law, response times, decriminalization.*

Indice

Declaratoria De Autoría y Responsabilidad ..... II

Declaratoria De Autoría y Responsabilidad ..... III

Certifico..... IV

Certifico..... V

**Dedicatoria.....VI**

**Dedicatoria..... VII**

**Agradecimiento..... VIII**

**Resumen .....IX**

**Abstract ..... X**

Indice.....XI

**METODOLOGÍA ..... 1**

**INTRODUCCIÓN.....2**

**CAPÍTULO I.....4**

**EL MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN PAISES DONDE EST REGULADO  
COMO COLOMBIA, CANADÁ, ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS .....4**

**MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA ..... 5**

**MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA..... 9**

**MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN CANADÁ ..... 14**

**MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESTADOS UNIDOS..... 18**

**CAPITULO II .....23**

**PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS REQUERIDOS EN CANADÁ,  
COLOMBIA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS PARA LA RESPECTIVA APROBACIÓN Y  
EJECUCIÓN. ....23**

**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN COLOMBIA ..... 23**

**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN CANADÁ ..... 29**

**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN ESPAÑA..... 32**

**PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN ESTADOS UNIDOS..... 40**

**CAPITULO III.....42**

<b>RAZONES POR LA CUALES LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PUEDEN SER MÁS CORTOS O PROLONGADOS EN DETERMINADOS CASOS.....</b>	<b>42</b>
<b>BUROCRACIA .....</b>	<b>42</b>
<b>RESPONSABLES IDÓNEOS .....</b>	<b>45</b>
<b>DERECHO A OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.....</b>	<b>48</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>1. Establecimiento de Plazos Razonables para Cada Etapa del Procedimiento .....</b>	<b>50</b>
<b>2. Implementación de Vías Internas de Impugnación Administrativa.....</b>	<b>51</b>
<b>3. Desarrollo de una Plataforma Digital de Registro de Objeciones y Solicitudes .....</b>	<b>52</b>
<b>4. Registro de Centros Prestadores de Servicios para la Eutanasia .....</b>	<b>53</b>
<b>5. Garantizar Financiamiento y Logística Adecuada para el Procedimiento.....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSIÓN: .....</b>	<b>54</b>
<b>Bibliografías .....</b>	<b>56</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>58</b>

## **METODOLOGÍA**

Dentro del desarrollo del presente trabajo se observará la implementación de la metodología descriptiva, debido a que se analizará las normativas y procedimientos en los distintos países donde se encuentra legalizada la eutanasia, así como la importancia de los tiempos de respuesta para la eutanasia, de igual forma se utilizará el método Hermenéutico Jurídico, debido a que se realizará un análisis comparativo con otras legislaciones. Se contrastarán los tiempos de respuesta y factores que influyen en la regulación y aplicación de la eutanasia, las técnicas utilizadas serán la revisión bibliográfica y base de datos científicas, ya que se hará uso de la sentencia emitida por la Corte Constitucional Ecuatoriana, de igual forma se hará la revisión bibliográfica sobre el desarrollo histórico – legislativo y la respectiva doctrina jurídica.

Finalmente, el método hermenéutico jurídico nos ayudara a comparar los tiempos de respuesta de la eutanasia del Ecuador y otras legislaciones internacionales, permitiendo que se observe y contraste las posibles variables con las que se puedan identificar los puntos de disputa y obtener una respuesta beneficiosa para la problemática que ha sido planteada en el presente trabajo de investigación.

## INTRODUCCIÓN

La eutanasia, comúnmente conocida como “muerte digna”, pone fin a su vida de manera digna ante condiciones médicas irreversibles y doloras, ha generado profundas discusiones en los ámbitos éticos, médico y jurídico a nivel internacional. En el Ecuador, este debate alcanzó un hito histórico con la Sentencia N.º 67-23-IN/24, emitida por la Corte Constitucional el 7 de febrero de 2024, en la que se reconoce, por primera vez, la posibilidad de ejercer este derecho bajo parámetros específicos, despenalizando la actuación médica en casos de eutanasia activa voluntaria.

El reconocimiento legal de este derecho no ha sido acompañado de una reglamentación clara que garantice su implementación efectiva. A diferencia de países como Colombia, Canadá, España y Estados Unidos, donde existen marcos normativos desarrollados y tiempos de respuesta definidos. Ecuador se encuentra frente al desafío de evitar que este nuevo derecho quede en una situación de limbo jurídico y administrativo, dando como resultado que se afecten de manera directa a los pacientes que se encuentran en condiciones terminales y requieren de una pronta respuesta.

Esta investigación tiene como objetivo analizar de manera comparativa a los tiempos de respuesta y procedimientos legales y médicos asociados a la eutanasia en diferentes países que se encuentran regulado su práctica, contrastándolos con la reciente normativa ecuatoriana. Este proyecto busca evaluar el impacto que la demora en la respuesta puede tener sobre los pacientes, en especial los que se encuentran en términos de sufrimiento físico y psicológico, así como identificar los factores normativos, institucionales y éticos que influyen en la eficiencia del proceso.

Este trabajo pretende evidenciar la necesidad urgente de establecer protocolos médicos, plazos administrativos y criterios legales definidos en Ecuador, de modo que se garantice el acceso real y efectivo a una muerte digna, sin vulnerar los derechos fundamentales de quienes decidan ejercer esta opción en el marco de la ley. El estudio desarrolla un enfoque jurídico hermenéutico y un análisis cualitativo-descriptivo, considerando tanto la legislación nacional como experiencias internacionales. Este abordaje integral permitirá formular propuestas que contribuyan a la consolidación de un marco regulatorio eficiente, humano y respetuoso de la dignidad de los pacientes en estado terminal.

## **CAPÍTULO I**

### **EL MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN PAISES DONDE EST REGULADO COMO COLOMBIA, CANADÁ, ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS.**

A lo largo de los años se ha debatido sobre la eutanasia en la cual abarcaban el desarrollado de acontecimientos que han marcado un precedente. La eutanasia una práctica médica y jurídica que está en constante debate a nivel mundial, en donde la aceptación legal varía considerablemente entre distintas jurisdicciones. Algunos países han decidido regularla a través de legislaciones específicas que establecen condiciones, procedimientos y garantías tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Entre estos se destaca Canadá, Colombia, España y algunos estados de Estados Unidos, los cuales han avanzado en la construcción de marcos normativos que permiten una aplicación de forma legal, controlada y ética.

Este primer capítulo tiene como objetivo examinar el marco legal vigente en estas cuatro naciones, con la finalidad de identificar similitudes, diferencias y lecciones que puedan servir como referente para el desarrollo normativo en Ecuador, en particular a la luz de la más reciente sentencia N.º 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional. Este análisis resulta fundamental para lograr entender cómo se ha estructurado jurídicamente el derecho a una muerte digna, qué mecanismos de control se han implementado y cuáles han sido los desafíos comunes en la aplicación.

Las opciones de Canadá, Colombia, España y Estados Unidos obedecen a razones geográficas y jurídicas. En el caso de Colombia representa un caso pionero en América Latina en despenalizar la eutanasia bajo ciertas condiciones, a través de decisiones de su Corte Constitucional. España, por su parte, ha desarrollado una legislación reciente y detallada donde se reconoce expresamente la eutanasia como un derecho individual. Estados Unidos nos ofrece un

enfoque descentralizado, donde algunos estados como Oregón, California o Washington tienen legalizado la “asistencia médica para morir”, proporcionando con ello un modelo alternativo con matices diferenciadores frente a los sistemas más centralizados.

Asimismo, abordaremos el origen legal de la eutanasia, los requisitos exigidos para su aplicación, los actores involucrados en el proceso, los plazos establecidos y las garantías jurídicas para el paciente y el profesional médico. Esto permitirá establecer una base comparativa sólida sobre el cual se fundamentará la discusión posterior sobre la viabilidad de un marco normativo en Ecuador que sea garantista, ético y ágil.

## **MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA**

Colombia se ha consolidado como el país pionero en América Latina en la despenalización y regulación de la eutanasia activa, convirtiéndose en un modelo jurídico y ético en el reconocimiento del derecho fundamental a “morir dignamente”. Lo que distingue a la experiencia colombiana es que este avance no se produjo por medio de una ley aprobada por el Congreso, como ocurre en otros sistemas jurídicos, sino a través de una serie de fallos emitidos por la Corte Constitucional, los cuales han construido progresivamente un marco legal sólido, equilibrado y garantista.

El primer precedente clave se encuentra en la **Sentencia C-239 de 1997**, que marcó un punto de inflexión en la jurisprudencia constitucional. En este fallo, la Corte determinó que el Estado no puede obligar a una persona que se encuentra en situación de sufrimiento físico o psíquico intolerable, debido a una enfermedad terminal, a continuar con su vida en contra de su voluntad. Se reconoció así que el derecho a la vida no implica una obligación de vivir bajo condiciones inhumanas, y que la **dignidad humana** debe prevalecer incluso frente a la conservación

biológica de la vida. Esta decisión sentó las bases para considerar la muerte digna como una expresión legítima de la autonomía personal y del derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Sin embargo, a pesar de la claridad del fallo, durante muchos años no se estableció un mecanismo normativo que permitiera hacer operativa esta decisión judicial. Esta ausencia generó vacíos jurídicos que impidieron el acceso real al procedimiento. Fue hasta el año 2014, con la emisión de la **Sentencia T-970**, cuando la Corte Constitucional ordenó de manera directa al Ministerio de Salud y Protección Social que diseñara y adoptara un protocolo que regulase con precisión el procedimiento médico, administrativo y ético de la eutanasia.

Como respuesta a esta orden judicial, en 2015 se expidió el primer “**Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia**”, el cual detalló los criterios de elegibilidad del paciente, los pasos que deben seguirse dentro de las instituciones de salud y la conformación del **Comité Científico Interdisciplinario**, encargado de evaluar cada caso. Este documento significó un avance concreto, pues permitió dar cumplimiento efectivo al derecho reconocido desde 1997.

Posteriormente, la jurisprudencia constitucional continuó ampliando el alcance de este derecho. En 2017, con la **Sentencia T-544**, la Corte extendió el acceso a la eutanasia a niños, niñas y adolescentes (NNA), bajo condiciones específicas que aseguren su consentimiento informado y la evaluación de su madurez. Para reglamentar este fallo, el Ministerio de Salud expidió la **Resolución 825 de 2018**, la cual definió el proceso aplicable para menores de edad, incluyendo valoraciones médicas, psicológicas y jurídicas.

Uno de los avances más recientes y significativos se dio en 2021, con la **Sentencia C-233**, mediante la cual se eliminó el requisito de que la enfermedad fuese terminal para poder acceder a la eutanasia. De esta manera, personas con patologías graves e incurables, que generen un

sufrimiento intenso e irreversible, pueden ahora solicitar el procedimiento de manera legal. Este fallo amplió el espectro de protección de los derechos humanos, reafirmando que el dolor prolongado también puede ser incompatible con una vida digna.

Un caso representativo de la aplicación de este nuevo marco jurídico fue el de **Víctor Alfonso Escobar Prado**, un ciudadano colombiano de 60 años que padecía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial y había sufrido accidentes cerebrovasculares. En ese mismo año, Escobar interpuso una acción de tutela contra Coomeva EPS, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitando el reconocimiento de su derecho a morir dignamente. El juez de primera instancia, bajo el radicado 76-001-31-03-017-2021-00163-00, le concedió la eutanasia con base en la **Sentencia C-233 de 2021**, a pesar de que su diagnóstico no era terminal, estableciendo un precedente valioso para futuras solicitudes.

Esta evolución normativa y jurisprudencial ha colocado a Colombia como un **referente internacional** en la protección del derecho a morir con dignidad, destacándose por haber logrado desarrollar un **marco garantista sin necesidad de legislación ordinaria**, basándose en la fuerza normativa de su **Constitución Política** y en la interpretación progresiva de los **derechos fundamentales**. La experiencia colombiana ha comenzado a influir en otros países de la región. Por ejemplo, en **Ecuador**, se han iniciado estudios doctrinales y propuestas de **reformas de lege ferenda**, inspiradas en los principios colombianos, como el **bloque de constitucionalidad**, el principio **pro homine** y la jurisprudencia garantista en derechos humanos.

Desde una perspectiva filosófica, el caso colombiano también pone en primer plano la importancia de la **autonomía individual** como principio rector en la toma de decisiones sobre el final de la vida. La eutanasia se entiende no solo como un acto médico, sino como la expresión

más profunda de la **libertad personal**, que permite al individuo preservar su dignidad hasta el último momento. En ese sentido, se articula no solo con el derecho a la vida, sino también con el derecho a la intimidad, a la salud, a la integridad personal y a la no discriminación.

Bajo la sentencia C-233 de 2021 y la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, nos dan requisitos que se deben cumplir para solicitar la eutanasia, los cuales son:

- Haber manifestado de manera libre, informado e inequívoco, ya sea verbalmente, por escrito o mediante un Documento de Voluntad Anticipada.
- Ser mayores de edad
- Haber sido diagnosticado con una enfermedad o lesión corporal grave e incurable (no necesariamente terminal)
- Entender que el sufrimiento es causado por esa condición incompatible con la vida digna
- El procedimiento sea realizado por un profesional de la medicina, preferiblemente con la autorización del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, según lo establece la Resolución 971 de 2021.

#### **Funciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud:**

- Facilitar todos los exámenes y valoraciones necesarias para evaluar la solicitud.
- Designar a los integrantes del comité interdisciplinario, en este caso debe existir un Abogado, un médico con especialidad en la patología que sufra el paciente, diferente al médico tratante, y finalmente un psicólogo clínico o psiquiatra.
- Hay que asegurar que el comité tenga acceso a toda la información y al paciente.
- Mantener una comunicación constante con la EAPB.

- Garantizar que haya médicos disponibles para realizar el procedimiento, que no presenten objeción de conciencia.
- Proteger la confidencialidad del caso y tratar adecuadamente los datos personales, conforme a la ley.

#### **Funciones de la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud:**

- Estar en contacto permanente con el comité para conocer sus decisiones.
- Responder de forma rápida a los requerimientos de las IPS (INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD) o de los pacientes.
- Coordinar todo lo necesario para garantizar el derecho a morir con dignidad.
- Apoyar los casos que se presenten en IPS que no cuentan con los servicios requeridos.
- No intervenir ni influir en la decisión del paciente respecto a la eutanasia.
- Asegurar una atención médica y psicológica adecuada tanto para el paciente como para su familia, en cada etapa del proceso, respetando la autonomía, prontitud e imparcialidad.

#### **MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA**

España es uno de los países europeos que ha avanzado de manera decidida en la legalización de la eutanasia, reconociéndola como un derecho individual. A diferencia de Colombia, donde su legalización fue el resultado de la jurisprudencia constitucional, en España se consolidó mediante una ley específica aprobada por el poder legislativo, la **ley Orgánica 3/2021**, de 24 de marzo, de regulación de eutanasia dando como resultado de una demanda social y fruto de un arduo debate generado en los últimos años, a su vez se establece un marco normativo completo que reconoce el derecho de toda persona a solicitar y recibir ayuda para morir, en determinadas circunstancias, dentro del sistema público de salud. Esta regulación es un avance

significativo para los derechos civiles y sanitarios, enmarcado en el principio de autonomía personal y el respeto a la dignidad humana.

En España según la Ley Orgánica 3/2021, para que los ciudadanos puedan acceder a la eutanasia, el paciente debe cumplir con varios requisitos como lo es: el padecer una enfermedad grave e incurable o un sufrimiento crónico e imposible, debe ser a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, además que se lleve a cabo en el contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento grave e incurable donde la persona experimenta como inaceptable y que no se ha podido aminorar por otros medios. España es uno de los pocos países que ha optado por la despenalización parcial, el procedimiento, altamente garantista, contempla múltiples fases de deliberación, verificación médica y control institucional a través de las **Comisiones de Garantía y Evaluación**. Mismas que son de carácter multidisciplinar que estarán conformadas por profesionales médicos, profesionales de enfermería, abogados; pero la designación de los miembros se realizará por medio de las autoridades sanitarias competentes de cada comunidad autónoma, como es el caso de la Comunidad de Madrid donde la Comisión de Garantía y Evaluación designa a la **Consejería de Sanidad**, su composición y funcionamiento sean regulados mediante el **Decreto 225/2021, de 6 de octubre**. La Comisión de Garantías y Evaluación tienen funciones de evaluación, asesoramiento y control de los casos, garantizando la legalidad y el respeto a los derechos fundamentales implicados, la ley reconoce el derecho de objeción de conciencia del personal sanitario, regula el acceso universal a la prestación dentro del sistema de salud público, y su vez modifica el Código Penal despenalizar estas prácticas si se ajustan a la legislación. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) (Romero, 2025)

Cabe recalcar que las administraciones sanitarias se encuentran obligadas a crear un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia frente a la prestación de la ayuda para

morir. En el registro se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia presentadas por los profesionales sanitarios, esto se hace para facilitar a la administración sanitaria la gestión adecuada de esta prestación; el registro deberá en su totalidad respetar estrictamente la confidencialidad y cumplir con la normativa que se encuentre vigente en la protección de datos personales. El **Decreto 225/2021, de 6 de octubre**, del Consejo de Gobierno, se ha encargado de regular tanto la creación del registro como la organización y funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación, en cumplimiento de los artículos 16 al 19 de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. (Prestación de ayuda para morir (eutanasia))

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) A su vez se presenta un marco que equilibra el derecho a la vida con la dignidad, libertad y autonomía individual en contextos de sufrimiento extremo. Según la **Ley Orgánica 3/2021**, para que los ciudadanos españoles puedan acceder a la eutanasia deben cumplir con estos requisitos:

1. Tener nacionalidad, residencia o certificado de empadronamiento de más de 12 meses.
2. Padecer de una enfermedad grave e incurable.
3. Deben tener un sufrimiento crónico e imposibilitante.
4. Ser mayor de edad.
5. Capacidad de obrar.
6. Manifestar su voluntad de manera libre, consciente, informada y reiterada.
7. Médico responsable (tiene a su cargo coordinar toda la información y asistencia sanitaria).
8. Médico consultor (facultativo con formación en patologías que posee el paciente, no debe pertenecer al mismo equipo del médico responsable).
9. Objeción de conciencia sanitaria, derecho individual de los profesionales a no atender estas regulaciones.

10. Prestación de ayuda para morir, proporciona los medios necesarios a una persona que cumple con los requisitos.
11. La solicitud debe hacerse por escrito en al menos dos ocasiones con un intervalo de 15 días, misma puede ser revocada en cualquier momento.

Existen dos modalidades para esta prestación de ayuda, en la cual tenemos una administración directa al paciente de una sustancia denominada inyección letal que es administrada por vía intravenosa y de manera continua que con una cantidad letal de diversos fármacos combinados, que dan como resultado, inconsciencia, parálisis respiratoria y paro cardiaco con la finalidad de provocar el fallecimiento rápido al paciente; Esta inyección se otorgará por medio de algún profesional sanitario que tenga la competencia o, la prescripción o suministro por parte de un profesional sanitario donde esta sustancia se la puede auto administrar para causar así su propia muerte; la eutanasia podrá ser realizada en centros sanitarios públicos, privados, concertados y en la comodidad de sus domicilios, sin que la calidad o acceso se vean afectados, los pacientes tiene derecho al acompañamiento de sus familiares y allegados, se respetara la máxima discreción y respeto a su intimidad personal y familiar. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia., 2021)

Los pacientes cuentan con el derecho de desistir con el proceso en cualquier momento, pero se encargarán de comunicarlo al médico responsable dando así con la suspensión del proceso; al existir una Comisión de Garantía y Evaluación, la composición se basará en un carácter multidisciplinar y contará con un mínimo de siete miembros, los cuales son conformados por 2 médicos (atención primaria o especializada del sistema público, privado o también jubilada), 1 médico general, 2 enfermeros o enfermeras, 2 abogados (pueden ser expertos en derecho sanitario o bioética). Así mismo se resolverá en un plazo máximo de 20 días las reclamaciones que sean

formuladas por las personas solicitantes a las que el médico responsable se haya denegado su solicitud. Los integrantes de cada Comisión deberán guardar secreto sobre cada contenido de las deliberaciones y protegerán con confidencialidad los datos de los pacientes, profesionales de la salud, familiares y personas allegadas; la prestación de ayuda a morir será considerada como una muerte natural. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) Cabe recalcar que estas comisiones se encuentran integradas por profesionales del ámbito médico, jurídico y ético, los cuales se conforman de la siguiente manera:

**1. Profesionales del ámbito médico:**

- a. 1 especialista en Medicina (frecuentemente en atención primaria, cuidados paliativos, medicina interna o neurología).
- b. 1 profesional con experiencia en enfermedades graves, crónicas e incapacitantes.
- c. 1 médico con conocimientos en ética clínica.

**2. Profesionales del ámbito jurídico:**

- a. 1o 2 abogados con experiencia en bioética, derecho sanitario o derechos fundamentales.

**3. Profesionales del ámbito ético:**

- a. 2 expertos en bioética, filosofía moral o ética aplicada.

Además, que funcionan en cada comunidad autónoma para garantizar imparcialidad, legalidad y respeto por los derechos del paciente. Además, la ley reconoce el derecho de los profesionales a que ejerzan la objeción de conciencia, siempre que lo manifiesten de forma anticipada y por escrito, sin que se vea afectado el acceso del paciente al procedimiento. España ha presentado resultados concretos en la aplicación de la eutanasia, mostrando un proceso ágil,

estructurado y respetuoso del marco legal y de los derechos del paciente. Según el Ministerio de Sanidad, entre junio de 2021 y diciembre de 2022 se han tramitado cientos de solicitudes, con un tiempo promedio de resolución de 7,7 semanas. Con ello España se posiciona como un modelo a seguir por su enfoque integral, donde incluye la garantía del derecho, el acompañamiento profesional, un marco ético que busca equilibrar la libertad individual con la protección del sistema sanitario y el control institucional.

### **MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN CANADÁ**

La legalización de la eutanasia en Canadá es el resultado de una evolución jurídica y social que se extendió por más de dos décadas, marcando un cambio profundo en la concepción del derecho a morir con dignidad. Este proceso comenzó con el emblemático caso de Sue Rodríguez en 1993, quien padecía esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y solicitó ayuda médica para morir. Rodríguez impugnó la sección 241(b) del Código Penal, que criminalizaba la asistencia al suicidio, alegando que violaba su derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal consagrados en la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. Aunque la Corte Suprema desestimó su demanda en una votación dividida, el caso encendió un intenso debate público y sentó las bases para futuras impugnaciones legales.

El siguiente hito ocurrió en 2012 con **Gloria Taylor**, también diagnosticada con ELA, quien junto a otros demandantes llevó el caso ante el Tribunal Supremo de Columbia Británica. Esta vez, el tribunal falló a su favor, declarando inconstitucional la prohibición del suicidio asistido, aunque la decisión fue revocada por una corte de apelaciones en 2013 por respeto al precedente de Rodríguez. No obstante, los demandantes elevaron el caso a la **Corte Suprema de Canadá**, que en 2015 emitió una decisión histórica en el caso **Carter vs. Canadá**. El alto tribunal reconoció por unanimidad que la prohibición absoluta del suicidio asistido era contraria a la Carta,

ya que impedía a personas con enfermedades graves e irreversibles tomar decisiones esenciales sobre su vida y su muerte. La Corte consideró que si ya se permitían prácticas como la sedación paliativa o la suspensión del tratamiento, no había justificación legal ni ética para impedir la ayuda médica para morir. Con ello, declaró inconstitucionales los artículos 241(b) y 14 del Código Penal en lo que respecta a esta práctica.

Tras el fallo de la Corte, el Parlamento tuvo un plazo inicial de 12 meses (luego extendido por cuatro más) para adaptar el marco legal. Así, luego de intensos debates parlamentarios, judiciales y sociales, se promulgó el **17 de junio de 2016 la Ley C-14**, que estableció oficialmente la legalidad de la asistencia médica para morir (AMM) en Canadá. Esta legislación introdujo un sistema regulado con estrictos requisitos, incluyendo que el solicitante padezca una condición médica grave e irreversible, que experimente un sufrimiento persistente e intolerable y que su muerte natural sea razonablemente previsible. También incorporó salvaguardas como el consentimiento informado, evaluaciones médicas independientes, testigos ajenos al entorno del paciente, documentación obligatoria y notificación al farmacéutico.

Aunque inicialmente la ley excluía a personas con enfermedades mentales como diagnóstico principal, las crecientes críticas sobre la equidad y los derechos humanos han impulsado reformas posteriores que buscan ampliar los criterios de elegibilidad, incluyendo la posibilidad de solicitudes anticipadas y casos vinculados a salud mental. En este contexto, también se ha generado debate sobre si ciertas salvaguardas funcionan como protección o como barreras innecesarias que dificultan el acceso legítimo al procedimiento.

La implementación del modelo canadiense ha implicado una colaboración entre los distintos niveles del gobierno. Mientras que el **gobierno federal** establece el marco legal mediante el Código Penal, las **provincias y territorios** son responsables de la prestación efectiva de los

servicios de salud. Este reparto de competencias ha exigido una coordinación cuidadosa entre reguladores, profesionales de la salud y organismos médicos. Por ejemplo, el **Colegio de Médicos de Quebec** fue pionero al considerar la eutanasia como un acto médico exclusivo de los profesionales de la salud, mientras que la **Asociación Médica Canadiense (CMA)** respaldó con el tiempo la práctica como parte de la atención médica legítima.

En provincias como Ontario, los médicos objetores por motivos de conciencia deben derivar a sus pacientes a otro profesional dispuesto a realizar el procedimiento, una obligación que ha generado controversias éticas y legales. Además, los centros de salud públicos están obligados a ofrecer o facilitar el acceso a la AMM; si se niegan, el Ministerio de Sanidad puede intervenir para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente.

En definitiva, el desarrollo jurídico de la eutanasia en Canadá refleja una profunda transformación de valores: de una prohibición absoluta en los años noventa, a una legislación garantista centrada en la autonomía personal y el alivio del sufrimiento humano. Este recorrido ha influido no solo en el derecho interno, sino también en el debate internacional sobre el derecho a morir dignamente.

Claro, aquí tienes el contenido completamente parafraseado para evitar cualquier forma de plagio, manteniendo la estructura clara y organizada por órganos competentes y sus funciones:

## **FUNCIONES DEL PARLAMENTO**

El Parlamento constituye el poder legislativo encargado de diseñar y aprobar la **Ley C-14 en 2016**, como respuesta directa al fallo de la Corte Suprema en el caso **Carter vs. Canadá (2015)**. Su labor consistió en desarrollar un marco jurídico que estuviera alineado con los principios constitucionales, especialmente con lo establecido en el **artículo 7 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades**.

Entre sus atribuciones, se incluyó la **definición de requisitos para acceder a la eutanasia**, la implementación de **mecanismos de control y protección**, la **tipificación de delitos** relacionados con un uso indebido del procedimiento, así como la incorporación de **disposiciones específicas en el Código Penal** para autorizar legalmente esta práctica en circunstancias reguladas.

### **FUNCIONES DE LA CORTE SUPREMA**

Es el máximo tribunal constitucional del país y tiene la función de interpretar y salvaguardar los derechos fundamentales. En su emblemático fallo del año 2015, en el caso **Carter vs. Canadá**, la Corte declaró que la prohibición total del suicidio asistido violaba derechos fundamentales como la **libertad y la seguridad personal**. Este pronunciamiento no solo invalidó ciertas disposiciones del Código Penal, sino que también **obligó al poder legislativo a crear una ley que permitiera la asistencia médica para morir en condiciones determinadas**, reconociendo la autonomía personal como un derecho central en el contexto de enfermedades graves e irreversibles.

### **FUNCIONES DE LOS MÉDICOS**

Los médicos y enfermeros capacitados desempeñan un papel esencial en la implementación de la AMM (Asistencia Médica para Morir). Son responsables de:

- **Verificar que el paciente cumpla con los criterios legales y clínicos** establecidos por la normativa.
- **Confirmar que el consentimiento sea libre, informado y voluntario**, documentándolo adecuadamente.
- **Llevar a cabo el procedimiento** de acuerdo con las disposiciones de la **Ley C-14 y los artículos 241.2 a 241.4 y 227 del Código Penal**.

- **Cumplir con todas las garantías exigidas**, como la validación por testigos independientes, la reconfirmación del consentimiento antes de proceder, y el cumplimiento de los plazos legales.
- **Notificar al farmacéutico** del uso previsto del medicamento prescrito.

Cabe destacar que, siempre que actúen conforme al marco legal, estos profesionales **no enfrentan consecuencias penales**, ya que están amparados por las excepciones previstas en la ley.

## **FUNCIONES DE LOS FARMACÉUTICOS**

Los farmacéuticos desempeñan un rol complementario en el proceso de eutanasia legal. Están obligados a:

- **Ser informados explícitamente por el personal médico** sobre la finalidad del medicamento cuando este será utilizado para la AMM.
- **Suministrar los fármacos letales únicamente bajo prescripción válida y conforme a las normativas vigentes**, asegurando que el uso se enmarque en un procedimiento autorizado legalmente.

## **MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESTADOS UNIDOS**

A comparación de los modelos jurídicos de España o Colombia, Estados Unidos no cuenta con una legislación federal uniforme sobre la eutanasia o el suicidio asistido. Este tipo de prácticas se encuentran reguladas a nivel estatal, siendo “Medical Aid in Dying” (MAiD) teniendo como significado asistencia médica para morir, denominada legalmente como eutanasia pasiva o suicidio médicamente asistido. En Estados Unidos, la eutanasia activa directa se mantiene ilegal en la mayoría de los estados y se considera homicidio bajo las leyes penales. (Britannica)

(Britannica) Hasta el año 2024 el total de once estados y el Distrito de Columbia permitieron de manera legal la asistencia médica para morir mediante leyes específicas entre esos

estados tenemos: Washington, Oregón, Vermont, California, New Jersey, New México, Hawái, Colorado, Montana y el Distrito de Columbia. En éstas legislaciones se permite que los médicos puedan recetar una dosis letal de medicamentos a pacientes terminales que cumplen con los requisitos y que expresen de forma libre, informada y reiterada su deseo de morir. Oregón siendo el pionero, dando promulgación de la **Death with Dignity Act (DWDA)** el 27 de octubre de 1994, siendo modelo de referencia para otros estados. La ley establece un proceso riguroso con los siguientes requisitos:

1. Ser residente.
2. Mayor de edad.
3. Tener diagnóstico de enfermedad terminal con una esperanza de vida de menos de seis meses.
4. Contar con dos solicitudes verbales y una escrita, con un intervalo de 15 días.
5. Evaluación de dos médicos independientes.
6. Capacidad mental comprobada del paciente o solicitante.

Este procedimiento tiene un diseño en donde se garantiza que la decisión del paciente es autónoma, voluntaria y legalmente válida. El paciente tiene que ser capaz de auto administrarse el medicamento prescrito, excluyendo cualquier forma de eutanasia activa directa realizada por un tercero, como ocurre en el modelo español. En marzo de 2009, tras una medida electoral se aprueba el suicidio por un médico, entra en vigor una ley de Washington donde se autoriza la práctica.

En mayo de 2013, en Vermont se firma un proyecto de ley donde se legaliza el suicidio asistido por un médico, en junio de 2016 en California se permite el suicidio asistido por un médico, noviembre 2016 fueron los votantes quienes aprobaron una iniciativa electoral que legalizaba el suicidio asistido en Colorado, en el Distrito de Columbia comienza su

implementación en Junio del 2017; en Hawái de igual manera se promulga esta ley en Enero de 2019; en ese mismo año en New Jersey se permite el suicidio asistido por un médico; New México Junio 2021 se permite el suicidio asistido por un médico. (Jonathan Treem, 2023)

California de 2022 se aplican enmiendas que reducen las garantías de consentimiento informado en la ley de suicidio asistido, en ese mismo año en Oregón se llega a un acuerdo judicial estableciendo que no se exigirá el requisito de residencia para poder acceder al suicidio asistido por un médico, en el año de 2023 en el estado de Vermont mediante un acuerdo judicial se permite a una mujer de Connecticut acceder al suicidio asistido en ese Estado pese al requisito existente de residencia, a su vez entra en vigor enmienda que eliminan el requisito de residencia de esta ley; En Hawái en 2023 se permiten que más profesionales puedan asistir en el procedimiento y se reduce el período de reflexión de 20 a 5 días, ese mismo año en Washington nuevas enmiendas reducen el período de reflexión de 15 a 7 días y se amplía el grupo de profesionales autorizados para prescribir los medicamentos. (Urquía, 2017)

Los tiempos de respuesta varían entre los estados, dependiendo de la estructura institucional, la disponibilidad de médicos que estén dispuestos a participar en el proceso y la infraestructura del sistema de salud. En Oregón el procedimiento completo suele tardar de entre 15 días y 3 semanas, aunque la práctica puede extenderse por ciertos factores como la objeción de conciencia, dificultades logísticas o la falta de acceso a médicos capacitados, en especial en zonas rurales. Oregón Health Authority indica que, en 2022, que en el informe final de 431 pacientes que obtuvieron el medicamento, solo 304 fallecieron a causa de los medicamentos ingeridos, el resto falleció por causas naturales antes del uso (OHA, 2023).

Esto nos demuestra la urgencia de tiempos de respuesta adecuados, ya que en muchos casos el proceso se dilata más allá del umbral de resistencia de los pacientes; Además, la objeción de

conciencia institucional y profesional es legal en muchos estados, lo que limita el acceso de ciertos pacientes, en especial los pacientes de hospitales religiosos o conservadores. Existen desafíos éticos relacionados con minorías raciales y poblaciones vulnerables que enfrentan barreras socioeconómicas para acceder al procedimiento (*Allyse et al., 2020*).

Este modelo americano presenta una experiencia descentralizada, basada en la autonomía del paciente, con múltiples filtros legales donde se busca proteger tanto al paciente como al profesional de la salud. Este enfoque es restrictivo y la prohibición de la eutanasia activa directa hacen que el procedimiento sea limitado en su alcance. Para Ecuador, la experiencia estadounidense puede ser vista como una referencia para diseñar los mecanismos de control y procedimientos médicos seguros y adecuados al país, pero es primordial adaptarlos a un marco normativo que garantice el pleno acceso, sin discriminación por ideologías, geografías o económicas.

El análisis comparativo realizado en este capítulo demuestra que la regulación de la eutanasia o asistencia médica para morir varía significativamente entre los países que han optado por legalizar esta práctica, tanto en su enfoque normativo como en los tiempos de respuesta que se ofrecen a los pacientes que lo solicitan.

Como primer punto, Colombia tiene un modelo jurisprudencial en el que la eutanasia fue despenalizada por la Corte Constitucional, sin que existiera una ley específica. Con el tiempo se han establecido lineamientos médicos y administrativos, el proceso siguen enfrentando diferentes obstáculos en la aplicación práctica, debido a la falta de regulación detallada y demoras institucionales. En España a través de un marco normativo integral de la Ley Orgánica 3/2021, misma que establece claramente los derechos, procedimientos, requisitos, plazos, garantías éticas en la aplicación de la eutanasia, resalta de este modelo ser garantista, ordenado y transparente,

incluyendo a su vez mecanismos de control como las Comisiones de Garantía y Evaluación, que se han encargado de supervisar cada paso de manera rigurosa, demostrando que una legislación clara permite la efectiva operatividad del derecho a morir dignamente, con tiempos de respuesta promedio que oscilan entre 5 y 7 semanas.

Estados Unidos, cuenta con una legalización de forma descentralizada y limitada, únicamente en algunos estados, optando por un modelo “Medical Aid in Dying”. Aunque sus procedimientos suelen ser más rápidos con un promedio de 2 a 3 semanas en promedio, su regulación prohíbe la eutanasia activa directa, se exige al paciente que se auto administre el medicamento, lo que cae en una restricción del acceso a quienes no tiene capacidad física para hacerlo. La objeción de conciencia es de manera institucional y la falta de cobertura universal generan desigualdades en el acceso.

## CAPITULO II

### PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS REQUERIDOS EN CANADÁ, COLOMBIA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS PARA LA RESPECTIVA APROBACIÓN Y EJECUCIÓN.

#### PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN COLOMBIA

- **Procedimiento Administrativo**

En Colombia, el procedimiento administrativo para acceder a la eutanasia está claramente reglamentado y se debe seguir con rigor desde el momento en que el paciente presenta su solicitud. Este proceso busca garantizar que el derecho a morir dignamente se respete en un marco legal, ético y seguro para todos los involucrados.

El procedimiento inicia con la **presentación voluntaria de la solicitud**, la cual puede ser escrita o verbal, siempre y cuando refleje claramente la intención libre, informada e inequívoca del paciente. Esta solicitud debe ir acompañada de la **historia clínica**, que justifica el diagnóstico y la condición de salud del solicitante. Una vez recibida, el médico tratante tiene un **plazo máximo de 24 horas** para registrar formalmente esta solicitud en el sistema institucional y **activar al Comité Científico-Interdisciplinario** correspondiente.

Los diferentes actores del sistema de salud tienen obligaciones específicas respecto al registro de la solicitud en el **Sistema de Reportes de Solicitudes de Eutanasia**, herramienta creada para llevar el control oficial del trámite. Este proceso consta de cuatro momentos fundamentales:

#### **1. Registro de la solicitud**

El médico que recibe la petición debe realizar un informe en el que consigne los datos del solicitante y las circunstancias de la solicitud, siguiendo lo estipulado en la normativa vigente. Este reporte debe ingresarse dentro de las **primeras 24 horas** desde la recepción de la solicitud.

## **2. Comunicación al Comité Científico-Interdisciplinario**

El comité interdisciplinario es integrador por 1 médico tratante del paciente (preferible con conocimientos en el manejo de dolor y cuidados paliativos), 1 médico especialista en el área clínica del padecimiento, en este caso puede ser el mismo médico tratante o con experiencia de la enfermedad del paciente, finalmente 1 con conocimiento en bioética, derecho sanitario o derechos humanos.

Una vez expuesto el comité, debe realizarse un reporte inicial, el comité debe ser notificado en un plazo no mayor a 24 horas. El comité tiene la responsabilidad de revisar toda la documentación y hacer seguimiento al caso.

## **3. Evaluación y seguimiento del caso**

El comité cuenta con **un plazo máximo de 10 días calendario** para emitir un concepto técnico, ético y legal sobre la procedencia o no del procedimiento de eutanasia. Si el paciente desiste de la solicitud o fallece antes de que se complete el proceso, el comité también debe **reportar formalmente el cierre del caso** al sistema.

## **4. Registro del procedimiento final**

En caso de que se lleve a cabo la eutanasia, el comité debe elaborar un **informe detallado** dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social. Este documento debe incluir la descripción

del procedimiento, las decisiones clínicas tomadas, los profesionales que intervinieron y las condiciones en las que se desarrolló la intervención.

Es importante resaltar que **ninguno de estos reportes reemplaza la atención clínica ni los pasos médicos obligatorios**. El componente administrativo es complementario y debe garantizarse en paralelo al tratamiento clínico, asegurando la trazabilidad, transparencia y legalidad del proceso.

- **Procedimiento Médico**

El procedimiento médico asociado a la eutanasia en Colombia se desarrolla de manera sistemática, buscando asegurar que solo los pacientes que realmente cumplen con las condiciones establecidas por la ley puedan acceder al derecho a morir dignamente. La atención médica debe ser rigurosa, empática y respetuosa con los principios bioéticos fundamentales.

### **1. Evaluación de requisitos del solicitante**

Para que un paciente pueda acceder al procedimiento, debe cumplir con ciertas condiciones médicas y personales:

- Ser **mayor de edad** (excepto en el caso de niños, niñas y adolescentes bajo criterios especiales).
- Presentar una **enfermedad grave, incurable o crónicamente debilitante**, que no necesariamente debe ser terminal desde la Sentencia C-233 de 2021.
- Experimentar un **sufrimiento físico o mental constante e intolerable**, sin alternativas terapéuticas eficaces.
- Poseer **plena capacidad mental y autonomía** para tomar decisiones, lo cual debe ser confirmado por evaluaciones clínicas.

- La solicitud debe ser **persistente, consciente y libre de presiones externas**.

## **2. Solicitud formal del procedimiento**

El paciente puede presentar su solicitud de manera **verbal o escrita** ante su médico tratante, y esta debe ser registrada de forma inmediata en su **historia clínica**, junto con la justificación médica del caso.

## **3. Valoración clínica integral**

Una vez se recibe la solicitud, el médico tratante debe realizar una primera evaluación del estado general del paciente. Posteriormente, se requiere una **valoración psicológica o psiquiátrica** para determinar si existe la capacidad de discernimiento adecuada. Esta etapa es clave para evitar que trastornos mentales interfieran con el proceso de toma de decisiones.

## **4. Intervención del Comité Científico-Interdisciplinario**

Este comité, que actúa como segunda instancia, está conformado por:

- Un médico especialista en la patología del paciente.
- Un psicólogo o psiquiatra clínico.
- Un abogado.

El comité debe emitir un concepto técnico y ético en un plazo no superior a **10 días calendario**, verificando que todos los criterios legales, médicos y de consentimiento informado se hayan cumplido correctamente.

## **5. Programación del procedimiento**

Si el comité aprueba el caso:

- La eutanasia debe programarse en la **fecha indicada por el paciente**, o

- En su defecto, dentro de los **15 días calendario siguientes** a la aprobación formal.

En caso de que el comité decida no autorizar la eutanasia, se debe garantizar al paciente el acceso a otras alternativas como **cuidados paliativos integrales**, orientación médica y psicológica, o el derecho a apelar la decisión ante instancias superiores.

### **Eutanasia en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)**

El proceso de eutanasia para personas menores de 18 años está regulado de forma especial, en virtud de la Sentencia T-544 de 2017 y la Resolución 825 de 2018. Aquí, el principio del **interés superior del menor** prima sobre otros aspectos.

#### **Requisitos diferenciados por edad:**

- **Niños de 6 a 12 años:** Se requiere consentimiento parental y evaluación que confirme una **madurez cognitiva excepcional** (determinada por un psiquiatra infantil).
- **Entre 12 y 14 años:** Se requiere consentimiento del menor y de sus padres. Si hay conflicto, **prevalece la voluntad del menor**.
- **Entre 14 y 17 años:** Basta con la voluntad del adolescente, aunque se debe **informar a los padres**.

En todos los casos, el médico tratante debe realizar una **evaluación física, emocional y cognitiva**, complementada por un profesional en salud mental, para garantizar la plena comprensión del procedimiento por parte del menor. El comité científico interdisciplinario encargado de NNA está conformado por un **médico pediatra**, un **psicólogo clínico** y un **abogado**, y tiene un plazo de **10 días calendario** para pronunciarse.

Durante todo el proceso, se debe respetar el derecho del menor a **desistir en cualquier momento**, y se deben ofrecer cuidados paliativos como opción complementaria o alternativa.

## Tiempos Establecidos del Proceso

Etapa del Procedimiento	Plazo Máximo
Registro inicial de la solicitud	24 horas
Activación del comité	24 horas desde la solicitud
Evaluación y decisión del comité	10 días calendario
Programación del procedimiento	15 días calendario tras la aprobación

## Costos y Financiación del Procedimiento

- El procedimiento de eutanasia está **totalmente cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**.
- No representa **ningún costo para el paciente ni su familia**.
- Las IPS que realizan la eutanasia **no pueden facturar directamente al sistema** por este acto médico.
- Los **costos asociados** (insumos, medicamentos, talento humano) deben ser asumidos por la entidad prestadora.
- Las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas previas sí están incluidas dentro del **plan de beneficios de salud del paciente**, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

## Consideraciones Éticas y Derechos del Paciente

- Se respeta el **derecho a la objeción de conciencia** del personal médico. No obstante, las instituciones tienen el deber de garantizar que otro profesional continúe con el trámite.
- Se protege el **derecho a la confidencialidad**, la intimidad y el trato digno del paciente.

- Es obligación del sistema brindar **información clara, oportuna y completa** sobre todas las opciones disponibles, incluyendo cuidados paliativos.
- Todo el proceso debe desarrollarse con enfoque humanista, ético y legal.

## **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN CANADÁ**

### **• PROCEDIMIENTO MÉDICO**

#### **1. Presencia de una condición médica grave e irreversible**

La legislación canadiense, a través de la Ley C-14, establece que la persona interesada en acceder a la eutanasia debe padecer una enfermedad o afección incurable que cause un deterioro progresivo e irreversible de sus capacidades. Esta condición debe afectar significativamente su autonomía o calidad de vida. La evaluación médica toma en cuenta tanto la falta de tratamientos efectivos como la naturaleza del sufrimiento, que puede ser físico, mental o existencial.

#### **2. Sufrimiento constante e insoportable**

El solicitante debe experimentar un sufrimiento continuo que no pueda ser aliviado de forma aceptable para él. Este sufrimiento puede ser tanto físico como psicológico, y su evaluación es subjetiva: se considera válida la percepción personal del paciente sobre la imposibilidad de su situación, independientemente de lo que opinen los profesionales de la salud.

#### **3. Muerte natural previsiblemente cercana**

Uno de los criterios es que la muerte natural del paciente sea considerada médicamente previsible. Esto no significa que deba estar en fase terminal, pero sí que haya una expectativa razonable de fallecimiento en el corto o mediano plazo debido a la enfermedad. Esta condición busca diferenciar entre enfermedades terminales y aquellas graves, pero potencialmente crónicas.

#### **4. Capacidad mental intacta y decisión libre**

Para acceder a la eutanasia, el paciente debe conservar su capacidad mental tanto al momento de solicitarla como justo antes de su ejecución. Esta condición debe ser verificada por

profesionales cualificados. Si el paciente pierde dicha capacidad antes de confirmar nuevamente su consentimiento, no se puede proceder. La intención es garantizar una decisión voluntaria, consciente y sin coacción.

#### **5. Exclusión de enfermedades mentales como diagnóstico principal**

Originalmente, la ley no permite acceder a la eutanasia si el único diagnóstico es un trastorno mental. Esta restricción se debe a la dificultad de evaluar si el deseo de morir es producto de un juicio comprometido y si la condición es realmente irreversible. No obstante, este punto ha sido objeto de debate y está en revisión por su posible carácter discriminatorio.

### **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**

#### **1. Presentación formal de la solicitud**

El primer paso consiste en llenar una solicitud escrita en la que el paciente exprese de manera clara su voluntad de recibir Asistencia Médica para Morir. Si el paciente no puede escribir por sí mismo, puede delegar esta acción a otra persona en su presencia. Este documento es el punto de partida legal del proceso.

#### **2. Firma de testigos imparciales**

La solicitud debe contar con la firma de dos testigos adultos que no tengan ningún interés personal en la muerte del solicitante. No pueden ser familiares cercanos, herederos ni parte del personal médico tratante. Su función es asegurar que la decisión del paciente sea libre de influencias externas.

#### **3. Evaluación médica independiente por dos profesionales**

Dos profesionales de la salud (médicos o enfermeros cualificados) deben realizar evaluaciones separadas para verificar que el solicitante cumple con todos los requisitos legales y

clínicos. Cada uno debe emitir una declaración firmada que avale su conclusión. Esta doble verificación busca garantizar objetividad y precisión en la decisión.

#### **4. Período obligatorio de reflexión**

Después de presentar la solicitud, debe transcurrir un plazo mínimo de 15 días antes de ejecutar el procedimiento, salvo que exista riesgo de que el paciente fallezca o pierda su capacidad de decidir durante ese tiempo. Este período tiene como fin permitir al paciente reflexionar plenamente sobre su decisión.

#### **5. Consentimiento final antes del procedimiento**

Antes de proceder con la eutanasia, el profesional encargado debe confirmar que el paciente sigue deseando continuar y que reafirma su decisión de forma libre. El paciente tiene el derecho de retractarse en cualquier momento, incluso en el último instante. Esto garantiza que el consentimiento esté vigente hasta el final.

#### **6. Comunicación con el farmacéutico**

El profesional que administra o prescribe el medicamento letal debe informar al farmacéutico del propósito del fármaco. Esta medida asegura la trazabilidad y transparencia del proceso, y ayuda a prevenir errores o desvíos en el uso de las sustancias.

#### **7. Registro legal y responsabilidades**

Todo el procedimiento debe documentarse cuidadosamente. Cualquier irregularidad, omisión de requisitos o falsificación en los documentos puede conllevar consecuencias legales. Los profesionales que actúan conforme a lo dispuesto en los artículos 227 y 241.2 a 241.4 del Código Penal canadiense no serán penalmente responsables, pero están sujetos a supervisión legal.

**Edad**

**Condiciones adicionales**

<b>6–12 años</b>	Requiere desarrollo neurocognitivo excepcional y <b>autorización de padres o tutores</b> . Solo en casos excepcionales.
<b>12–14 años</b>	Debe haber <b>autorización de los padres</b> , pero <b>prevalece la voluntad del menor</b> en caso de contradicción.
<b>14–17 años</b>	Solo requiere que se <b>informe a los padres</b> , no se necesita su autorización.

## PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN ESPAÑA

### 1. Presencia de una condición médica grave e irreversible

La legislación española, a través de la Ley Orgánica 3/2021, establece un marco normativo completo que reconoce el derecho de toda persona a solicitar y recibir ayuda para morir, en determinadas circunstancias, dentro del sistema público de salud. Para que se pueda acceder a la eutanasia, el paciente debe cumplir con varios requisitos como lo es: el padecer una enfermedad grave e incurable o un sufrimiento crónico e imposible, debe ser a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, además que no se ha podido aminorar la enfermedad por otros medios, podrá solicitarla toda persona que cumpla con los requisitos previstos en la LORE. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

### 2. Verificación Médica y control institucional

Se realizará una verificación médica y control institucional a través de las Comisiones de Garantía y Evaluación, son de carácter multidisciplinar, tienen funciones de evaluación, asesoramiento y control de los casos, garantizando la legalidad y el respeto a los derechos fundamentales implicados. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

### 3. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) **Requisitos para acceder a la eutanasia:**

- Tener nacionalidad, residencia o padrón de más de 12 meses.
- Padecer de una enfermedad grave e incurable.
- Sufrimiento crónico e imposibilitante.
- Ser mayor de edad.
- Capacidad de obrar.
- Manifestación de voluntad de manera libre, consciente, informada y reiterada.
- Médico responsable
- Médico consultor
- Objeción de conciencia sanitaria
- Prestación de ayuda para morir
- Solicitud que debe realizarse por escrito en al menos dos ocasiones con un intervalo de 15 días.

#### **4. Solicitud al Médico Responsable**

Se elige al médico para la petición (si es objetor/a debe manifestarlo). Si acepta la petición deberá firmar la solicitud y será el Médico Responsable. En caso de objetarse deberá firmar la solicitud y comunicárselo al paciente para que busque un Médico Responsable. Si se cumple con los requisitos, en un término de 2 días hay un proceso deliberativo y en 5 días otorgan la respuesta por escrito. El Médico Responsable puede ser de atención primaria o especializada puede ser del sistema público, privado o jubilado. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) El médico responsable se encargará de coordinar el proceso clínico y deliberativo de la prestación de ayuda para morir desde el inicio hasta su finalización. Actúa como principal interlocutor del paciente y vela por el cumplimiento

de los requisitos legales y éticos establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, donde sus funciones principales serían:

- I. Informar al paciente por escrito sobre su situación clínica y las alternativas disponibles, incluyendo cuidados paliativos y prestaciones de dependencia.
- II. Certificar que el paciente cumpla con los requisitos legales para acceder al proceso.
- III. Gestionar la solicitud del paciente, incorporará la historia clínica y garantizará la posibilidad de revocación en cualquier momento del proceso.
- IV. Valorar la situación de incapacidad de hecho cuando corresponda.
- V. Realizar el proceso deliberativo con el paciente de manera respetuosa y clara.
- VI. Coordinar con el médico/a consultor/a para la segunda valoración clínica.
- VII. Llevar a cabo los trámites administrativos y clínicos, conforme a la ley y su normativa anexa.
- VIII. Organizar y supervisar la ejecución del proceso, en colaboración del equipo asistencial.
- IX. Acompañamiento al paciente y familiares, asegurando apoyo humano y emocional.
- X. Certificar el fallecimiento tras la administración de la ayuda para morir.

El paciente puede elegir a su médico responsable, siempre que exista la posibilidad; el médico responsable deberá actuar sin conflictos de interés y no podrá intervenir en el proceso evaluativo si forma parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. En todo momento la administración deberá garantizar el asesoramiento, apoyo y formación continuada a estos profesionales, en caso de baja o ausencia del médico responsable, se deberá designar un sustituto de manera inmediata sin demoras indebidas. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

## **5. Entrevista con el Médico Consultor**

El Médico Responsable consulta al Médico Consultor, quien evaluara la historia médica del paciente, examinará y corroborara que cumple con los requisitos establecidos. Se elaborará un informe en un plazo de 10 días tras la segunda solicitud, el Médico Responsable será el responsable de informar si es favorable o desfavorable, en caso de ser desfavorable será motivada y dada por escrito, se podrá recurrir ese informe a la Comisión de Garantía y Evaluación CGE en 15 días. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) Desarrolla un papel fundamental como profesional independiente encargado de corroborar el cumplimiento de los requisitos clínicos y legales de la solicitud presentada por el paciente. Misma intervención que se encuentra regulada por la Ley Orgánica 3/2021 y debe garantizar una valoración objetiva del caso, además que sus funciones principales serán:

- I. Deberá ser un facultativo de atención primaria o hospitalaria, ajeno al equipo médico responsable.
- II. Su participación deberá estar sujeto a los principios de imparcialidad y confidencialidad, y no puede intervenir hay la existencia de conflicto de intereses o la posibilidad de algún beneficio personal.
- III. Contará con el acceso a la historia clínica del paciente y a la documentación relevante donde verificará que se cumplan las condiciones legales.
- IV. Si es integrante de la Comisión de Garantía y Evaluación, el mismo no podrá actuar como consultor si es un caso que esa misma comisión deba evaluar.
- V. Tiene el deber de secreto profesional, así mismo el médico responsable, se deberá guardar secreto profesional respecto a toda la información clínica manejada durante el procedimiento.

Las administraciones sanitarias al igual que con medico responsable deberán proporcionar al médico consultor asesoramiento y apoyo técnico durante su intervención en el proceso, para con ello asegurar el acceso a la documentación necesaria.

#### **6. Primera Solicitud al Médico responsable:**

El paciente deberá presentar una solicitud al médico responsable para que el mismo coordine toda su información y asistencia, si el paciente llega a presentar esta solicitud a otro profesional, deberá rubricarlo y trasladarlo al médico responsable en donde a su vez se incorporara la historia clínica del paciente, la solicitud se la realizará por escrito o por otro medio que permita dejar constancia la misma tendrá que estar fechada y firmada por el paciente en presencia del médico responsable o de otro profesional sanitario, si es el caso de que por su situación personal no fuere posible fechar y firmar el documento otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia indicando porque el paciente solicitante no puede hacerlo, así mismo se podrá hacer uso de otros medios que permitan dejar constancia como un video, la administración se encargará de poner a su disposición los medios y recursos de apoyo. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

Si el paciente se encuentra en situación de incapacidad de hecho, otra persona podrá presentar la solicitud si aporta el documento de instrucciones previas o equivalente, en caso de no haber representante el médico tratante podrá presentar la solicitud accediendo a las instrucciones previas mediante autorización de la autoridad sanitaria dejando constancia en la historia clínica. Se procederá a entrar una copia al paciente misma que deberá estar firmada y fechada; el médico responsable deberá verificar si el paciente cumple los requisitos del artículo 5.1 o 5.2 de la LORE. En un máximo de 10 días el medico deberá aceptar la solicitud e iniciar el proceso deliberativo en

2 días o bien puede denegarla de manera motivada y por escrito, informando a la Comisión de Garantía y Evaluación. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

### **7. Segunda Solicitud**

En término mínimo de 15 días después de la presentación de la primera solicitud, se presentará la segunda ante el Médico Responsable, el mismo deberá retomar el proceso deliberativo que tendrá un plazo máximo de 2 días naturales, este proceso deliberativo deberá concluir en un plazo máximo de 5 días, se confirma la voluntad y se firma el consentimiento informado. El Médico Responsable se lo comunicará a enfermería, ante el riesgo de pérdida de capacidad inminente, se puede acortar los 15 días entre la primera solicitud y la segunda solicitud. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

### **8. Equipo asistencial**

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) Es un equipo que se encuentra conformado por profesionales sanitarios, incluyendo personal de enfermería, que garantizan la continuidad asistencial durante el proceso de solicitud y ejecución de la ayuda para morir, según la Ley Orgánica 3/2021, sus funciones principales se basan en:

- I. Conjunto con el médico responsable realizará, la prestación de ayuda a morir con el mayor cuidado posible y profesionalidad.
- II. Asistirán al paciente hasta el momento de su muerte que estarán en colaboración del médico responsable.
- III. Harán acompañamiento clínico y logístico tanto al paciente como al médico responsable en todo el procedimiento.

- IV. Se encargarán de organizar y planificar los actos asistenciales en función de la modalidad a la que se acogió el paciente ya sea vía oral, intravenosa u otras.
- V. Tomará la iniciativa y actuará de manera proactiva en conjunto con el médico responsable, en especial cuando se autorizó la realización de la prestación,
- VI. Se encargará de proporcionar apoyo humano y clínico hasta el momento del fallecimiento.

De igual manera las administraciones sanitarias tendrán que definir la composición y competencias del equipo asistencial; si el equipo del médico responsable no tiene la capacidad suficiente, deberá incorporar a otro equipo asistencial de apoyo, donde a su vez se garantizará a los integrantes del equipo una formación continua y específica sobre la prestación de ayuda para morir. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

### **9. Comisión de Garantía y Evaluación**

Es un órgano administrativo que se encarga de verificar y supervisar el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE) que se encontrará en cada comunidad y ciudad autónomas; compuesta de forma multidisciplinar con un mínimo de 7 integrantes en donde se encontrará personal médico, de enfermería y abogados, pudiendo incorporarse otros perfiles profesionales. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

Se encargarán de resolver reclamaciones por denegación, intervendrán en casos de desacuerdo entre los miembros responsable de la verificación previa, se encargarán de gestionar conflictos de intereses que puedan surgir, deberán requerir la prestación si se llegase a aprobar tras una reclamación favorable; deberán así mismo verificar previamente antes de que se realice la práctica, revisarán la documentación en un plazo de dos meses, unificarán criterios y propondrán mejoras junto con el Ministerio de Sanidad y otras Comisiones de Garantías y Evaluación, a su vez actuarán como órgano consultivo en su ámbito territorial respecto a la aplicación de la LORE, realizarán un informe anual de evaluación sobre la aplicación de la ley y podrán ejercer funciones adicionales asignadas por su comunidad autónoma o el Ministerio de Sanidad. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

De igual manera deberán guardar estricta confidencialidad sobre las deliberaciones y tratamientos de datos personales, la designación se realizará de manera transparente de los

miembros, no podrán formar parte de la Comisión de Garantía y Evaluación aquellas personas que sean objetoras de conciencia frente a la LORE. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

#### **10. Verificación previa por la comisión de garantía y evaluación**

El Médico Responsable transmite en un plazo de 3 días hábiles todos los documentos a la Comisión de Garantía y Evaluación. La presidencia de la CGE designa en 2 días a dos personas (médico y jurista) que examinen la historia clínica. Pueden entrevistar al paciente con el equipo de asistencial, emitirán un informe en 7 días. En 2 días, la presidencia de la CGE comunicará el resultado. Si el resultado es desfavorable, se tiene 15 días para reclamar al pleno de la CGE, que tendrán 20 días para dar respuesta. Como último recurso se puede proponer un recurso contencioso-administrativo. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

#### **11. Prestación de ayuda para morir (eutanasia):**

La ley no da un plazo como tal, pero si se debe pensar el día, hora, lugar, quien estará presente, entre otros. Se hablará con el equipo asistencial, se tiene derecho a un aplazamiento durante el tiempo que se desee, tu Médico Responsable será el responsable de comunicar al CGE sobre el aplazamiento. Este procedimiento puede demorar de 5 a 7 semanas desde la solicitud inicial hasta su ejecución. (Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021)

#### **12. Certificado de defunción**

(Manual de buenas prácticas en eutanasia, 2021) La prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural, el medico responsable será el encargado de certificar el fallecimiento del paciente, en este certificado se deberá expresar:

- a) **Causa inmediata:** Prestación de ayuda para morir

b) **Causa inicial:** la patología de base.

### **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y MÉDICO EN ESTADOS UNIDOS Requisitos que establece la Death with Dignity Act (DWDA)**

1. Ser residente.
2. Mayor de edad
3. Tener diagnóstico de enfermedad terminal con una esperanza de vida menos de seis meses.
4. Certificados médicos
5. Declaraciones firmadas
6. Contar con dos solicitudes verbales y una escrita, con un intervalo de 15 días.
7. Evaluación de dos médicos independientes. (Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon, 2017)

#### **Presencia de un diagnóstico de enfermedad terminal**

La legislación estadounidense, regula este tipo de prácticas a nivel estatal, siendo “Medical Aid in Dying” (MAiD) teniendo como significado asistencia médica para morir, está legislación permite que los médicos puedan recetar una dosis letal de medicamentos a pacientes terminales que cumplan con los requisitos con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Además, que tengan un reiterado deseo de morir. (Jonathan Treem, 2023)

#### **Decisión del paciente y Capacidad de auto-administrar**

El paciente debe tener una decisión autónoma, voluntaria y legamente válida. Debe ser capaz de auto administrarse el medicamento prescrito, excluyendo cualquier forma de eutanasia activa directa realizada por algún tercero. (Jonathan Treem, 2023)

#### **Ser adulto y residente del estado legalmente permitido**

Se debe corroborar la residencia en el estado donde la asistencia médica para morir es legal, ya sea con facturas, contrato de arrendamiento, entre otros. (Oregon's Death With Dignity Act (DWDA))

### **Realizar dos solicitudes verbales**

Se debe solicitar el medicamento dos veces de manera verbal y separadas por un periodo de aproximadamente 15 días. (Jonathan Treem, 2023)

### **Realizar una solicitud escrita**

Se debe presentar una solicitud firmada y en presencia de dos testigos, los cuales no pueden ser herederos ni tener intereses financieros con la muerte del paciente. (Oregon's Death With Dignity Act (DWDA))

### **Confirmación por dos médicos**

El primer médico será el que diagnostique la enfermedad terminal y su capacidad mental, mientras el segundo médico será independiente revisara el caso para confirmar el diagnóstico y la capacidad mental del paciente. (Oregon's Death With Dignity Act (DWDA))

### **Espera del período obligatorio**

Luego de la segunda solicitud verbal y la aprobación, hay un período de espera antes de recibir la receta. Además, que se establece un período de espera obligatorio entre la solicitud inicial y la prescripción de la medicación. En caso de Oregon, se requiere un mínimo de 15 días entre las solicitudes verbales y 48 horas entre la solicitud escrita y la prescripción. (Jonathan Treem, 2023)

### **Auto- administración**

El medicamento únicamente debe ser ingerido por el paciente. Nadie puede dárselo o inyectárselo legalmente. (Oregon's Death With Dignity Act (DWDA))

### **CAPITULO III**

#### **RAZONES POR LA CUALES LOS TIEMPOS DE RESPUESTA PUEDEN SER MÁS CORTOS O PROLONGADOS EN DETERMINADOS CASOS.**

##### **BUROCRACIA**

En la eutanasia la implementación efectiva de la misma como derecho reconocido no depende únicamente de su marco legal, sino también de la eficiencia administrativa que permita a los pacientes acceder a este procedimiento en plazos razonables. La burocracia, debemos entenderla como el conjunto de procesos administrativos y requisitos legales que tienen que cumplirse para autorizar la prestación de ayuda para morir, conforma un factor determinante en la duración de los tiempos de respuesta.

Este capítulo tiene como objetivo examinar cómo la burocracia puede actuar tanto como un garante de seguridad jurídica y protección de derechos, agilizando los trámites cuando está bien estructurada o como un obstáculo que retrasa el acceso efectivo a la eutanasia cuando se caracteriza por excesiva tramitación, duplicidad de controles y falta de coordinación institucional. La burocracia cumple una doble función en el contexto de la eutanasia; cumple la función de control y garantía, que pretende evitar abusos, verificar el cumplimiento de requisitos legales, proteger a pacientes y profesionales de la salud. De igual forma, tiene el propósito de cumplir con la función administrativa que se encarga de gestionar las solicitudes, coordinar con los profesionales intervinientes y asegurar la trazabilidad del proceso. Cabe recalcar que en sistemas idóneamente diseñados como lo es el modelo español que cuenta con la Ley Orgánica 3/2021, la burocracia es precisa y estructurada: se establecen plazos claros, define responsabilidades en cada etapa y evita retrasos innecesarios.

En Ecuador, la Sentencia N°. 67-23-IN/24 emitida por la Corte Constitucional marcó un hito al reconocer el derecho a una muerte digna y despenalizar la eutanasia activa voluntaria en condiciones específicas. El reconocimiento constitucional de este derecho ha sido acompañado aún por una reglamentación clara donde se establecen procedimientos, plazos y autoridades responsables. Siendo este escenario para la burocracia un papel determinante, ya que puede actuar como un garante de la seguridad jurídica o, en su defecto, como un obstáculo que dilata aún más la aplicación práctica de este nuevo derecho reconocido.

La regulación de la eutanasia en Ecuador y España presentan algunas similitudes en cuanto a la existencia de comités especializados para la evaluación de solicitudes, pero difiere de manera significativa en los plazos de ejecución, el nivel de flexibilidad procedimental y la posibilidad de apelación.

En Ecuador, según el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia (Registro Oficial, 2024), el tiempo máximo de ejecución del procedimiento de eutanasia es de diez días contados desde que el paciente o su representante legal recibe la notificación de aprobación emitida por el Comité Interdisciplinario. Si transcurrido el plazo otorgado sigue sin realizarse el procedimiento, el paciente o su representante legal tendrán que presentar una nueva solicitud para acceder nuevamente a la eutanasia. Por lo contrario, en España, bajo la Ley Orgánica 3/2021, no existe un límite temporal específico para la ejecución una vez que la solicitud ha sido aprobada. El procedimiento por consiguiente se llevará a cabo en el momento en el que el paciente lo solicite, respetando su autonomía y voluntad sin que exista un plazo máximo impuesto por la normativa. Otorgando una mayor flexibilidad, permitiendo que el paciente decida cuándo es el momento adecuado y oportuno para realizarlo, ya sea por razones médicas, personales o familiares.

En Ecuador, este esquema establece una estructura rígida que puede aportar certeza procedimental, pero también introduce un riesgo de retrasos por trámites repetitivos, en especial en zonas con limitada capacidad operativa. Además, no se contempla un mecanismo formal de apelación dentro del mismo proceso de aprobación, de tal modo que la decisión del comité solo puede ser impugnada reiniciando la solicitud o mediante acciones legales externas. Por esta razón puede convertirse en un factor de carga emocional para el paciente y la familia o un factor de presión, que podría sentirse obligado a decidir de forma apresurada. La exigencia de presentar una nueva solicitud en caso de vencimiento del plazo puede implicar trámites repetitivos y, en ciertos casos, innecesarios, generando con ello demoras si el paciente sigue cumpliendo las condiciones para acceder al procedimiento.

A diferencia de España, que la Ley Orgánica 3/2021 la ausencia de un límite protege la autonomía del paciente y reduce la carga administrativa, resulta ser un proceso más flexible, ya que, una vez aprobada la solicitud por la Comisión de Garantía y Evaluación, la eutanasia se realiza cuando el paciente lo solicite, sin un plazo máximo legal para su realización. Además, la normativa contempla la posibilidad de interponer un recurso o apelar la decisión, tanto en casos de aprobación como de denegación, antes de la ejecución. Esta posibilidad está abierta al propio paciente, a sus familiares o a los profesionales de salud implicados, lo que refuerza la seguridad jurídica y garantiza un control adicional del procedimiento.

El modelo español ofrece mayor flexibilidad y mecanismos de control interno, mientras que el ecuatoriano prioriza la celeridad procedimental pero con una estructura más estricta y sin instancias internas de apelación; De igual manera, en áreas de salud rurales y en aquellas provincias alejadas, la ausencia de médicos capacitados y comités evaluadores ralentizaría los casos, si no se establecen protocolos para reasignar rápidamente un caso cuando el médico objeto, la solicitud

puede quedar paralizada haciendo que exista un retardo en el procedimiento, sin la existencia de procedimientos claros, algunos casos podrían judicializarse, prolongando los tiempos más allá de lo clínicamente razonable. El retraso injustificado en la tramitación de solicitudes de eutanasia puede derivar en el sufrimiento prolongado e innecesario para los pacientes que lo requieren, de igual manera, el deterioro acelerado que impida cumplir con las condiciones médicas necesarias para acceder a este procedimiento, se elevaría aún más la desconfianza social hacia el sistema de salud y la administración pública, en términos de derechos humanos, una burocracia lenta y poco eficiente podría configurarse como una vulneración indirecta del derecho a la salud y a la integridad personal, al impedir el acceso oportuno a un procedimiento reconocido.

### **RESPONSABLES IDÓNEOS**

En el marco del derecho internacional de los derechos humanos, la objeción de conciencia ha sido reconocida como una expresión legítima del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Este principio está contemplado en instrumentos clave como el artículo 18 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y el artículo 12 de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, ambos ratificados por Ecuador. Esta figura jurídica, en el contexto de la práctica médica, se traduce en la facultad de que ciertos profesionales, especialmente del sector salud, puedan abstenerse de realizar procedimientos que consideren contrarios a sus principios éticos, religiosos o morales profundamente interiorizados.

No obstante, este derecho no opera de forma ilimitada. En casos donde su ejercicio puede afectar el acceso a derechos igualmente protegidos como lo es el derecho a una vida digna y al libre desarrollo de la personalidad, se exige una ponderación razonable y proporcional. En efecto, la objeción de conciencia debe ser conciliada con el interés legítimo del paciente de acceder sin obstáculos a un procedimiento legalmente permitido, como es la eutanasia activa voluntaria. El

TEDH ha abordado esta colisión de derechos en precedentes relevantes como el caso (ASUNTO EWEIDA Y OTROS c. REINO UNIDO , 2013), estableciendo que los derechos individuales pueden ser restringidos si se justifica la protección de otros derechos fundamentales o de intereses públicos imperiosos.

En el caso ecuatoriano, la Sentencia No. 67-23-IN/24 marca un hito en la evolución jurisprudencial respecto al derecho a la vida. Al declarar la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), la Corte reconoció que el derecho a vivir no es absoluto y puede ceder frente a situaciones excepcionales de sufrimiento humano, cuando la persona interesada ha expresado libre y consistentemente su deseo de acceder a la eutanasia. Bajo este nuevo paradigma, se reconoce el derecho a morir con dignidad como parte integrante del desarrollo de la personalidad, y se afirma la autonomía como principio rector en decisiones sobre el final de la vida.

A partir de esta comprensión, los profesionales de la salud que se consideren responsables idóneos para intervenir en estos procedimientos deben también actuar conforme a ciertos estándares éticos y legales. El ejercicio de la objeción de conciencia debe estar regulado de manera tal que no suponga un impedimento injustificado para el acceso del paciente al procedimiento eutanásico. La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* ha expresado que si bien debe respetarse la libertad de conciencia del profesional, esta no puede operar como una barrera sistemática al acceso a servicios de salud disponibles por ley (Aguilar Leal, 2017) En otras palabras, la autonomía del médico no puede anular la autonomía del paciente.

Autores como Julian Savulescu han defendido esta posición desde la bioética, señalando que los profesionales que niegan tratamientos sin asegurar alternativas efectivas de derivación

vulneran no solo el principio de beneficencia, sino también su deber de cuidado hacia el paciente (Conscientious objection in medicine, 2006). En este sentido, el Proyecto de Ley que regula los procedimientos eutanásicos en Ecuador (2024) incorpora adecuadamente esta preocupación. El artículo 10 reconoce el derecho del profesional de salud a negarse por motivos de conciencia, pero también le impone la obligación de garantizar una **derivación efectiva** a otro profesional o institución habilitada, evitando así interrupciones o dilaciones indebidas en el acceso al procedimiento.

La experiencia comparada refuerza este criterio. En España, la Ley Orgánica 3/2021 establece un registro obligatorio de objetores y mecanismos de derivación institucional que garantizan la continuidad del proceso. En Colombia, mediante la Resolución 971 de 2021, se establece que las instituciones de salud no pueden declararse objetoras, reservando esta prerrogativa solo a los individuos, lo cual obliga a que la prestación del servicio esté asegurada en todo caso. Canadá, por su parte, mediante la Ley C-14 y su reforma C-7, exige la derivación inmediata y prohíbe que la objeción institucional impida el acceso al (Canada, 2021).

A la luz de estos antecedentes, la idoneidad de los responsables en los procedimientos eutanásicos no puede evaluarse únicamente desde su formación profesional o técnica, sino también desde su compromiso con los derechos humanos y la legalidad vigente. El ejercicio de la objeción debe estar vinculado a mecanismos de responsabilidad, transparencia y rendición de cuentas. En ausencia de estos elementos, la objeción se convierte en un factor de exclusión estructural, particularmente en contextos de escasa cobertura sanitaria, como ocurre en muchas zonas rurales de Ecuador. Por ello, el Estado tiene el deber de garantizar que este derecho no opere como una traba, sino como una garantía equilibrada que respete tanto la conciencia del profesional como el derecho del paciente a morir dignamente.

## **DERECHO A OBJECCIÓN DE CONCIENCIA**

El Derecho a la Objeción de Conciencia en Ecuador influye profundamente en la aplicación de la eutanasia, dado que establece un equilibrio entre los derechos de los pacientes a tomar decisiones sobre su vida y el derecho de los profesionales de salud a actuar conforme a sus convicciones morales o religiosas. Según la Constitución de Ecuador (artículo 66), cualquier persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, lo que incluye a los profesionales de salud. Esto significa que, aunque la Corte Constitucional de Ecuador despenalizó la eutanasia en casos específicos, los médicos pueden negarse a participar en estos procedimientos si consideran que va en contra de sus principios éticos o religiosos. En este sentido, la objeción de conciencia proporciona una protección para los médicos que se oponen a la eutanasia, permitiéndoles abstenerse de realizarla sin enfrentar consecuencias legales, siempre que deriven al paciente a otro médico dispuesto a proceder con el acto (Corte, 2024)

Sin embargo, esta objeción no está exenta de limitaciones. El Reglamento 59/2024 del Ministerio de Salud Pública establece que, aunque los médicos pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia, no se permite que las instituciones de salud (hospitales, clínicas, etc.) se nieguen de manera colectiva a aplicar la eutanasia. Además, el reglamento prohíbe que los profesionales encargados de suministrar los insumos médicos necesarios para llevar a cabo el procedimiento se excusen por objeción de conciencia. Esto busca evitar que la objeción de conciencia interfiera con el derecho del paciente a acceder a la eutanasia de manera oportuna, garantizando que haya suficientes recursos humanos y materiales para la práctica de la eutanasia, incluso si algunos médicos se niegan a intervenir personalmente (Pública, 2024).

El derecho a la objeción de conciencia también plantea un desafío importante en términos de equidad y acceso. Aunque los médicos tienen el derecho de abstenerse, el proceso de derivación

se convierte en un aspecto clave para asegurar que los pacientes que lo deseen puedan acceder al procedimiento sin obstáculos innecesarios. Sin una adecuada red de médicos dispuestos a realizar la eutanasia, aquellos que optan por esta práctica podrían enfrentarse a retrasos o incluso a obstáculos en la consecución de su derecho. Esto genera tensiones, ya que, por un lado, se protege el derecho de los médicos a actuar conforme a su conciencia, pero, por otro, se pone en riesgo el derecho de los pacientes a decidir sobre su vida y a acceder a un tratamiento médico específico en condiciones dignas (Castillo, 2024).

La objeción de conciencia, por lo tanto, crea un balance delicado entre la libertad individual de los médicos y el derecho fundamental de los pacientes a recibir la eutanasia en condiciones legales. Aunque las leyes buscan garantizar ambos derechos, las críticas éticas señalan que la objeción de conciencia puede ser utilizada en algunos casos de manera que retrase o limite el acceso de los pacientes a la eutanasia, especialmente si no existen suficientes médicos dispuestos a realizarla. De hecho, algunos bioéticos argumentan que la objeción de conciencia podría convertirse en una barrera indirecta al derecho del paciente, si no se gestionan correctamente las derivaciones o si la red de profesionales dispuestos a realizar el procedimiento no es adecuada (Vélez, 2025)

Finalmente, en un contexto más amplio, la objeción de conciencia en la eutanasia en Ecuador refleja un debate ético y legal sobre los derechos individuales frente a las necesidades colectivas. Mientras que la objeción de conciencia se ve como un derecho fundamental que protege la libertad de los profesionales de salud, también se reconoce que este derecho no debe poner en peligro la accesibilidad a servicios médicos esenciales, como la eutanasia, para aquellos pacientes que, en su desesperación, buscan una salida digna ante el sufrimiento extremo. El desafío radica

en encontrar un equilibrio justo que proteja tanto los derechos de los médicos como el acceso a la eutanasia de manera equitativa y eficiente (Lafferriere, 2024), 2024).

Este marco legal y ético de la objeción de conciencia en la eutanasia ecuatoriana es una manifestación del pluralismo y las divergencias de principios en una sociedad diversa, y su correcta implementación dependerá de la capacidad del sistema de salud y de los legisladores para armonizar los derechos individuales y la autonomía del paciente con las libertades personales de los profesionales involucrados en el proceso (Centro de Bioética, 2024).

## **RECOMENDACIONES:**

### **1. Establecimiento de Plazos Razonables para Cada Etapa del Procedimiento**

Es crucial definir plazos máximos razonables para cada fase del proceso de eutanasia, desde la recepción de la solicitud hasta la ejecución del procedimiento. Estos plazos deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las particularidades de cada caso, evitando una rigidez que pueda dificultar su implementación. A continuación, se propone una distribución tentativa de plazos para cada etapa:

- **Recepción de la solicitud:** Dentro de las primeras 24 horas desde la solicitud, garantizar que la petición sea registrada adecuadamente y que el paciente reciba la información necesaria sobre los procedimientos y sus derechos.
- **Evaluación interdisciplinaria:** Esta fase debe contar con un plazo de máximo 10 días. Durante este periodo, un equipo médico y psicológico debe evaluar el caso del paciente, tomando en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales.

- Revisión externa y verificación: Tras la evaluación, el caso debe ser revisado por un comité externo que garantice el cumplimiento de todos los requisitos legales. Este paso debe ser realizado en un plazo máximo de 5 días.
- Ejecución del procedimiento: Aunque se recomienda un plazo más flexible para la ejecución de la eutanasia, se sugiere que el tiempo máximo no sea inferior a 15 días desde la aprobación final del caso. Este plazo debería permitir la debida planificación, coordinación y respeto a las decisiones del paciente. La ejecución podría realizarse a través de un sistema de planificación que permita ajustes según las necesidades del caso.

### **Recomendación:**

Se debe evitar imponer plazos demasiado estrictos para la ejecución, tal como se propone en el Tercer Suplemento N° 538, ya que el procedimiento de eutanasia requiere tiempo suficiente para la planificación y para garantizar que todas las condiciones y requisitos sean cumplidos con el mayor rigor ético y profesional. La flexibilidad es clave para asegurar la calidad y dignidad del procedimiento.

## **2. Implementación de Vías Internas de Impugnación Administrativa**

Para agilizar el proceso y evitar que las personas recurran únicamente a la justicia ordinaria en caso de conflicto, es fundamental establecer vías internas de impugnación administrativa dentro del sistema de salud pública. Dichas vías permitirían resolver discrepancias o problemas con rapidez, sin necesidad de reiniciar el trámite completo o acudir a tribunales.

### **Recomendación:**

Crear una instancia administrativa rápida y eficiente que permita a los pacientes o profesionales presentar objeciones o disputas sin que ello interrumpa el proceso. Esta instancia debe estar constituida por un equipo especializado que analice los casos de forma imparcial, proporcionando respuestas dentro de un plazo máximo de 72 horas. Este mecanismo evitará la sobrecarga judicial y garantizará la resolución de problemas en un contexto administrativo adecuado.

### **3. Desarrollo de una Plataforma Digital de Registro de Objeciones y Solicitudes**

Una de las medidas más innovadoras y eficaces para agilizar el proceso es la creación de una plataforma digital donde se registren las objeciones de conciencia, solicitudes de eutanasia, así como el seguimiento de cada expediente. Esto garantizaría transparencia, rapidez y seguimiento continuo de cada caso.

**Recomendación:** Crear dos plataformas digitales:

1. Plataforma para la Objeción de Conciencia: Similar al modelo español, donde los profesionales de salud puedan registrar formalmente su objeción de conciencia, especificando las razones y asegurando la no discriminación en el acceso al procedimiento.
2. Plataforma para el Registro y Seguimiento de Solicitudes de Eutanasia: Donde los pacientes puedan realizar su solicitud, seguir el estado de su expediente, y, en caso de ser necesario, solicitar la reasignación del caso a otro médico o centro de salud. La plataforma debe ser segura, fácil de usar, y ofrecer soporte a los usuarios durante todo el proceso.

**Recomendación adicional:**

Garantizar que ambas plataformas estén vinculadas a una base de datos centralizada que permita a las autoridades de salud monitorizar de manera eficiente el cumplimiento de los plazos, la disponibilidad de los médicos y la situación de cada paciente.

#### **4. Registro de Centros Prestadores de Servicios para la Eutanasia**

Es fundamental contar con un registro actualizado de centros de salud habilitados para realizar procedimientos de eutanasia, especialmente en el caso de objeción institucional. Este registro debe garantizar que los pacientes puedan recibir atención de manera inmediata y en condiciones geográficas viables.

#### **Recomendación:**

Establecer un sistema de registro nacional donde los hospitales, clínicas y centros médicos que estén habilitados para realizar la eutanasia estén registrados. Además, en el caso de objeción institucional, se debe garantizar que los pacientes puedan ser derivados sin mayores demoras a una ubicación geográficamente cercana, asegurando que el proceso se realice sin retrasos significativos. Este registro debe actualizarse de manera constante para garantizar su disponibilidad y eficacia.

#### **5. Garantizar Financiamiento y Logística Adecuada para el Procedimiento**

Para asegurar la viabilidad del procedimiento, es crucial contar con un sistema de financiamiento y logística adecuado. Esto debe incluir recursos para la remuneración del personal, así como para cubrir los costos de traslado en aquellos casos donde los pacientes se encuentren en zonas alejadas.

### **Recomendación:**

Se debe establecer un presupuesto específico dentro del sistema de salud pública para garantizar la remuneración adecuada a los médicos, psicólogos y otros profesionales que participen en el procedimiento. Además, se debe contemplar un fondo para traslados de pacientes en zonas rurales o de difícil acceso, asegurando que el derecho a la eutanasia esté disponible para todos los ciudadanos, sin importar su ubicación geográfica. Estos fondos deben estar debidamente presupuestados y gestionados por una entidad especializada en el área.

### **CONCLUSIÓN:**

El reconocimiento y regulación de la eutanasia en Ecuador, a partir de la Sentencia N° 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional y su posterior desarrollo reglamentario, marca un acontecimiento en el ejercicio de los derechos fundamentales vinculados a la dignidad humana, la autonomía personal y la muerte digna. La implementación práctica de este derecho enfrenta distintos desafíos que, si no son abordados con oportunidad, pueden lograr ser barreras burocráticas, vacíos normativos y desigualdades en el acceso.

El análisis comparado con las experiencias de España, Canadá, Estados Unidos y Colombia nos demuestra que la eficacia del sistema no depende únicamente del reconocimiento jurídico del derecho, sino también la existencia de protocolos que sean claros, plazos equilibrados, procedimientos ágiles de reasignación en casos de objeción de conciencia y mecanismos de apelación efectivos. España se destaca en este procedimiento al incorporar mecanismos de recurso interno que permite corregir decisiones antes de la ejecución, mientras que otros países como Canadá ha logrado que se reduzca la burocracia mediante la digitalización y protocolos unificados, Colombia ha reforzado la obligación de que se garantice la prestación incluso ante objeciones

individuales. En Ecuador, el plazo se torna rígido donde se únicamente en 10 días debe realizarse la ejecución de este procedimiento, sumando que existe una ausencia de recurso interno de apelación y a la falta de regulación detallada de la objeción de conciencia, lo que puede ocasionar reinicios innecesarios del trámite, afectando a las personas en condiciones de vulnerabilidad o que residen en zonas rurales.

En Ecuador se necesita un esquema aún más ágil en teoría, requiere ajustes normativos y administrativos donde se garantice un acceso real y equitativo a este procedimiento; esta investigación confirma que es posible armonizar el derecho a la eutanasia con el respeto a la libertad de conciencia del personal de salud, siempre y cuando existan registros oficiales de objetores, plazos máximos de derivación, y mecanismos de supervisión transparentes que posibilite evaluar el desempeño del sistema. De igual forma, la vivencia internacional demuestra que la reducción de la burocracia y la mejora en los tiempos de respuesta depende de la integración tecnológica, de la capacitación continua de los equipos, y la asignación de recursos que garantice una cobertura nacional.

La implementación exitosa de la eutanasia en Ecuador requiere de una visión integral que combine seguridad jurídica, sensibilidad ética y eficiencia administrativa, ubicando que el paciente este en el centro de la decisión y a su vez asegurar que el ejercicio de este derecho no se frustre por obstáculos procedimentales. Las recomendaciones expuestas en esta investigación, tomando como referencia modelos internacionales exitosos, sirven como guía para el desarrollo y modernización de la regulación ecuatoriana obteniendo como resultado un modelo garantista, accesible y humano, en donde la muerte digna no se limite a un único derecho reconocido en la ley, sino una realidad efectiva para quienes decidan ejercerlo.

## Bibliografías

- Aguilar Leal, M. (01 de 11 de 2017). Obtenido de La eutanasia y el protocolo internacional de la Organización Mundial de la Salud y su impacto en México: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/d42839d7-70b3-493e-b346-da6bbe227053>
- ASUNTO EWEIDA Y OTROS c. REINO UNIDO , (Demandas num. 48420/10, 59842/10, 51671/10 y 36516/10) (15 de 01 de 2013).
- Barrera, S. M. (9 de julio de 2021). *Este es el proceso a seguir para solicitar la eutanasia en Colombia*. Obtenido de Consultorsalud: <https://consultorsalud.com/este-proceso-solicitar-eutanasia-col/>
- Bello, Omar ; Carrera-Marquis, Daniela ; Roca, María Eugenia ; Bethel, Natalie ; Davis, Timyka ; Espiga, Franklin ; Flores, Adrián ; Ortiz de Mendívil, Cloe ; Perez-Cuevas, Ricardo ; Persaud, Christopher ; Roberts, Syreta ; Allen, Eduardo ; Ibarra, Franci. (julio de 2022). *Assessment of the Effects and Impacts of the COVID-19* . Obtenido de EstrategiaBID+: <https://doi.org/10.18235/0004344>
- Britannica. (s.f.). MAID: Medical Aid in Dying. (T. E. Procon, Ed.) Obtenido de <https://www.britannica.com/procon/MAID-medical-aid-in-dying-debate>
- Canada, G. o. (17 de March de 2021). *Medical assistance in dying: Overview*. Obtenido de Gouvernement of Canada: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>
- Castillo, C. (01 de septiembre de 2024). *El Comercio*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/sociedad/leonardo-caiza-eutanasia-ecuador/>
- Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon*. (2017). EEUU. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5824315/>
- Conscientious objection in medicine*. (02 de February de 2006). Obtenido de Julian Savulescu: <https://www.bmj.com/content/332/7536/294>
- Corte, C. (2024). *Caso No. 67-23-IN*. Quito- Ecuador: Corte Constitucional .
- Jefatura del Estado. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. España: BOE.
- Jonathan Treem, M. (2023). *Medical Aid in Dying: Ethical and Practical Issues*. 5. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10184842/pdf/jadpro-14-207.pdf>
- Lafferriere, J. N. (27 de mayo de 2024). Obtenido de centro bioetica persona & familia: <https://centrodebioetica.org/site/reglamento-sobre-eutanasia-del-ministerio-de-salud-publica-de-ecuador/>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (2021). En BOE-A-2021-4628, *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. (pág. 13).

Madrid, España: Boletín Oficial del Estado. Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

*Manual de buenas prácticas en eutanasia.* (2021). GOBIERNO DE ESPAÑA.

Manual de buenas prácticas en eutanasia. (2021). En *Manual de buenas prácticas en eutanasia* (pág. 94). España: GOBIERNO DE ESPAÑA. Recuperado el MAYO de 2025, de [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)

Oregon's Death With Dignity Act (DWDA). (s.f.). 5. Obtenido de <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/faqs.pdf>

Prestación de ayuda para morir (eutanasia). (s.f.). *comunidad.madrid*, 1. Obtenido de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prestacion-ayuda-morir-eutanasia>

Pública, M. d. (14 de Abril de 2024). *Ministerio de Salud Pública emite reglamento para la aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud pública.

Romero, S. (Ed.). (18 de 03 de 2025). Eutanasia en España: el caso Noelia y el debate sobre el derecho a morir con dignidad. *National Geographic- España*. Obtenido de [https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/situacion-eutanasia-espana-caso-noelia\\_24507](https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/situacion-eutanasia-espana-caso-noelia_24507)

Urquía, A. G. (2017). *Muerte Digna en Estados Unidos: Análisis de la regulación del auxilio al suicidio a nivel estatal*. Madrid, Madrid, España. Obtenido de [file:///C:/Users/jonv\\_/Documents/Eutanasia%20en%20EEUU.pdf](file:///C:/Users/jonv_/Documents/Eutanasia%20en%20EEUU.pdf)

Vélez, R. (8 de septiembre de 2025). Obtenido de PRIMISAS EC: <https://www.primicias.ec/sociedad/renato-ortuno-eutanasia-ecuador-casos-procedimientos-aplicacion-104696/>

## Anexos

Priscila Micaela Vivar Acosta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0928436013. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de octubre de 2025

F:  .....

**Priscila Micaela Vivar Acosta**

C.I. 0928436013



Universidad  
Católica  
de Cuenca

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**Doménica Adriana Torres Orellana** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105941967. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **"Regulación y tiempos de respuesta en la aplicación de la eutanasia en Ecuador: Un análisis jurídico y médico frente a la sentencia N° 67-23-IN/24"** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de octubre de 2025

F: 

**Doménica Adriana Torres Orellana**

C.I. 0105941967