



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE DERECHO

TEMA

**“LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN TORNO A LA DECISIÓN
DE LA EUTANASIA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ABOGADO.**

AUTORES: JOSÉ FABIÁN CUMBE CASTRO

MARCO VINICIO SANMARTÍN RIERA

DIRECTOR: DR. FERNANDO ESTEBAN OCHOA RODRÍGUEZ, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE DERECHO

TEMA

**“LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN TORNO A LA DECISIÓN
DE LA EUTANASIA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ABOGADO.**

AUTORES: JOSÉ FABIÁN CUMBE CASTRO

MARCO VINICIO SANMARTÍN RIERA

DIRECTOR: DR. FERNANDO ESTEBAN OCHOA RODRÍGUEZ, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

JOSÉ FABIÁN CUMBE CASTRO portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106526403** y **MARCO VINICIO SANMARTIN RIERA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107400525**. Declaramos ser autores de la obra: **“LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN TORNO A LA DECISIÓN DE LA EUTANASIA”**, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra 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 nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **03 de Marzo del 2023**

F: 

José Fabián Cumbe Castro

C.I. **0106526403**

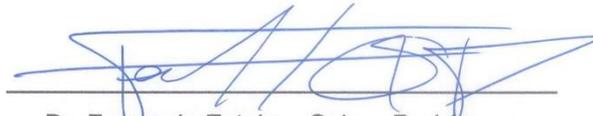
F: 

Marco Vinicio Sanmartín Riera

C.I. **0107400525**

CERTIFICO

Certifico que el presente Trabajo de Investigación fue desarrollado por José Fabián Cumbe Castro y Marco Vinicio Sanmartín Riera, con el Tema "LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN TORNO A LA DECISIÓN DE LA EUTANASIA", bajo mi supervisión.



Dr. Fernando Esteban Ochoa Rodríguez.

Tutor

DEDICATORIA

“Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Principalmente, a mi madre y a mi novia Erika Vásquez que me apoyaron y contuvieron en los momentos malos y en los menos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

Me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.”

Fabián.

Le dedico el resultado de este trabajo mis padres, por acompañarme en cada paso que doy en la búsqueda de ser mejor persona y profesional.

También se la dedico a mi madre, desde el cielo eres esa luz que me daba fuerzas para continuar.

A mi compañero de tesis, quien me hacía reaccionar cuando pensaba que no podía continuar.

Marco.

AGRADECIMIENTO

“A nuestros padres porque ustedes han sido siempre el motor que ha impulsado nuestros sueños y esperanzas, quienes han estado siempre a nuestro lado en los días y noches más difíciles durante las horas de estudio. Siempre han sido los mejores guías de vida. Hoy cuando concluimos nuestros estudios, les dedicamos a ustedes este logro amado padres, como una meta más conquistada. Orgullosos de haberlos elegido como padres y que estén a nuestro lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quienes son y por creer en nosotros”

RESUMEN

El presente trabajo se centra en el análisis de la autonomía de la voluntad en torno a la decisión de la eutanasia. Se parte de la idea de que la eutanasia es un acto moralmente aceptable en determinadas circunstancias, y se analiza la cuestión de si la autonomía de la voluntad es relevante a la hora de tomar esta decisión. Se sostiene que, en algunos casos, la autonomía de la voluntad puede ser relevante, pero que en otros casos no lo es. En general, se argumenta que la autonomía de la voluntad no debe ser el único factor a tener en cuenta a la hora de decidir si se realiza o no una eutanasia. También en dicho trabajo se realiza un análisis de las diferentes garantías jurisdiccionales haciendo énfasis en la acción de protección como mecanismo para la protección del derecho a la libre toma de decisiones o la autonomía de la voluntad.

PALABRAS CLAVES: AUTONOMÍA, VOLUNTAD, EUTANASIA, DECISIÓN

ABSTRACT

This paper focuses on the analysis of the autonomy of will in the euthanasia decision. It starts from the idea that euthanasia is a morally acceptable act in certain circumstances, and analyzes the question of whether autonomy of will is relevant in making this decision. It is argued that, in some cases, autonomy of will may be relevant, but that in other cases it is not. In general, it is argued that autonomy of will should not be the only factor to be taken into account when deciding whether or not to perform euthanasia.

KEYWORDS: AUTONOMY, WILL, EUTHANASIA, DECISION,

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD.....	I
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN	V
PALABRAS CLAVES	V
ABSTRACT	VI
KEYWORDS	VI
ÍNDICE	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
Relación que existe entre la autonomía de la voluntad y la eutanasia.....	3
1.1. Eutanasia	3
1.1.1 Eutanasia en América Latina y otros países.....	7
1.1.2 Corrientes	12
1.1.3 Tipos de eutanasia.....	13
1.2. La autonomía de la voluntad.....	14
1.3. Dignidad Humana y Autonomía de la voluntad	15
CAPÍTULO II.	16
Relación entre la autonomía de la voluntad y el derecho constitucional a la toma de decisiones.	16
2.1. Derechos en la toma de decisiones	16
2.1.1. La autonomía de la voluntad en la Ley orgánica de la Salud.....	18
2.2. Debate sobre la ética de morir con asistencia médica	18
2.2.1. Opinión pública	24
2.2.2 Conflictos bioéticos de cuidados al final de la vida	25
2.3. Suicidio y suicidio asistido.....	31
2.3.1. Deseo de morir	32
2.3.2. La naturaleza del sufrimiento.....	33
CAPÍTULO III.	35
La acción de protección es el mecanismo adecuado para que se respete la autonomía de la voluntad y el derecho constitucional a la toma de decisiones. ...	35
3.1. Garantías Jurisdiccionales.	35

3.1.1 Acción por incumplimiento	35
3.1.2 Habeas data.	36
3.1.3 Acción de Acceso a la información Pública.	36
3.1.4 Habeas Corpus.....	37
3.2. Concepto de Acción de Protección.	37
3.2.1. Cuando procede la Acción de Protección.....	39
3.3 Derecho constitucional a la toma de decisiones en la constitución de la República del Ecuador.....	41
3.3.1. Relación entre el derecho constitucional a la toma de decisiones y la autonomía de la voluntad.....	43
3.4. La muerte digna como elemento del Derecho a una vida digna.	44
3.5 Acción Extraordinaria de protección.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

El suicidio asistido es una práctica que consiste en facilitar el suicidio a aquellas personas que, de otra forma, no podrían llevarlo a cabo. La eutanasia es una forma de suicidio asistido en la que se produce la muerte de una persona por medios activos, es decir, mediante la administración de una sustancia letal o la realización de un acto que cause la muerte. La eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria. La eutanasia voluntaria es cuando la persona que va a morir es la que toma la decisión de hacerlo. La eutanasia involuntaria es cuando la persona que va a morir no toma la decisión de hacerlo, sino que es tomada por otra persona.

La autonomía de la voluntad es el principio que se utiliza para justificar la eutanasia voluntaria. Este principio se basa en el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su propia vida. Según este principio, las personas tienen derecho a decidir si quieren vivir o morir, y nadie tiene derecho a intervenir en esta decisión. Esto significa que, si alguien toma la decisión de morir mediante la eutanasia, nadie tiene derecho a impedirselo.

La eutanasia involuntaria, por otro lado, no se puede justificar mediante el principio de autonomía de la voluntad. Esto se debe a que, en este caso, la persona que toma la decisión de morir no es la persona que va a morir, sino otra persona. Por lo tanto, la persona que va a morir no tiene derecho a decidir sobre su propia muerte.

En el presente trabajo se intenta determinar como la falta de normativa violenta el derecho a la autonomía de la voluntad en torno a la decisión de la eutanasia, a través del análisis de la normativa internacional existente y de los argumentos facticos y jurídicos que han utilizado otros países en el mundo, para

permitir la implementación de la eutanasia con la finalidad de proteger el derecho constitucional a la toma de decisiones.

La metodología para utilizar para cumplir con los objetivos de la investigación es la fundamentación teórica a través de analítico -sintético con la técnica de revisión de bibliografía y de bases de datos científicas, además de respaldar esto con el diagnóstico situacional

En general, la eutanasia voluntaria es más fácil de justificar que la eutanasia involuntaria. Sin embargo, ambas prácticas son controversiales y sus justificaciones son objeto de debate.

CAPÍTULO I

Relación que existe entre la autonomía de la voluntad y la eutanasia.

La autonomía de la voluntad está íntimamente vinculada al respeto a la dignidad de la persona humana. Según Kant, la autonomía es una facultad del ser humano que le permite a éste gobernarse a sí mismo conforme a una ley que él mismo se ha dado. La autonomía de la voluntad se fundamenta, pues, en el principio de autonomía, según el cual todo ser humano es su propio legislador y, por tanto, es libre de elegir su propio comportamiento.

El principio de autonomía se basa en el respeto a la dignidad de la persona humana, ya que todo ser humano tiene el derecho a decidir sobre su propio destino. La autonomía de la voluntad es un derecho fundamental, que debe ser respetado en todas las decisiones que afecten a la vida de una persona, incluida la decisión de poner fin a su propia vida.

El respeto a la autonomía de la voluntad es esencial, para garantizar el derecho a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad de todas las personas. La eutanasia es una práctica médica que consiste en poner fin a la vida de una persona de forma voluntaria y en condiciones de sufrimiento físico o mental insoportable.

1.1. Eutanasia

El origen etimológico del término eutanasia proviene del griego: eu “bien” + thanatos “muerte”. La eutanasia no es tan simple de definir como muerte asistida por un médico, ya que se utilizan dos términos diferentes. En esencia, la palabra implica una muerte buena, suave o fácil. La definición del Oxford Dictionary dice que es el asesinato sin dolor de un paciente que padece una enfermedad incurable y dolorosa o que se encuentra en un coma irreversible. El filósofo Cicerón concibe a la eutanasia como una muerte digna, gloriosa y honesta, Hipócrates por otro lado contrapone esta perspectiva prohibiendo a los médicos ayudar para cometer suicidio y la eutanasia activa por último Platón expresa que quienes no son sanos de cuerpo se los dejara morir (Pele, 2010).

La eutanasia siempre debe ser practicada de forma voluntaria, es decir, la persona debe estar en pleno uso de sus facultades mentales y debe haber dado su

consentimiento libre e informado para que se lleve a cabo. La eutanasia no puede ser practicada de forma forzada, ya que esto sería contrario al principio de autonomía de la voluntad.

La eutanasia puede ser una opción válida para aquellas personas que están sufriendo de forma intolerable y que no tienen ninguna otra opción de alivio. No obstante, la eutanasia siempre debe ser una decisión tomada de forma libre e informada, y nadie debe ser obligado a tomarla.

Las decisiones relacionadas a la eutanasia son especialmente difíciles en bioética porque interactúan con un hecho duro que todos los humanos enfrentarán eventualmente, y en ocasiones sin quererlo: la muerte. La decisión de un paciente de poner fin a su vida es principalmente controvertida porque, en general, se considera que la muerte es algo malo. También es complicado cuando un hospital está involucrado porque uno de los muchos objetivos de un hospital es prevenir la muerte. Esta discrepancia es otra razón por la cual la eutanasia, tanto activa como pasiva, es controvertida.

Al comprender un caso específico, es importante reconocer cuatro principios bioéticos básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos cuatro principios son cruciales para comprender e idear una solución para cada caso, pero a ciertos principios se les da más peso que a otros, en determinados casos. Los principios guían a los casos particulares, pero permiten ajustes. En el tema biomédico de la eutanasia de los enfermos terminales que consienten, los principios bioéticos más relevantes que intervienen son la autonomía y la beneficencia. Tanto la eutanasia activa como la pasiva son moralmente permisibles porque la capacidad de los pacientes de tener esta opción les permite actuar sobre su autonomía, y la distinción entre eutanasia activa y pasiva, en sí misma, en realidad disminuye la autonomía del paciente. (Bedrikow, 2020).

Cualquier marco ético para argumentar a favor o en contra de la eutanasia es complicado por el hecho de que la muerte se ve típicamente como mala en la sociedad. Aunque las emociones de todas las partes involucradas pueden causar complicaciones en casos individuales, cuando se considera la eutanasia como una opción a la muerte, se debe reconocer y eliminar las emociones asociadas. Por lo tanto. Para actuar moralmente, según la deontología, una persona debe cumplir

con sus deberes morales para estos casos específicos de eutanasia porque la naturaleza de estos casos depende del consentimiento del paciente.

La deontología centrada en el paciente es una teoría que se basa en los derechos y no en los deberes, pero sigue siendo deontológica en el sentido de que se debe analizar el acto en sí, no sólo sus consecuencias, para determinar su rectitud. Los seres humanos tienen el derecho inherente a no ser utilizados por otros en beneficio del usuario, y justificar la afirmación de que un ser humano nunca debe ser utilizado como un mero medio para el fin de otro.

Aunque existen objeciones comunes que se basan en motivos religiosos o teleológicos, lo más importante es abordar el tema de equilibrar la autonomía del paciente y la beneficencia del médico. El dilema que se presenta en muchos casos es: si la autonomía del paciente tiene prioridad sobre la elección del médico en casos de eutanasia, entonces, ¿cómo se concilia alguien si el personal médico no quiere ser el que permita que un paciente recurra a la eutanasia? ¿Es moralmente permisible dar a un médico un deber que debe cumplir simplemente porque la autonomía del paciente es preferencial? (Rodríguez Almada & González González, 2019).

Autonomía significa literalmente autogobierno. El respeto a la autonomía promueve la idea de que el individuo toma sus propias decisiones, lo que impone al médico la responsabilidad de asegurarse de que el paciente esté plenamente informado. El intercambio de información se basa en una buena comunicación y evaluación de la comprensión del paciente e incluye la evaluación de cuánto quiere saber el paciente. Así, el respeto a la autonomía incluye conceptos como el consentimiento informado, la confidencialidad, la verdad y promueve el desarrollo de una relación de confianza entre médico y paciente. Esto también da como resultado que el paciente se convierta en un miembro activo del equipo de gestión y restaura una sensación de control frente a una enfermedad que le ha quitado el control al paciente.

Beneficencia significa beneficiar al paciente y no maleficencia significa no hacer daño están estrechamente relacionadas. En el tratamiento médico, se debe reconocer que cualquier intervención conlleva un riesgo de daño, por ejemplo, efectos secundarios de la medicación, riesgo de cirugía. Esto es aún más marcado

cuando se trata a un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, por ejemplo, los riesgos de la quimioterapia, que igualmente puede ofrecer la cura o el control del cáncer, y los efectos secundarios de los antirretrovirales. Un factor que contribuye a la beneficencia es la responsabilidad de una educación profesional rigurosa y eficaz, seguida por el requisito de desarrollo profesional continuo (DPC). La investigación médica eficaz y relevante contribuye al cuerpo de conocimiento reconocido como medicina basada en la evidencia.

El principio de justicia es aquel por el cual los reclamos en competencia pueden decidirse con equidad. Esto se puede considerar además de acuerdo con la justicia distributiva, la justicia basada en derechos y la justicia legal de acuerdo con las leyes de cada país (Galán, 2021).

Distanasia es el término para el tratamiento fútil o inútil, que no beneficia a un paciente terminal. Es un proceso a través del cual simplemente se extiende el proceso de morir y no la vida per se. Por consecuencia, los pacientes tienen una muerte prolongada y lenta, frecuentemente acompañada de dolor, sufrimiento y angustia. Cuando se invierte en la curación de un paciente que no tiene posibilidad de curación, en realidad se está socavando la dignidad de la persona. Las medidas avanzadas y sus límites deben ser evaluados para beneficiar al paciente y no para tener a la ciencia como un fin en sí mismo (Roig Castro y otros, 2021).

La eutanasia se define como una acción que tiene como objetivo acabar con la vida de un ser humano teniendo en cuenta consideraciones humanísticas en relación con la persona o la sociedad, considerada poco ética e ilegal en Brasil y otros países. Por otra parte, la ortotanasia se refiere al arte de promover una muerte humana y correcta, no sometiendo a los pacientes a mistanasia, es decir no somerterlos a una desidia médica, social y espiritual o, distanasia; tampoco abreviando la muerte o sometiéndolos a la eutanasia. El gran desafío es lograr que los pacientes terminales mantengan su dignidad, donde existe un compromiso con el bienestar de los pacientes en la fase final de una enfermedad.

Los fundamentos de la práctica profesional se basan, en cuatro principios bioéticos del modelo principialista y corroboran la promoción del bienestar de las personas en proceso de morir: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia,

así como deben orientar las prácticas, reflexiones y actitudes de los profesionales. La promoción de la salud y la bioética se unen para la defensa de la vida y tienen como objetivo común mejorar la calidad de vida y respetar la dignidad humana. Se puede afirmar que morir con dignidad es consecuencia de vivir con dignidad y no sólo de sobrevivir sufriendo (Almeida y otros, 2022).

Existe una contradicción en los comportamientos de los profesionales donde hay una gran inversión en pacientes sin posibilidades de recuperación, mientras que estos recursos pueden ser utilizados para salvar vidas con posibilidades reales de recuperación, lo que en consecuencia genera cuestionamientos sobre los criterios utilizados en las UCI (unidades de cuidado intensivo). La participación de los enfermeros en estos procesos es fundamental en la identificación de situaciones en las que los principios bioéticos y los derechos de los pacientes no están siendo considerados a intervenir cuando sea necesario, garantizando la humanización y la seguridad integral del paciente (Crusat-Abelló & Fernández-Ortega, 2021).

Para lograr este objetivo, es incuestionable que las enfermeras requieren tener un conocimiento adecuado de los conceptos de distanasia, eutanasia y ortotanasia. En América Latina se encuentra una cantidad considerable de investigaciones dirigidas a pacientes terminales. Asimismo, hay escasez de publicaciones sobre prácticas, procesos de toma de decisiones, el involucramiento de familiares y pacientes, cambios en los tratamientos basados en la conciencia y responsabilidad exigidas por la bioética. Todos los profesionales de enfermería, incluidos aquellos en posiciones de liderazgo y con formación de posgrado, también son responsables de buscar y adoptar medidas respetuosas, éticas y responsables, además de humanizar el proceso de atención para brindar el mayor beneficio posible a los pacientes que atraviesan enfermedades terminales o que han considerado terminar con su vida en determinado proceso del tratamiento (Ramírez & Tovar, 2019).

1.1.1 Eutanasia en América Latina y otros países

La pregunta relacionada con la muerte siempre es controvertida e incluso en los países que se legalizan, y no toda la población está de acuerdo en las medidas derivadas del derecho de la persona a determinar qué hacer. Cabe señalar que el

término asesinato compasivo, a pesar de su descripción por parte de diferentes autores, debe tenerse en cuenta que el concepto mencionado por Vega Guérrez tiene en cuenta diferentes definiciones de integración de los siguientes aspectos relacionados con los aspectos relevantes. Esta posición: "El procedimiento (procedimiento u omisión) de la misma es el objeto en el que el objeto provoca la muerte de una persona (no dolorosa, en línea) para evitar el sufrimiento. Según su solicitud, o mirar su vida no tiene la menor calidad del nivel correcto ".

Sobre este tema, hay opiniones, políticas, religión, sociedad, economía, pero asistente en las circunstancias que los pacientes describieron en la etapa final o con enfermedades irreversibles. Porque la muerte se merece. Hay varios países que están debatiendo acaloradamente si permitir Medicaid al fallecer: en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, España y Australia; Algunos de ellos prefieren suicidarse con asistencia médica.

En algún momento, también nosotros debemos enfrentarlo en este sentido, actuando con las cualidades de nuestro ser racional, para evitar una vida indigna. Por lo tanto, es importante considerar aspectos específicos de estos procedimientos de eutanasia para regularlos, que solo pueden ser tratados por una ley especial, y cómo podemos tenerlos en cuenta es nuestra Carta Magna, que permite el pleno desarrollo de los derechos garantizados en la Constitución. Para la República del Ecuador, y en los tratados internacionales, a fin de garantizar el respeto a la dignidad.

La organización legal de la eutanasia ha ido surgiendo en esta última década pues se ha ido introduciendo en varios ordenamientos jurídicos de todo el mundo, con la finalidad de permitir la eutanasia. Colombia es solo uno de los 7 países del mundo que permiten la muerte digna o la eutanasia para casos fatales este es uno de los países de America Latina que ha desarrollado varios precedentes jurisprudenciales, uno de los precedentes más importantes es el fallo que emite la Corte Constitucional de Colombia en la sentencia Nro. C-239, 20 de mayo de 1997 que dice:

DERECHO A MORIR EN FORMA DIGNA-Estado no puede oponerse

El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal

que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico. (Corte Constitucional de Colombia, 1997)

De esta resolución podemos destacar el grado de importancia que le da la Corte Constitucional Colombiana, a la dignidad humana, haciendo una ponderación en primer lugar de que, si una persona que se encuentra viviendo o sufriendo una enfermedad incurable, ¿a esta situación en la que se encuentra la podemos llamar una vida digna?, y en segundo caso, ¿es el derecho a la libertad o el hecho de ejercer o tomar sus propias decisiones suficiente para poner fin a su vida?

Incluso el caso con mayor relevancia fue el de la señora Martha Sepúlveda quien fue una de las primeras personas que recibió la eutanasia sin padecer una enfermedad terminal, esta persona padecía esclerosis múltiple y basada en la sentencia C-233/21 y el precedente antes citado de Colombia lo que facilitó el acceso a la eutanasia en la sentencia del C-233/21 se establece que una persona que padece un sufrimiento intenso sea físico o psíquico, proveniente de una lesión en su cuerpo o una enfermedad que este catalogada como grave e incurable puede incluirse en el procedimiento.

En la Sentencia C-233/21 se planteó la inconstitucionalidad del Art. 166 del Código Penal Colombiano, el cual tipifica y sanciona el homicidio por piedad, el cual decía en pocas palabras que, la persona que de muerte a otro por piedad con la finalidad de acabar con el intenso sufrimiento que proviene de una lesión corporal o una enfermedad incurable o grave será sancionada con una pena privativa de la libertad de 16 a 54 meses. Es la Corte la que determina efectivamente

Los primeros en aprobarlo para casos no fatales fueron Holanda, seguidos de Bélgica, Luxemburgo, Canadá, España y Nueva Zelanda. Además, también está permitido en algunos estados dentro de los Estados Unidos y Australia.

Obviamente, aparte de Colombia, no hay otro país de la región que haya aprobado el suicidio asistido. En los casos más progresivos se permite la eutanasia pasiva, que no es actuar ni detener los tratamientos de la enfermedad.

Otro país sudamericano, Argentina, es uno de los pocos países latinoamericanos que contempla la eutanasia pasiva. No se permite ningún tipo de práctica. Sin embargo, hace unos días se conoció un proyecto de ley conocido como "Ley Alfonso", fue una iniciativa de ley, con el fin de legalizar la eutanasia, esta ley está inspirada en la vida de Alfonso Oliva, joven que padecía ELA, enfermedad que afecta al cerebro, principalmente a las neuronas; esta ley busca precisamente permitir el derecho a una muerte digna. El proyecto aún está en sus primeras etapas y no se sabe con certeza el respaldo que logrará dentro del Congreso. Sin embargo, mientras el peronismo mantenga mayorías, como recientemente el aborto, podría convertirse en el segundo país de América Latina en permitir el suicidio asistido.

En Chile, la eutanasia también va camino de la legalidad. Se tramita en el Senado la ley que permite a las personas mayores de edad solicitar la muerte asistida, pero solo para casos de enfermedades mortales. Hasta ahora, el proyecto contempla la eutanasia para enfermedades incurables, irreversibles y progresivas.

En el caso de Uruguay, uno de los países considerados como el más liberal y progresista de Sudamérica, la eutanasia sigue siendo un tema ilegal. Sin embargo, varias encuestas han encontrado que la mayoría de los uruguayos están a favor de legalizar la eutanasia o muerte asistida.

A pesar de que en México ha habido varios proyectos de ley que buscan permitir la eutanasia, hasta el momento todos han sido rechazados. En el país azteca lo único que está permitido es renunciar a tratamientos bajo la ley de Voluntad Anticipada, pero solo está aprobada en 14 estados.

Por otro lado, en Perú, el caso es complejo. Por un lado, la eutanasia está penada con prisión, pero recientemente un tribunal aprobó la solicitud de suicidio asistido de una mujer de 44 años. El año pasado, la justicia pidió que no se aplicará

el código penal al grupo de médicos que ayudaría a Ana Estrada Ugarte, quien padecía polimiositis.

En el resto de América Latina, el progreso es escaso. Todavía son castigados con prisión los que ayuden o colaboren con la muerte voluntaria de un paciente con una enfermedad mortal o no mortal pero degenerativa.

La aplicación de la ética a la muerte asistida por un médico, la eutanasia pasiva y la eutanasia activa se vuelve controvertida porque opiniones muy diferentes estimulan el debate. La población de los Estados Unidos incluye personas de diferentes orígenes culturales y religiosos, y no existen puntos de vista religiosos, morales y éticos uniformes sobre este tema. En 1997, la Corte Suprema de los Estados Unidos dictaminó por unanimidad que el derecho al suicidio asistido en los Estados Unidos no estaba protegido por la cláusula del debido proceso de la Constitución, ya que el suicidio asistido no es un interés fundamental de la libertad y no estaba protegido por la Enmienda 14. La Corte Suprema concluyó que la implementación y regulación de la muerte asistida por un médico debe dejarse en manos de las legislaturas estatales, dadas las importantes implicaciones sociales y culturales. Solo ocho jurisdicciones (Colorado, Hawái, California, Oregón, Washington, Vermont, Nueva Jersey y Washington DC) han legalizado la muerte asistida por un médico, y ningún estado ha legalizado la eutanasia activa. Oregón y Washington legalizaron la muerte asistida por un médico por referéndum popular, Montana por decisión judicial y Vermont, Hawái, Nueva Jersey y California por legislación. Una comunidad o estado en su conjunto debe determinar si la muerte asistida por un médico debe ser legalizada, los médicos deben estar dispuestos a hacer esto con base en sus creencias religiosas y creencias morales individuales, y se deben formar comités éticos para implementar procesos que evalúen la solicitud de muerte asistida por un médico de un paciente. Se deben implementar procesos y prácticas operativas estándar para determinar cómo el comité garantizará que se resuelva el conflicto de intereses de los médicos, se respeten las creencias y los valores de los pacientes y se establezca una política sobre cómo y por quién se produce la muerte asistida por un médico. La mayoría de los estados permiten que los médicos y las familias tomen decisiones sobre el tipo de atención que recibe un paciente.

Cabe destacar qué uno de los primeros países en implementar una legislación relativa a este tema fue Holanda en el año 2001 llegando a convertirse en el primer país en dar paso a la práctica de este procedimiento (Zabala y otros, 2014), cada estado dependiendo de sus costumbres y valores con el pasar del tiempo ha ido desarrollando su propia perspectiva legal frente a la práctica de la eutanasia, por lo tanto nos corresponde describir algunos antecedentes de tipo legal tratados de cierta manera por Uruguay Argentina y Panamá. (Mendoza-Villa & Herrera-Morales, 2016).

En países como Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia también permiten tanto la eutanasia como el suicidio asistido, aunque hay diferencias como, por ejemplo, en Colombia solo los pacientes terminales pueden solicitarlo, mientras que Bélgica no tiene restricción de edad para los niños, aunque deben tener una enfermedad terminal. El suicidio asistido está más disponible que la eutanasia. Entre los lugares donde las personas pueden optar por poner fin a su vida de esta manera se encuentran Suiza y varios estados de EE. UU., incluidos California, Colorado, Hawái, Nueva Jersey, Oregón, el estado de Washington, Vermont y el Distrito de Columbia (Flores y otros, 2018).

1.1.2 Corrientes

Antigua Grecia: En la Antigua Grecia el término eutanasia era concebido como un problema moral, esto se debe a que la concepción que se tiene sobre la vida era diferente a la actual; para este pueblo una mala vida no era digna de ser vivida por ningún ser humano, por lo tanto, la práctica de la eutanasia no era un problema en esta época (Peña, 2012).

Edad Media: En la edad media bajo las concepciones religiosas y cristinas, la práctica de la eutanasia se consideraba como un pecado, debido a que los seres humanos no pueden disponer de su vida que fue dotada de un ser sobrenatural, en este caso la autonomía de la voluntad se encuentra restringida debido a que el ser humano no puede elegir su forma de morir (Moracci, 2021).

En la modernidad: Autores como Francis Bacon, defienden la muerte, desde un aspecto en el cual una persona con una enfermedad terminal es ayudado por un médico, lo cual no constituye un problema, debido a que al médico le

corresponde determinar cuándo un ser humano enfermo debe morir o no, pero para ello se basa en una serie de exámenes; de igual forma Tomas Moro, nos presenta una nueva visión de la sociedad, en donde los seres humanos tienden a cometer el suicidio porque no se encuentra regulado el tema de la eutanasia (BBC News Mundo, 2021).

1.1.3 Tipos de eutanasia

Deben distinguirse dos formas de eutanasia: pasiva y activa. Tanto la eutanasia pasiva como la activa resultan en la muerte, pero los procesos son diferentes. La eutanasia pasiva se refiere a acelerar la muerte de un individuo al eliminar el apoyo médico activo con la intención de producir la muerte y permitir que el paciente con una enfermedad terminal muera de forma natural. Los ejemplos podrían incluir apagar los ventiladores, suspender ciertos medicamentos, suspender los esfuerzos de reanimación (es decir, reanimación cardiopulmonar) y retener alimentos y agua del paciente. En las organizaciones médicas, esta decisión requiere la provisión continua de medidas de comodidad. Otra forma de eutanasia pasiva es administrar analgésicos para controlar el sufrimiento, sabiendo y usándolos intencionalmente para permitir que el paciente muera naturalmente sin apoyo. Esto se conoce como doble efecto. La eutanasia activa se define como causar la muerte de una persona mediante una acción directa a petición de un individuo. Un paciente con una enfermedad terminal, por ejemplo, le pediría a un médico, a un ser querido u otra persona de confianza que le administre una dosis letal de medicamento, lo que provocaría la muerte del paciente. Esta es, con mucho, la forma de eutanasia más desafiante desde el punto de vista ético porque otra persona administra el medicamento al paciente, y la dosis letal del medicamento no necesariamente alivia el dolor o el sufrimiento. La eutanasia activa no permite verdaderamente que el paciente tome esta decisión por sí mismo, y esto tiene distintas implicaciones éticas y legales.

En las organizaciones médicas, esta decisión requiere la provisión continua de medidas de comodidad. La eutanasia pasiva se considera una forma de tratamiento y manejo del sufrimiento (o un cambio en los objetivos de la atención) en lugar de una muerte asistida por un médico. También la eutanasia pasiva es administrar analgésicos para controlar el sufrimiento, sabiendo y usándolos

intencionalmente para permitir que el paciente muera naturalmente sin apoyo, de lo que se conoce como doble efecto. La eutanasia activa se define como provocar la muerte de una persona mediante una acción directa a petición de un individuo. La eutanasia activa no permite verdaderamente que el paciente tome esta decisión por sí mismo, y esto tiene distintas implicaciones éticas y legales.

1.2. La autonomía de la voluntad

El problema de la autonomía de la voluntad en torno a la decisión de la eutanasia sigue siendo una cuestión muy controversial. Aunque hay una creciente aceptación de la eutanasia en algunas partes del mundo, todavía hay mucha oposición a ésta, y el debate sobre el tema sigue siendo muy intenso.

Uno de los argumentos más comunes en contra de la eutanasia es que viola la autonomía de la voluntad. La autonomía de la voluntad es la capacidad de una persona de tomar sus propias decisiones. Esto significa que cada individuo es libre de decidir lo que quiere hacer o no hacer, y nadie más tiene el derecho de intervenir en esa decisión.

La autonomía de la voluntad es un concepto muy importante en la ética, ya que se considera que todos los seres humanos tienen el derecho de decidir sobre su propio destino. Esto significa que nadie más tiene el derecho de imponer su propia voluntad sobre otra persona, ya que eso sería considerado como una forma de esclavitud.

Sin embargo, hay quienes argumentan que la eutanasia viola la autonomía de la voluntad, ya que la persona que toma la decisión de acabar con su propia vida no lo está haciendo de forma libre y voluntaria. En su lugar, se argumenta, que están siendo influenciados por otros factores, como el dolor o el sufrimiento. Otro argumento en contra de la eutanasia es que se ve como una forma de asesinato. Se argumenta que, al acabar con la vida de una persona, se está cometiendo un acto de violencia, y que esto es inmoral.

Finalmente, se argumenta que la eutanasia es contraria a la ley natural. La ley natural es un concepto ético que se basa en la idea de que existen ciertos derechos y deberes inherentes a todos los seres humanos, y que estos derechos

y deberes deben ser respetados. Se cree que la eutanasia viola la ley natural, ya que está en contra del derecho a la vida.

1.3. Dignidad Humana y Autonomía de la voluntad

La autonomía de la voluntad consiste en la facultad que tienen los seres humanos para poder elegir de manera correcta el momento de su muerte (Ramos Alarcón, 2015).

La autonomía de la voluntad no es absoluta, pues la misma tiene limitaciones que inician cuando se afecta derechos de otras personas, es por ello, que la autonomía legítima siempre tiene que ser verificada, con la finalidad de saber si en realidad el enfermo está en condiciones físicas y psíquicas para tomar la decisión de aplicarse la eutanasia, además, con esta verificación se logra identificar si existe coacción; de esta forma el objetivo principal de tomar una decisión autónoma es que sea justa y proporcional al auténtico bienestar del paciente (Luis, 2018).

CAPÍTULO II.

Relación entre la autonomía de la voluntad y el derecho constitucional a la toma de decisiones.

2.1. Derechos en la toma de decisiones

Todos los seres humanos solo por el mero hecho de nacer, somos libres e iguales en dignidad y derechos, conscientes de su patrimonio moral y espiritual, estos fundamentos que ilustran la autonomía de la voluntad se han incorporado dentro de la normativa de varios países con el fin de fundamentar el respeto de los derechos humanos y el estado de Derecho (Derechos humanos, 2020). Además la autonomía de la voluntad aparece en una variedad de discursos y debates como es la eutanasia; no obstante la importancia ética y jurídica de este principio se ha visto opacada por una parte, por corrientes religiosas y por grupos sociales que tienden a definir a este principio de forma errónea; así Platón, Aristóteles, Cicerón y Seneca son filósofos que mediante sus aportes han permitido que la autonomía de la voluntad sea relacionado con principios como la condición humana, el valor del ser humano y sobre todo la libertad (Zurriaráin, 2018).

La autonomía es un derecho humano e implica la “libertad de tomar las propias decisiones”. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-ONU), por ejemplo, es un tratado de derechos humanos que otorga a las personas con discapacidad, como a las personas con demencia (PcD), capacidad jurídica e independientemente de sus deficiencias. Los Estados parte y los profesionales de la salud (HCP) están obligados a permitir que las personas con discapacidad tomen decisiones con efectos legales. La CDPD-ONU no especifica la naturaleza del apoyo, por lo que la implementación de la toma de decisiones con apoyo (SDM) sigue sin estar clara (Mesén & Gallardo, 2020).

De igual forma podemos encontrar dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos en el Art. 1 que, todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos, dotados de razón y conciencia (Naciones Unidas, 2015). En concordancia con la (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1969), en su Art. 11 Protección de la Honra y de la Dignidad: 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. 2. Nadie

puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. 3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.

Dentro del artículo 11 numeral 7 de la Constitución del 2008, podemos encontrar que el ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios, dentro de los cuales podemos encontrar que el reconocimiento de los derechos y garantías constitucionales no excluirá los derechos derivados de la dignidad de las personas. De la misma forma podemos encontrar que en el artículo 84 de la carta suprema establece que la Asamblea Nacional y todo órgano con potestad normativa tendrá la obligación de adecuar formal y materialmente las leyes y demás normas jurídicas para garantizar la dignidad del ser humano (Asamblea Nacional del Ecuador, 2000).

La Constitución Ecuatoriana en su Art. 66 numeral 9, establece el derecho a la libertad de toma de decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su vida; el estado será garante para el cumplimiento de estas decisiones mediante la implementación de medios necesarios; sin embargo la Carta magna refleja una concepción distinta a la plasmada en la norma, debido a que dicho cuerpo legal al ser garante de los derechos, debe garantizar la autonomía de su voluntad para tomar las decisiones sobre su vida a todas las personas, sin ninguna clase de distinción; este derecho viene vinculado con el derecho a elegir la forma de terminación de su vida (Asamblea Nacional del Ecuador, 2000).

Los Derechos Humanos y la dignidad humana son dos pilares fundamentales de la vida individual y social de todos los seres humanos, a través de ellos se obtiene un reconocimiento de sí mismo, como un ser humano con la capacidad de asumir una sociedad basada en la igualdad, respeto, justicia, bienestar de vida; además ayuda a la construcción de relaciones sociales basadas en torno a los valores universales presentes en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Aldana Zavala & Isea, 2018). Lo complejo que se vive hoy en día en la gran mayoría de países, es la importancia que le puede prestar el ser humano a los derechos humanos, pues se puede concebir un modo de respetar o violar los derechos humanos diferente en cada país; según la visión filosófica

Kantiana, el ser humano al cooperar con sus semejantes para tener una mejor sociedad, coadyuva a cumplir con los derechos humanos, tales como la dignidad humana, la libertad entre otros (Gutmann, 2019).

2.1.1. La autonomía de la voluntad en la Ley orgánica de la Salud.

En Ecuador no existe ningún acercamiento, ni jurisprudencia relativo a la eutanasia, pero en la Ley Orgánica de la Salud dentro del literal h del Art. 7 de la Ley Orgánica de Salud dispone que es un derecho de los pacientes el poder ejercer sobre sí mismos su autonomía de la voluntad a través del consentimiento informado y este debe ser por escrito o en su defecto por algún otro mecanismo que le faculte tomar decisiones respecto de su salud, procedimientos o tratamiento con la excepción de los casos de emergencia u urgencia o por cualquier otro medio adecuado y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, para la vida de las personas y en si para la salud pública.

En el Ecuador existe un Código de Ética Médica, Acuerdo Ministerial No. 14660 publicado en el Registro Oficial 5, 17 de agosto de 1992, que incluye obligaciones relacionadas con la medicina en el Ecuador, que incluye médicos y pacientes como el aborto y la muerte, que fue declarada claramente inconstitucional, pero dejó un importante precedente jurídico, sobre la cuestión de la eutanasia, en el Capítulo XII. Artículos 90, 91 y 92. Estas acciones son un preludio de lo que se necesita en torno a la muerte, es un ejemplo de la preparación y educación de la sociedad ecuatoriana respecto a la muerte y su conciencia. Asimismo, se debe atender y regular el derecho a una muerte digna; conciencia de que la muerte es inevitable para todos.

2.2. Debate sobre la ética de morir con asistencia médica

La definición de muerte asistida por un médico es conceptual y pragmáticamente importante, ya que pueden surgir interpretaciones múltiples y confusas. A los efectos de esta revisión, consideraremos la muerte asistida por un médico y el suicidio asistido por un médico como sinónimos. El término “muerte asistida por un médico” es el término más aceptable, opuesto al suicidio asistido por un médico, porque “capta la esencia del proceso de una manera descriptiva

más precisa que la designación de suicidio asistido por un médico, más cargada de emociones”. Es posible que los matices en la nomenclatura no aclaren directamente los problemas ni cambien necesariamente la práctica clínica, pero parecen apelar a las connotaciones sociales, grupales y culturales de las diferentes terminologías utilizadas en estas discusiones. La Academia Estadounidense de Medicina Paliativa y de Hospicio define la muerte asistida por un médico como la administración de una dosis letal de un medicamento por parte de un médico que, el paciente se administra a sí mismo con la intención de terminar con su propia vida.

La eutanasia no es tan simple de definir como muerte asistida por un médico, ya que se utilizan dos términos diferentes. El origen etimológico del término “eutanasia” es del griego: eu “bien” + thanatos “muerte”. En esencia, la palabra implica una muerte buena, suave o fácil. La eutanasia es definida por Merriam-Webster como: “el acto o práctica de matar o permitir la muerte de individuos enfermos o heridos sin remedio (tales como personas o animales domésticos) de una manera relativamente indolora por razones de misericordia”. La definición del Oxford Dictionary es “El asesinato sin dolor de un paciente que padece una enfermedad incurable y dolorosa o que se encuentra en un coma irreversible”.

Las preguntas importantes con respecto a la muerte asistida por un médico incluyen: ¿Bajo qué circunstancias son éticas la muerte asistida por un médico y la eutanasia? ¿Estas prácticas deberían ser legales y reguladas? Cuando discutamos este tema, supondremos que todos los pacientes a los que se les permitiría considerar la muerte asistida por un médico o la eutanasia son pacientes cuyas muertes son inminentes y ninguna intervención médica puede cambiar ese hecho. Esta es una pregunta ética difícil de responder, y no hay una respuesta simple en blanco y negro disponible. Hay muchos tonos de gris, que dependen de la crianza, el adoctrinamiento, la educación y las creencias personales (morales o religiosas) de una persona. Considere este tipo de pregunta: ¿Es ético que una mujer robe en una tienda de comestibles para alimentar a sus hijos? La decisión ética correcta o incorrecta dependería de la perspectiva de la persona que toma esa decisión. Por lo tanto, ¿no se debería permitir que los pacientes tomen decisiones sobre cómo quieren que termine su vida. Los pacientes con enfermedades terminales saben

que la vida termina para ellos en un lapso de tiempo determinado. Por lo tanto, si van a morir o no, esta no es la cuestión; sino es si en realidad tienen derecho a decidir en qué estado y con qué dignidad elegirán morir.

Las leyes, han dejado en manos de los estados individuales si la muerte asistida por un médico debe ser legal o no. Cada legislatura estatal debe tomar decisiones sobre este tema con base en la jurisprudencia, los precedentes y las creencias de la mayoría de las personas en el estado, en parte porque los tribunales no quieren intervenir en temas como este hasta que las consecuencias se hayan aclarado a través de la práctica y aplicación en estados individuales. Llegamos a la conclusión de que la persona individual, que toma esa decisión decide lo que es éticamente correcto o incorrecto para sí mismo y, que las legislaturas estatales deben determinar si la práctica de la muerte asistida por un médico es legal. Por lo tanto, en la práctica, cada estado decide si la muerte asistida por un médico es ética y si debe ser legal en función de si la decisión refleja o no los valores, la moral y las creencias de la mayoría de los ciudadanos de cada estado.

Aquellos que creen que los pacientes con enfermedades terminales tienen derecho a elegir cuándo y por qué medios mueren, tienen sentimientos muy fuertes acerca de por qué la muerte asistida por un médico es éticamente permisible. Los partidarios de la muerte asistida por un médico abordan esto preguntando en qué momento la calidad de vida ya no tiene sentido. Según la teoría utilitarista, la cual se basa en que lo útil produce un mayor beneficio, es decir los doctores deberían suministrarles la eutanasia a sus pacientes que padecen de enfermedades terminales y de esta forma se estaría otorgando una buena muerte; pues según esta teoría, sería éticamente apropiado que la muerte asistida por un médico fuera un acto correcto, porque la decisión se toma en interés del paciente; la familia no debe ser incluida excepto para dar voz a los deseos del paciente. Puede verse como un bien mayor porque el médico está administrando o prescribiendo medicamentos para administrar al paciente, que eliminarán el sufrimiento y/o el dolor del paciente. Los defensores de la muerte asistida por un médico, como "Compassion and Choices y Death with Dignity National Center", ambas organizaciones sin fines de lucro en los Estados Unidos, argumentan que la autonomía del paciente o la autodeterminación racional reduce el estrés interno y

brinda control hasta el final de la vida. Bajo el principio de autonomía del paciente o autodeterminación racional, los defensores sostienen que cada paciente tiene derecho a tomar decisiones autónomas con respecto al tipo de tratamiento que desea, lo que incluye la inyección letal que podría resultar en la muerte.

Un argumento que podría ser moralmente sospechoso es que legalizar la muerte asistida por un médico reduciría los costos de la atención médica. Sin embargo, un informe sugirió que la legalización de la muerte asistida por un médico ahorraría solo aproximadamente el 1% de los gastos totales de atención médica. Los partidarios de la muerte asistida por un médico también afirman que el hecho de que un paciente elija su propia muerte podría permitir la donación de órganos a otras personas que no están en estado terminal y necesitan trasplantes. Las enfermedades terminales provocan el deterioro de múltiples órganos con la eventual pérdida de su función. Podemos suponer, por lo tanto, que los defensores encuentran cierta lógica en la necesidad de que los vivos usen estos órganos mientras aún son vitales, cuando el paciente terminal está dispuesto a morir de una manera que apoyaría a la oportunidad de vivir de otra persona. Por lo tanto, los partidarios afirman que la legalización de la muerte asistida por un médico también puede salvar vidas. Sin embargo, este enfoque claramente presenta problemas éticos muy importantes, ya que mercantiliza el valor de la vida humana, algo que la mayoría de los especialistas en ética en la práctica clínica encontrarán abominable.

El dilema de si la muerte asistida por un médico es ética es inevitable, ya que los opositores opinan que la muerte asistida por un médico es inapropiada e incorrecta. Algunos opositores consideran que la muerte asistida por un médico no es ética debido al juramento hipocrático de los médicos de "no hacer daño". Los opositores consideran que la muerte asistida por un médico causa daño a los pacientes, lo que viola el Juramento Hipocrático, ya que la muerte asistida por un médico no es una propuesta curativa. Los opositores también pueden objetar la muerte asistida por un médico, porque violar el Juramento Hipocrático también podría conducir a una disminución de la confianza en la relación médico-paciente, ya que se considera que acabar con una vida humana denigra la vida misma. Por lo tanto, eliminar una vida humana porque disminuirá el costo de la atención médica o porque el sufrimiento y la enfermedad terminal no son convenientes, como

sugieren los defensores, es ignorar el valor que tiene la vida. Otro dilema en la legalización de la muerte asistida por un médico es cómo la profesión médica comienza a enseñar a los estudiantes de medicina y a los que están en formación de residencia cómo y cuándo es apropiado quitar la vida de una persona. Si no todos los médicos tienen las mismas creencias sobre este tema, necesitaríamos que los médicos estén capacitados en razonamiento moral y que trabajen con especialistas en ética clínica que puedan ayudar con el razonamiento a través de posiciones filosóficas.

Muchos opositores a la muerte asistida por un médico se oponen basándose en puntos de vista religiosos. Por ejemplo, la Iglesia Católica Romana considera que la terminación deliberada de la vida es moralmente incorrecta e inconsistente con el Quinto Mandamiento (“No matarás”). El judaísmo considera de gran valor la preservación de la vida y no sanciona el suicidio, ni el suicidio asistido. Además, existe una oposición a la muerte asistida por un médico que no se basa en la fe. En primer lugar, puede considerarse simplemente ofensivo debido a lo incorrecto de matar. En segundo lugar, crea una pendiente resbaladiza que podría conducir al riesgo de abuso de otros, al solicitar la muerte asistida por un médico para aquellos que no tienen una enfermedad terminal, como los que tienen retraso mental; algunos pueden solicitar la muerte asistida por un médico debido a la percepción de su falta de calidad de vida. En tercer lugar, los especialistas en cuidados paliativos afirman que el dolor se puede aliviar y que no hay razón para quitarle la vida a una persona solo para librar a alguien del dolor cuando eso se puede lograr sin que el paciente muera y, de lo contrario, podría correr el riesgo de ser abandonado. Finalmente, los opositores creen que la muerte asistida por un médico de alguna manera viola la integridad del médico y la confianza del paciente. Estos argumentos sugieren que los médicos no pueden asumir que precipitar la muerte y presumiblemente “limitar el sufrimiento” son congruentes con el sistema de valores del paciente. Para “ayudar” a los pacientes que sufren y quizás no piensan con claridad, en realidad puede violar sus creencias. Esto también tiene el potencial de causar daños innecesarios y prematuros a los seres queridos que quedan atrás.

Con respecto a la muerte asistida por un médico se incluyen: ¿Bajo qué circunstancias son éticas la muerte asistida por un médico y la eutanasia? ¿Estas prácticas deberían ser legales y reguladas? Esta es una pregunta ética difícil de responder, y no hay una respuesta simple disponible. Hay muchas consideraciones, que dependen de la crianza, el adoctrinamiento, la educación y las creencias personales, morales o religiosas de una persona. La decisión ética correcta o incorrecta dependería de la perspectiva de la persona, que toma esa decisión. Por lo tanto, los pacientes con enfermedades terminales saben que la vida termina para ellos en un lapso determinado.

Cada legislatura estatal debe tomar decisiones sobre este tema con base en la jurisprudencia, los precedentes y las creencias de la mayoría de las personas en el estado, en parte porque los tribunales no quieren intervenir en temas como este, hasta que las consecuencias se hayan aclarado a través de la práctica y aplicación en estados individuales. Por lo tanto, en la práctica, cada estado decide si la muerte asistida por un médico es ética y si debe ser legal en función de si la decisión refleja o no los valores, la moral y las creencias de la mayoría de los ciudadanos de cada estado (Manuel Bertolín-Guillén, 2021).

Los defensores también sostienen que la muerte asistida por un médico alivia el dolor y el sufrimiento. Esta visión significa que los pacientes no deberán tener que sufrir más allá de los límites que ellos elijan. Abogan por que los pacientes tengan la autoridad de elegir la muerte asistida por un médico como un método para evitar el dolor y el sufrimiento innecesarios y no deseados. Los partidarios de la muerte asistida por un médico también afirman que el hecho de que un paciente elija su propia muerte podría permitir la donación de órganos a otras personas que no son terminales y que necesitan trasplantes. Las enfermedades terminales provocan el deterioro de múltiples órganos con la pérdida eventual de sus funciones (Jairo Jesús y otros, 2021).

Según los puntos de vista religiosos, por ejemplo, la iglesia católica romana considera que la terminación deliberada de la vida es moralmente incorrecta e inconsistente con el quinto mandamiento que es no matarás. El judaísmo considera de gran valor la preservación de la vida y no sanciona el suicidio ni el suicidio asistido. Existe además una oposición a la muerte asistida por un médico que no

se basa en la fe. En primer lugar, puede considerarse simplemente ofensivo debido a lo incorrecto de matar. En segundo lugar, crea una pendiente resbaladiza que podría conducir al riesgo de abuso de otros al solicitar la muerte asistida por un médico para aquellos que no tienen una enfermedad terminal, como los que tienen retraso mental; algunos pueden solicitar la muerte asistida por un médico debido a la percepción de su falta de calidad de vida. En tercer lugar, los especialistas en cuidados paliativos afirman que el dolor se puede aliviar y que no hay razón para quitarle la vida a una persona solo para librar a alguien del dolor cuando eso se puede lograr sin que el paciente muera y, de lo contrario, podría correr el riesgo de ser abandonado.

Finalmente, los opositores creen que la muerte asistida por un médico de alguna manera viola la integridad del médico y la confianza del paciente. Estos argumentos sugieren que los médicos no pueden asumir que precipitar la muerte y presumiblemente limitar el sufrimiento de un paciente son congruentes con el sistema de valores del paciente. La legalización de la muerte asistida por un médico debe provenir de las legislaturas estatales individuales hasta que el gobierno decida pronunciarse sobre este tema. Por lo tanto, el apoyo del público y de los médicos a la muerte asistida por médicos será un indicador de si los estados deciden o no legalizar la muerte asistida (Valdés, 2020).

2.2.1. Opinión pública

El apoyo de médicos y proveedores para la muerte asistida por un médico refleja el de la población general. El cambio en las actitudes de los médicos con respecto a la muerte asistida por un médico probablemente representa un mayor respeto por la autonomía del paciente y aunque se ha presentado un cambio de opinión sobre este tema, no significa que los médicos no consideren sagrado el juramento hipocrático. Por el contrario, el cambio podría significar que lo que los médicos y el público ven como dañino y lo que implica también ha cambiado. Los médicos y la población en general ya han aceptado de manera legal y culturalmente que suspender el tratamiento de soporte vital es aceptable y, con mayor frecuencia, mejor para el paciente. Sin embargo, el apoyo médico se evapora cuando alguien con un sufrimiento irremediable no está muriendo activamente.

2.2.2 Conflictos bioéticos de cuidados al final de la vida

Los avances en la medicina moderna y las tecnologías médicas han prolongado la esperanza de vida y han cambiado las normas tradicionales que rodeaban la muerte, y es que, al contar con muchos tratamientos y tecnologías disponibles no se pueden curar las enfermedades crónicas, las intervenciones médicas, como la nutrición artificial y el apoyo respiratorio, pueden prolongar la vida de las personas al proporcionar apoyo secundario en las áreas que se requiere de manera adecuada. La atención al final de la vida se ha convertido en un tema cada vez más importante en la práctica de la medicina moderna.

Este proceso se inicia con el diagnóstico de una enfermedad terminal y puede incluir el tratamiento y asesoramiento para el paciente hasta alcanzar la muerte digna que se desea, incluyendo el proceso de duelo. Para todas las personas la muerte es parte inevitable de la vida, y en muchos casos, al final de la vida pueden experimentar numerosas dificultades y sufrimientos innecesarios. Además del sufrimiento del paciente, los familiares, amigos cercanos y cuidadores informales también pueden experimentar una variedad de problemas.

Son los que desempeñan un papel considerable en el cuidado, al final de la vida de los seres queridos, que abarca los cuidados antes, durante y después de la muerte, cuando una persona conoce un diagnóstico terminal, junto a su familia, experimentan un período de estrés elevado que se puede manifestar con depresión, ira, problemas psicosomáticos y problemas interpersonales que pueden llegar a afectar la vida laboral (Vázquez-García y otros, 2020).

Los familiares de manera automática en la mayoría de los casos se convierten en los primeros cuidadores de un paciente con diagnóstico final, pudiendo experimentar desesperanza, ira, culpa e impotencia al sentir que no pueden aliviar o eliminar el sufrimiento de quien padece la enfermedad terminal. Desde la perspectiva ética, el paciente o el médico encargado son los principales tomadores de las decisiones sobre el alcance y la limitación que tendrá determinado tratamiento para prolongar temporalmente la vida.

Cuando el paciente ha perdido la capacidad para tomar estas decisiones, puede encargarse un familiar, apoderado o un médico de tomar todas las decisiones sobre las atenciones que se le brindaran al paciente. Hacia el final de la

vida de una persona con una enfermedad terminal, todo el conjunto puede experimentar miedo, ansiedad, tristeza e incluso estrés sobre las decisiones que se toman con relación a estas enfermedades, y si no son cercanos pueden tener muchas dudas sobre las preferencias del paciente para la atención al final de la vida.

A veces, los miembros de la familia pueden tener diferentes preferencias con respecto a la atención, en los que, por ejemplo, se manifiesta de manera clara que se debe hacer todo lo posiblemente humano para mantener con vida al ser querido, otros no pueden tomar la decisión de limitar el tratamiento y pueden querer que el personal médico sea quien tome las decisiones que mejor considere acorde a la situación. En esas situaciones, los médicos pueden manifestar sentirse en una situación difícil, ya que principalmente la atención de los pacientes tiene como fin optimizar los servicios de calidad de vida, aliviando el sufrimiento hasta que llega el momento de la muerte (Correa-Pérez & Chavarro, 2021).

Lograr estos objetivos no siempre es fácil dado que los médicos, los pacientes y los familiares deben tomar decisiones sobre las opciones de tratamiento, como prolongar la vida de una persona con el apoyo de las tecnologías médicas o permitir que continúe el proceso de muerte natural, se enfrentan a varios dilemas éticos relacionados con el final de la vida. Comprender los principios que subyacen a la ética biomédica es importante para que los médicos y los pacientes resuelvan todos los problemas que se presentan en el cuidado al final de la vida. Dentro de los principios éticos se pueden mencionar la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la fidelidad y la justicia.

Estos cuatro principios son comunes en la cultura oriental y occidental, pero su aplicación y peso pueden diferir dentro de cada país. Los aspectos sociales y legales que pueden afectar los principios éticos en diferentes culturas pueden ser tratados como una rama de la medicina o del derecho totalmente separados, por ejemplo, la autonomía se considera el derecho del paciente a la autodeterminación. Toda persona tiene derecho a decidir qué tipo de atención desea recibir y a que se respeten esas decisiones. Respetar la autonomía de un paciente es uno de los principios fundamentales de la ética médica (Matus & Zelaya, 2021).

Este principio enfatiza la protección de los médicos sobre el derecho a la autodeterminación de los pacientes, incluso aquellos que han perdido la capacidad de tomar decisiones, que se puede alcanzar con el uso de directrices anticipadas, las cuales se derivan de los principios éticos de la autonomía del paciente. Son instrucciones orales o escritas sobre la atención médica futura de un paciente en caso de que éste, debido a la gravedad de su enfermedad, no pueda comunicarse y pierda la capacidad de tomar decisiones por cualquier motivo.

Con estas directrices se toman las precauciones necesarias antes de que una situación empeore, en las que generalmente se incluyen testamentos en vida, poderes para la atención médica y órdenes de no resucitar (DNR) en caso de que esa sea la voluntad de la persona. El testamento en vida es un documento escrito en el que la persona, en su competencia deja explicadas las instrucciones con respecto a las preferencias de atención médica a futuro, así como las preferencias por intervenciones médicas, sondas de alimentación y otros procedimientos que se pueden implementar para hacer más llevadera la atención al final de la vida (Ontano y otros, 2021).

Por su parte, el apoderado es la persona designada por el paciente para tomar decisiones en su nombre cuando éste pierda la capacidad de tomar decisiones, considerándose el representante legal en las situaciones de discapacidad o enfermedad que necesite atención médica prolongada debido a la gravedad de esta. La responsabilidad del apoderado es la decisión de lo que el paciente querría, lo que se debe considerar en todo momento, y no las preferencias propias del apoderado.

Hasta los 18 años, los padres o tutores legales del paciente son los que actúan como apoderados relacionados con la atención médica, para lo que se puede decidir después de esta edad por otro apoderado o representante, elegido propiamente por el paciente. Generalmente, los apoderados pueden ser un familiar, amigo cercano u otra persona que tenga importancia en la vida del paciente. Los apoderados tomarán las decisiones sobre tratamientos, procedimientos y soporte vital, dependiendo del caso.

Al final de la vida, la prioridad en la toma de decisiones debe ser el paciente, especialmente en los casos donde el paciente ha perdido sus facultades para tomar

decisiones, las cuales pasarán a tomarse por parte del apoderado basándose en las directrices establecidas, con la consulta del médico encargado. Las directrices o voluntades anticipadas ayudan a garantizar que los pacientes reciban la atención que desean, al mismo tiempo que guían a los familiares a lidiar con la carga de la toma de decisiones.

También limita el uso de cuidados costosos, invasivos e inútiles que pueden no ser deseados o solicitados por los pacientes, mejorando la calidad de la atención y reduciendo la carga de numerosos tratamientos que pueden no tomar en consideración las necesidades de los pacientes. El derecho a la autodeterminación de cada paciente requiere el consentimiento informado en términos de intervención y tratamiento médico, en el que cada paciente puede exigir la finalización de un tratamiento, así como la oportunidad respetada de rechazar uno si esta es su voluntad, y el ejercicio de estos derechos dependerá estrictamente de cada paciente (Forero y otros, 2019).

La beneficencia requiere que los médicos defiendan la intervención más útil para un paciente dado, y por lo general, los deseos de los pacientes sobre la atención al final de la vida no se expresan a través de las voluntades anticipadas, haciendo que los proveedores y miembros no conozcan cuales son los deseos al final de la vida. Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, o no ha documentado previamente los deseos en caso de una enfermedad terminal, la decisión de finalizar la vida pasará a tomarla el médico principal en la atención del paciente, debido a sus consultas con el paciente o los familiares.

En esta situación, la responsabilidad del médico en el cuidado del paciente terminal deberá ser promover los enfoques que fomenten la mejor atención disponible para el paciente. Asimismo, la no maleficencia es el principio de abstenerse de causar daño innecesario, un principio que se refiere a la buena atención médica: *Primum non nocere*, es decir, primero, no hacer daño. Aunque algunas de las intervenciones médicas pueden causar dolor o algún daño, la no maleficencia hace referencia a la justificación moral de por qué se causa determinado daño. El daño puede estar justificado si el beneficio de la intervención médica es mayor que el daño al paciente y la intervención no tiene la intención de dañar al paciente.

Para cumplir con los principios de beneficencia y no maleficencia, los profesionales de la salud deben conocer cuáles son sus funciones y responsabilidades en la atención al final de la vida. Por su parte, el principio ético de la justicia trata de garantizar una distribución justa de los recursos de salud, los cuales requieren de imparcialidad en la prestación de los servicios de salud (Sobral Fraga de Medeiros y otros, 2020).

Los recursos médicos en muchos casos son limitados y deben distribuirse de manera justa y equitativa. Todos los encargados de la atención médica tienen la obligación ética de abogar por un tratamiento justo y apropiado de los pacientes, incluso si estos se encuentran al final de su vida. Esto se puede alcanzar mediante una buena educación y conocimiento de todos los resultados que puede tener un tratamiento, al mismo tiempo que reconoce los efectos negativos que puede acarrear, incluyendo los aspectos psicológicos y familiares de quienes acompañan al paciente.

El principio de fidelidad, requiere que los médicos sean honestos con la información actual y a futuro que tienen los pacientes con enfermedades terminales, así como las posibles consecuencias de la enfermedad del paciente. Decir la verdad es fundamental para respetar la autonomía, ya que muchos de estos pacientes desean tener la información completa de su enfermedad y las posibles consecuencias, pero este deseo puede disminuirse a medida que se acercan al final de su vida.

Tener habilidades efectivas de comunicación centrada en el paciente, ayuda a los médicos a aprender y satisfacer las demandas de los pacientes, proporcionando toda la información sobre el estado de salud del paciente cuando corresponda. Pueden desempeñar estas funciones proporcionando a los pacientes la información detallada sobre los beneficios, limitaciones y desventajas de los tratamientos disponibles para aliviar el sufrimiento y prolongar la vida mientras sea posible. Si el paciente insiste en que se realice un tratamiento que no será beneficioso o solo prolongará su vida, el médico puede retirarse del cuidado del paciente explicando por qué el tratamiento no beneficiará al paciente, el posible daño que puede causar al paciente y cómo la provisión del tratamiento conducirá al uso innecesario de recursos (Almeida y otros, 2019).

La toma de decisiones es en sí misma un proceso muy complejo de pensamientos y establece varios desafíos para que los pacientes y sus familias tomen una decisión sobre el cuidado al final de la vida. Las personas tienen derecho a expresar sus preferencias de tratamiento al final de la vida. En Estados Unidos, la Ley Federal de Autodeterminación del Paciente (PSDA), vigente desde 1991, ha facilitado la comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes o apoderados sobre la toma de estas decisiones. El derecho de la persona a expresar de manera autónoma las opciones de tratamiento al final de la vida debe respetarse éticamente considerando el uso de tratamientos avanzados y el pronóstico que tiene cada paciente.

Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel importante al proporcionar información detallada sobre un tratamiento médico avanzado, que se puede utilizar durante la atención al final de la vida, para ello, los médicos necesitan desempeñar correctamente sus funciones proporcionando a los pacientes información detallada sobre los beneficios, las limitaciones y los inconvenientes de ese tratamiento. Los médicos pueden trabajar de acuerdo con la teoría deontológica y realizar diferentes funciones para obtener el mayor bienestar para el paciente y actuar en beneficio del mismo; y aunque el paciente tiene autonomía para elegir su tratamiento, el médico puede explicar cuáles son sus implicaciones y tratar de enfatizar sus consecuencias a fin de que el paciente pueda tomar una decisión con todo el conocimiento disponible.

El médico tiene el deber de preservar la vida del paciente, pero este deber no debe confundirse con el uso innecesario de recursos que puedan causar un sufrimiento mayor al paciente, solo para continuar con procedimientos médicos que no tengan un impacto beneficioso en el estado del paciente. Los médicos deben emplear métodos de comunicación para lograr un acuerdo sobre los tratamientos y las expectativas que se deben tener de cada uno.

En el caso de personas incapacitadas, las familias juegan un papel central como apoderados o cuidadores primarios, teniendo la responsabilidad de presentar y defender las preferencias de atención al final de la vida expresadas por el paciente. Los miembros de la familia desempeñan el papel de apoderados en la mayoría de los casos, debido a la virtud de relación con el paciente y por

desconocimiento pueden no ser muy buenos para reconocer o establecer cuáles serían las preferencias del paciente.

La situación médica puede necesitar una nueva evaluación y toma de decisiones, dependiendo del desarrollo de los tratamientos y el nivel de deterioro que presenta un paciente. Para abordar estos problemas éticos y legales se hace necesario educar a la población en general sobre los requisitos legales y los derechos del paciente para aceptar o rechazar un tratamiento recomendado, así como la creación de directrices o voluntades anticipadas, que pueden facilitar el tratamiento y la comprensión de los problemas legales posibles que surgen durante las situaciones relacionadas a los tratamientos del final de la vida de un paciente, cubriendo a todos los participante de potenciales disputas que puedan afectar la vida tanto familiar como profesional de los médicos involucrados (Martin-Fumadó y otros, 2020).

2.3. Suicidio y suicidio asistido

La principal diferencia entre la eutanasia y el suicidio asistido es quién realiza el acto al final. La eutanasia se refiere a los pasos activos que se toman para poner fin a la vida de alguien para detener el sufrimiento y el acto final es llevado a cabo por alguien que no es el individuo, como un médico. Por su parte, el suicidio asistido consiste en ayudar a alguien a quitarse la vida a petición suya, en donde el acto final lo realiza la misma persona. La muerte asistida se puede utilizar para referirse tanto a la eutanasia, generalmente voluntaria, como al suicidio asistido, aunque, algunos grupos de campaña lo utilizan para referirse únicamente al suicidio asistido de personas con enfermedades terminales.

La mayoría de las jurisdicciones, que permiten alguna forma de eutanasia o suicidio asistido requieren la participación de profesionales médicos. La sedación paliativa, en la que las personas pueden solicitar que se les mantenga bajo sedación profunda hasta que mueran, está permitida en muchos países, incluidos los Países Bajos y Francia, pero esta no es eutanasia (Denis-Rodríguez & Gómez-Reyes, 2019).

La afirmación más común en los argumentos de que el suicidio es diferente de la muerte asistida médicamente es que existen diferentes razones que subyacen a la decisión de terminar con la vida. Las que pueden referirse al deseo de morir o a la naturaleza del sufrimiento que genera este deseo de morir.

2.3.1. Deseo de morir

La definición de muerte asistida por un médico es conceptual y pragmáticamente importante, ya que pueden surgir interpretaciones múltiples y confusas del nombre solo. El término muerte asistida por un médico es el término más aceptable, opuesto al suicidio asistido por un médico, porque capta la esencia del proceso de una manera descriptiva más precisa que la designación de suicidio asistido por un médico, más cargada de emociones. Es posible que estos matices en la nomenclatura no aclaren directamente los problemas ni cambien necesariamente la práctica clínica, pero parecen apelar a las connotaciones sociales, grupales y culturales de las diferentes terminologías utilizadas en estas discusiones.

Una distinción que surge con frecuencia en las discusiones sobre la brecha entre el suicidio y la muerte médicamente asistida, es la diferencia en la voluntad de vivir. El suicidio se describe como una elección para poner fin a un período de vida que de otra forma sería indefinido, mientras que la persona con una enfermedad terminal no necesariamente quiere morir; ya que quiere desesperadamente vivir, pero no puede hacerlo. Cualquiera que haga una solicitud de asistencia médica para morir suponiendo que no haya coerción o manipulación y desea morir en un sentido, es para lo que se debe presentar la petición.

Generalmente, esta decisión no se tomaría si no estuvieran en las circunstancias en las que se encuentran. Sin embargo, para aquellos que eligen morir por suicidio tampoco considerarían esa decisión si no estuvieran en estas circunstancias. Expertos aseguran que las personas suicidas realmente no quieren morir, sino que lo que quieren hacer es escapar de lo que ven como una situación intolerable. Por eso, el deseo de morir no hace una buena distinción entre estos dos actos.

2.3.2. La naturaleza del sufrimiento

Quizás la naturaleza del sufrimiento contribuya a diferentes razones para querer morir, algunas más legítimas que otras, y esto es lo que subyace a la diferencia entre el suicidio y la muerte médicamente asistida. Y esta intuición entra en juego cuando se contrasta el suicidio de un adolescente angustiado y la muerte médicamente asistida, que consiste en participar en un acto para acortar la agonía de las últimas horas de un paciente, así como sugirió que, en las solicitudes de asistencia médica para morir en el contexto de una enfermedad terminal, las personas no se suicidan; el cáncer los está matando. Estas caracterizaciones parecen sugerir que algunas razones para querer morir son apropiadas, mientras que otras no lo son.

Algunas razones ocupan un lugar más destacado en las decisiones de solicitar asistencia médica para morir que en el suicidio, y viceversa. Las personas con enfermedades físicas que solicitan asistencia médica para morir a menudo hablan de la importancia de la dignidad, del miedo a que el cuerpo se desmorone, de la experiencia de haber visto a otros morir con dolor y del deseo de evitar ese destino, mientras que los que han intentado suicidarse plantean tales preocupaciones con poca frecuencia (Martínez, 2020).

Temas como abusos pasados, traiciones dentro de las relaciones, uso de sustancias y un deseo de buscar atención o venganza aparecen en discusiones sobre personas que han intentado suicidarse, y estos temas rara vez surgen en discusiones sobre personas con asistencia médica. Sin embargo, los temas propios del suicidio aparecen con mucha más frecuencia en los jóvenes, mientras que las personas mayores que han intentado suicidarse ofrecen razones que tienden a parecerse a las que se dan en el contexto de la muerte médicamente asistida para los enfermos terminales.

El dolor y los síntomas parecen desempeñar un papel mucho menor en la contribución a las decisiones de las personas con enfermedades terminales, de terminar con sus vidas de lo que cabría esperar. Los familiares que han visto a los seres queridos terminar con su vida con asistencia médica están de acuerdo; en ellos se describen sentimientos de ira, impotencia, desesperación y desesperanza

como los principales contribuyentes a las decisiones de los seres queridos de terminar con sus vidas (Niño, 2020).

En los Países Bajos, tanto la eutanasia como el suicidio asistido son legales si el paciente sufre un sufrimiento insoportable y no hay perspectivas de mejora, donde cualquier persona mayor de 12 años puede solicitarlo, pero se requiere el consentimiento de los padres si el niño tiene menos de 16 años. Hay una serie de controles y equilibrios, incluido que los médicos deben consultar con al menos otro médico independiente sobre si el paciente cumple con los requisitos necesarios. Criterios (Sospedra, 2021).

Las circunstancias exactas en las que se permite el suicidio asistido varían, y algunas jurisdicciones como Oregón y Vermont, solo lo permiten en el caso de una enfermedad terminal. En algunos lugares está permitido no porque se hayan aprobado leyes, sino porque las leyes no lo prohíben. En Suiza, por ejemplo, es un delito asistir a un suicidio si se hace con motivos egoístas (Guerra Vaquero, 2019).

CAPÍTULO III.

La acción de protección es el mecanismo adecuado para que se respete la autonomía de la voluntad y el derecho constitucional a la toma de decisiones.

3.1. Garantías Jurisdiccionales.

Según el jurista Ramiro Ávila Santamaría en su obra “Garantías Constitucionales: Perspectiva Andina” menciona que las Garantías Jurisdiccionales son el conjunto de mecanismos que están establecidos por la Constitución con el objetivo de prevenir, enmendar o cesar la vulneración de un derecho que está reconocido por la misma norma suprema sin estos mecanismos e instrumentos, las normas que rigen cada estado quedarían obsoletas es decir que carecerán de eficacia jurídica.

Es decir, los derechos, que son reconocidos a través de las normas propias de cada estado y por los tratados internacionales sobre derechos humanos, a través de las garantías jurisdiccionales son las que protegen todos estos derechos. La Constitución del Ecuador contiene las siguientes garantías: Acción de protección, Hábeas Corpus, la Acción de Acceso a la Información Pública, Hábeas data, Acción por Incumplimiento, Acción extraordinaria de Protección.

3.1.1 Acción por incumplimiento

El Art. 93 de la Carta magna dispone que la Acción por Incumplimiento tiene por objeto asegurar la aplicación de las normas que integran el ordenamiento jurídico y el cumplimiento de sentencias o informes de organismos internacionales de derechos humanos, si la norma o decisión que se pretende cumplir contiene una obligación o un deber explícito y exigible. Dicha acción debe ser interpuesta a la Corte Constitucional.

El jurista Oswaldo Gavini define a la Acción por Incumpliendo como un proceso constitucional destinado a aplicar la ley. Es una herramienta que se ofrece a los ciudadanos que les permite acudir ante los jueces y solicitar que se ordene a la dependencia, órgano o funcionario a aplicar las disposiciones imperativas de una ley, reglamento o acto administrativo de carácter general.

En términos generales la LOGJCC (Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional) dentro de sus Arts. 52 hasta el 57; disponen, una serie de requisitos para que esta pueda ser considerada como tal, es así, que establece no sólo requisitos de fondo si no también los de forma.

3.1.2 Habeas data.

El término "habeas data" se deriva de las palabras "guardar", "llevar", "encontrar". Consta a su vez de dos términos: Data. - Acusativo plural de data, término inglés que como sustantivo plural significa "información o dato". Habeo – Subjuntivo de segunda persona del latín habeo (habere) que significa "tener información", "presentar", "tomar", "llevar", "tomar, traer o introducir o presentar información".

El Art. 92 de la Constitución del Ecuador en breves rasgos dice que el Hábeas Data es que toda persona, en razón de sus derechos o como representante legal, tiene derecho a conocer los documentos, datos genéticos, bancos de datos personales o archivos que le conciernen o sus bienes y los informes correspondientes, sean públicos o privados, en soporte físico o electrónico. También tiene derecho a conocer su uso, finalidad, origen y finalidad de los datos personales y el plazo de vigencia del fichero o base de datos.

Dentro del capítulo VI, Arts. 49, 50; y, 51 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucionales se regula el Habeas data, en esta norma se reflejan varios aspectos como su objeto, casos en los que procede esta acción y la legitimación activa dentro del ejercicio de la acción. En otras palabras, el Habeas Data debe ser entendida como una garantía que tiene como objetivo primordial obligar al oficial en posesión de la información a proporcionar la información, a investigar para qué se está utilizando la información y para qué se está conservando.

3.1.3 Acción de Acceso a la información Pública.

El Art. 91 de la Carta Magna del Ecuador dice que la Acción de Acceso a la información Pública tiene por objeto garantizar el acceso cuando se niegue expresa o implícitamente o cuando la información proporcionada no sea completa o fidedigna. Puede alegarse incluso si la negativa se basa en el secreto,

ocultamiento, confidencialidad u otra categoría de seguridad de la información. De acuerdo con la ley, la autoridad competente debe informar sobre la confidencialidad de la información antes de presentar la solicitud.

La ley orgánica de Transparencia y Acceso a la información pública establece que la información pública puede ser obtenida por una persona interesada, sobre la información que consten en entidades como personas jurídicas de carácter público, instituciones, unidades, personas jurídicas privadas que tienen acceso a información en poder del Estado o instituciones estatales autorizadas, instituciones de educación superior que reciben ingresos del estado por lo que, los empleados y organizaciones de las ONG antes mencionadas deben hacerlo con una solicitud por escrito al titular de la institución.

3.1.4 Habeas Corpus.

Legalmente, el hábeas corpus es considerado un recurso, y toda persona que crea haber sido privada de su libertad ilícitamente, es decir, restringida en su libertad de circulación, debe comparecer públicamente de inmediato ante las autoridades competente con la finalidad de determinar su legalidad y, si la privación de libertad termina o continúa. Etimológicamente, "Habeas Corpus" significa "trajeron el cuerpo" o "eres dueño de tu cuerpo". Estas palabras latinas reflejan el espíritu que guió el nacimiento de esta garantía; es decir, es decir que recobre su libertad aquel que ha sido privado de ella.

Dentro de la legislación ecuatoriana la Constitución del Ecuador dentro del Art. 89 menciona que el Hábeas Corpus tiene por objeto restituir la libertad de las personas que hayan sido privadas de su libertad de forma ilícita, arbitraria o ilegítima por orden de autoridad pública o de cualquier persona, y proteger la vida e integridad física de las personas que hayan sido ilícita, arbitraria o ilícitamente privadas de su libertad.

3.2. Concepto de Acción de Protección.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dentro de la sentencia del 27 de junio del 2012 dice que el Estado tiene la obligación de proporcionar a las personas que aleguen haber sufrido violaciones de derechos humanos un recurso

efectivo, el cual deberá ser sustanciado conforme al debido proceso, y todo ello en el marco de la obligación general de los Estados de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención a todas las personas dentro de su jurisdicción.

Tiene un carácter general e integral, pues permite garantizar todos los derechos, incluso aquellos que no tienen una vía procesal específica. Como tal, se revela como el principal medio de protección de los derechos de las personas, los grupos y la naturaleza, ya que es una herramienta directa para la tutela efectiva de los derechos (Landa, 2004, p. 159).

Es una garantía jurisdiccional que protege en general los derechos constitucionales. Su finalidad es brindar protección directa y efectiva a los derechos constitucionalmente reconocidos, incluida la protección contra políticas estatales que impliquen la privación de derechos cuando la acción u omisión de cualquier autoridad estatal no judicial que viole esos derechos.

El goce o ejercicio de derechos constitucionales, lesión personal de la víctima o prestación indebida de servicio público, delegación o concesión, o en relación con una persona subordinada, desarmada o discriminación. Las salvaguardas permiten a las personas, grupos prioritarios, comunidades, naciones, naciones y grupos solicitar protección de los jueces constitucionales cuando sus derechos son violados por instituciones u organismos públicos o por particulares en determinadas circunstancias.

De lo expresado en líneas anteriores, podemos agregar que la acción de protección es una medida de protección, lo que significa el derecho de las personas a exigir protección legal del estado y compensación por sus derechos. Este reconocimiento proviene de la identidad del Ecuador como un país constitucionalmente justo. Dicha acción no es una declaración de derechos, pero los derechos protegidos constitucionalmente ya existen, por esta garantía se declara su vulneración y reparación integral. Es un acto informativo cuyo objeto es reconocer una vulneración y donde el juez está obligado a decidir el contenido de un caso concreto. La Constitución del Ecuador dentro de su Art. 88 y en concordancia con el Art. 39 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, refiere el significado y el objeto de la acción de protección y por un lado de forma general la Carta suprema nos da un breve resumen sobre el

sentido de la acción a diferencia de la LOGJCC que nos ayuda a entender cuando podríamos ejercitar esta acción.

3.2.1. Cuando procede la Acción de Protección.

El art 41 de la LOGJCC dispone los casos en los cuales puede proceder la acción de protección que son:

1. Contra las acciones u omisiones de autoridades y funcionarios estatales, no judiciales, que violen cualquier derecho, o que limiten, reduzcan o invaliden su uso o aplicación.
2. Contra medidas o políticas públicas, nacionales o locales que impidan la realización o ejercicio de derechos y garantías.
3. Contra acciones u omisiones de servicio público que violen derechos y garantías.
4. Contra la acción u omisión de cualquier persona natural o jurídica del sector privado, cuando concurra al menos una de las siguientes situaciones:
5. Presten servicios públicos indeseables o de interés público.
6. Prestación de servicios públicos mediante autorización o concesión.
7. Genere un daño grave.
8. Que, la persona a la cual presuntamente haya sido vulnerado su derecho se encuentre bajo subordinación o en situación de indefensión frente a un imperio económico, social y demás que menciona el mismo artículo.
9. En general todo acto que tenga el carácter de discriminatorio generado por cualquier persona.

De lo expuesto en líneas anteriores, podemos entender que, para el primer caso debe existir una vulneración de un derecho, que nazca a partir de una acción u omisión sea por parte del aparataje estatal o por cualquier persona, y también requiere que dicho derecho esté establecido en la norma suprema o en algún tratado internacional.

En el segundo caso menciona que procede en contra de las políticas públicas que en palabras del jurista André-Noël Roth con respecto a la política pública dice que son herramientas desarrolladas por los estados modernos a través de los gobiernos; son un medio de transformación social; finalmente, la política

pública consiste en definir una meta mediante la movilización de instrumentos públicos, incluidas la ley y el dinero, para cambiar el comportamiento de las personas que supuestamente son responsables de los problemas públicos; por lo tanto, en este sentido, la política estatal es un medio para cambiar la sociedad, influyendo en el comportamiento de las personas. De esta definición podemos entender que, pueden existir políticas públicas que son realizadas para solventar algunas necesidades de un determinado grupo social pero que en la aplicación generan una vulneración a un derecho.

Para el tercer caso, restringe de quien debe ejercer esta violación del derecho o garantía ya que establece que se debe dar la acción u omisión por parte de una entidad que preste un servicio público. Para el cuarto caso esta acción omisión debe darse ya sea por una persona natural o jurídica del sector privado, pero establece ciertas circunstancias en las cuales se puede dar esta situación las que resumimos a continuación; primero, que preste un servicio público, segundo preste el servicio público a través de una delegación o concesión, tercero que el daño sea grave y por último establece que la persona a la cual se le ha vulnerado un derecho se encuentre en un estado de subordinación sea económico social cultural.

El literal i de la Ley Orgánica de salud establece los mecanismos a los cuales puede acudir una persona para formular quejas o reclamos para hacer válido su derecho, es decir deberíamos agotar primero esta instancia para generar un antecedente para hacer válido el derecho del cual se está alegando la vulneración.

Derechos tutelados en la Acción de protección

La Corte Constitucional en la sentencia Nro. 146-14-SEP-CC respecto de los derechos que abarca la Acción de Protección ha dicho que los derechos constitucionales protegidos esta garantía son “todos” los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos y siempre que no sean protegidos por ninguna otra garantía jurisdiccional, sin perjuicio de otros derechos como el de la dignidad de las personas, las comunidades, las pueblos y naciones para su desarrollo integral, previsto en el artículo 11, numeral 7 de la Constitución.

3.3 Derecho constitucional a la toma de decisiones en la constitución de la República del Ecuador.

Nuestra carta suprema del 2008 contempla una serie de derechos de rango constitucional, derechos de los cuales gozamos todas las personas sin ningún tipo de distinción; en torno al derecho constitucional sobre la toma de decisiones, lo podemos encontrar contemplado en el artículo 66 numeral 9 de la Constitución, dentro del cual se establece claramente que los ciudadanos tenemos la potestad para tomar nuestras propias decisiones sin ningún tipo de coerción, de forma voluntaria y sobre todo de forma responsable sobre aquellos aspectos en los cuales intervenga nuestra vida; además nuestra constitución al pasar hacer garantista y proteccionista de los derechos, obliga a que el Estado mediante sus instituciones y diferentes organismos creen los medios necesarios para que se respete este derecho; en este primer alcance podemos evidenciar que el ser humano está en toda la libertad de tomar las decisiones que en este caso esta vinculadas a la salud.

El derecho a tomar decisiones está estrechamente relacionado con el denominado derecho a decidir, pues estos derechos guardan relación en cuanto a la facultad que otorgan a las personas, esta facultad consiste en otorgar el control a cada individuo de elegir lo mejor para su vida, y de esta forma se refleja la voluntad del ser humano; estos derechos relacional muchas de las veces se ven opacados por aquellos que tienden a considerar que existen otros intereses superiores, lo cual no permite el ejercicio del derecho a tomar decisiones sobre la salud y la vida; pero no dan prioridad a las necesidades por las cuales están pasando las personas, un claro ejemplo hoy en día es el tema de la eutanasia, muchos grupos opositores se niegan a aceptar la legalización de la misma, porque sostienen que se está violentando el derecho a la vida, pero no se centran a realizar una evaluación de las necesidades que tienen las personas que apoyan a las legalización de la eutanasia.

El reconocimiento jurídico del derecho a la toma de decisiones se da en todos los países, pero debemos tener presente que no todos los seres humanos tenemos la capacidad jurídica para tomar decisiones, esto surge debido a que la

ley también tiende a proteger los intereses de aquellas personas que padecen de capacidad jurídica para tomar decisiones por sí solas, como es en el caso de las personas que padecen de trastornos mentales; en estos casos no se puede determinar que existe una violación al derecho a tomar decisiones, puesto que estas personas no tienen la capacidad necesaria para tomar decisiones por sí solas y llegándose a definir dentro del ordenamiento jurídico como incapaces. Dentro del derecho a tomar decisiones y en relación con nuestra investigación debemos tener presente que el derecho a tomar decisiones puede ser en varios aspectos tales como: el derecho a tomar decisiones sobre nuestra vida personal y la salud; dentro de estos dos aspectos las personas están en todo el derecho de decidir a qué tratamientos someterse o que tratamientos desean que se les aplique; pero ante todo debemos tener presente que debe primar el consentimiento del paciente; estos aspectos en donde intervienen directamente la vida y la salud muchas de las veces tienden a limitar el derecho a tomar decisiones, por lo cual necesitamos medios jurídicos que permitan que este derecho se ejerza en cualquier etapa de la vida y sobre todo cuando esté de por medio la salud de los seres humanos.

Para que todo ser humano pueda ejercer el derecho a la toma de decisiones, debe tener presente tres importantes matices, la primera hace referencia a la capacidad de comprender la información que se le otorga; segundo, debe saber analizar y comprender cuáles van a ser las futuras o las posibles consecuencias si decide ejercer el derecho a tomar alguna decisión y por último debe tener la capacidad para poder manifestar su voluntad o decisión. Partiendo de que el derecho a tomar decisiones puede ser en varios aspectos, nosotros nos centramos en el tema de la salud, pues se evidencia que muchas de las veces se vulnera este derecho, debido a que no se les permite a las personas tomar el control sobre lo que sucede con su salud, pues dentro de la toma de decisiones, tenemos las denominadas decisiones formales, se las denomina de esta forma, debido a que el ser humano ha comprendido la información que se le ha otorgado, está consciente de las consecuencias y ha manifestado su voluntad, un ejemplo de una decisión formal, es consentir para recibir algún tipo de medicamento o someterse a algún procedimiento de carácter médico.

3.3.1. Relación entre el derecho constitucional a la toma de decisiones y la autonomía de la voluntad.

El derecho a la toma de decisiones, es un derecho fundamental del cual gozamos todos los seres humanos, este derecho va de la mano con la autonomía de la voluntad, puesto que la autonomía de la voluntad es aquella capacidad que tienen todas las personas para elegir, entonces podemos evidenciar que la autonomía de la voluntad y la toma de decisiones convergen entre si para poder elegir; la autonomía de igual forma se relaciona con la figura denominada libertad, la cual se ha convertido en uno de los principios más fundamentales dentro de todo Estado, es por ello que es de mucha importancia saber defender y luchar porque se cumpla esa facultad de la cual gozamos todos los ciudadanos, puesto que sin la misma el ser humano no puede tomar decisiones de forma autónoma sobre lo que es mejor para su vida; esta autonomía se ha visto opacada en los casos en los cuales las personas tienden a elegir la forma en la cual deciden poner fin a su vida, los derechos humanos reconocen el derecho a la toma de decisiones y la autonomía, pero no establecen como deberían operar cuando se trata de casos especiales tales como son la eutanasia, de esta forma podemos evidenciar que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, tiende a garantizar que las personas adultas y sobre todo que estén con enfermedades que no les faculte tener una vida digna, gozan de autonomía para tomar decisiones que estén relacionadas con su plan de vida.

El fundamento jurídico que existe entre la autonomía de la voluntad y el derecho a la toma de decisiones, es que la autonomía de la voluntad otorga la facultad de la libertad al ser humano, para que pueda tomar sus decisiones en diferentes aspectos de la vida; dentro de la salud la autonomía del individuo se ha introducido mediante la figura del consentimiento informado, dentro del cual interviene netamente la autonomía y el derecho a elegir del paciente. Para Kant el ser humano es racional porque posee la facultad para obrar en función de lo que establecen las leyes, pero el obrar viene dado de la razón, por lo que Kant sostiene que la autonomía de la voluntad de los seres humanos es la razón práctica, la cual se refleja en el momento que el ciudadano elige todo lo que considera que es necesario para su vida o entorno, entonces la autonomía de la voluntad es lo que da fundamento a la dignidad humana.

La autonomía se la puede definir como las reglas que uno genera para sí mismo, puesto que la etimología griega de la autonomía es: autos, que significa así o para sí, y nomos que significa reglas o normas; entonces podemos ver que la autonomía de la voluntad está relacionada con la toma de decisiones, puesto que se resumiría de la siguiente forma: la autonomía de la voluntad es aquella facultad que poseen todas las personas para normar sus derechos y obligaciones mediante la libertad que posee al momento de elegir; en estos casos no solo estamos tratando de una simple manifestación de la voluntad, si no que entra en la esfera del tema jurídico, puesto que va a generar un efecto jurídico; la voluntad de la persona es la que va a generar efectos, pero el ordenamiento jurídico al contemplarlo que nace de la autonomía de la persona le otorga un estatus jurídico.

La autonomía de la voluntad y su relación con la toma de decisiones puede ser vista de diferentes formas, la primera hace referencia al modelo desarrollado por Kant, quien sostiene que la autonomía en la toma de decisiones para que sea válida debe cumplir con dos presupuestos, el primero hace referencia a la moral y la segunda a la racionalidad; el modelo del filósofo Frank tiende a contradecirse con el pensamiento de Kant, puesto que Fran sostiene que la moral y la racionalidad no son presupuestos necesarios para la autonomía de la voluntad en la toma de decisiones, se puede decir que existe una autonomía neutra; dentro del modelo procedimental podemos encontrar que la autonomía tiene a ser flexible y por último el modelo de la autonomía que lo concibe como un valor inherente al ser humano. Para nuestro estudio, nos basaremos en el modelo que establece Kant, en donde la autonomía es el resultado de la voluntad, la cual parte de que el ser humano por estar dotado de razón, le permite distinguir entre sus preferencias al momento de elegir.

3.4. La muerte digna como elemento del Derecho a una vida digna.

La vida debe vivirse con dignidad y el proceso de morir, que es parte constitutiva de la vida humana, también debe ocurrir con dignidad. Por lo tanto, se debe exigir el derecho a una muerte respetuosa, incluso reflexionando sobre los métodos terapéuticos excesivos que se presentan en la actualidad. Desde esta perspectiva, el personal médico y las enfermeras son clave para la preservación de la dignidad de los pacientes. Si no se discuten estos temas resulta en más

sufrimiento para las víctimas de distanasia y resulta en que su dignidad se lesione en el proceso de morir.

El Derecho a una vida digna lo podemos encontrar plasmado tanto en nuestra Constitución como en Tratados Internacionales, este derecho hace referencia a que todos los seres humanos tenemos el derecho a tener un nivel de vida que nos permita satisfacer nuestras necesidades, en la cual se nos asegure la salud, alimentación, vestimenta, entre otros aspectos; pero lo que se ha debatido por mucho tiempo es si la muerte digna de una persona debería formar parte del derecho a la vida digna o forma parte de la vida digna; es por ello que se considera que el derecho a la vida digna, puede ser vulnerado en algunos casos por el Estado, cuando no se preocupa por crear condiciones dignas para aquellas personas que están pasando por condiciones que se les considera indignas, tales como enfermedades terminales; por lo tanto, el Estado está en el deber de crear condiciones que sean dignas para estas personas y así garantizar que se cumpla con este derecho constitucional. Tanto la vida como la dignidad se correlacionan, de tal manera que no se puede considerar vida si no está presente la dignidad, y de esta forma la vida digna se correlaciona con otros derechos, dentro de estos derechos se debería reconocer el derecho a una muerte digna.

La vida digna dentro de la normativa ecuatoriana.

Dentro de nuestra normativa podemos observar que dentro de la vida digna no se analiza las necesidades de las personas con enfermedades terminales o incurables para garantizarles el derecho a una vida digna; de igual forma no podemos evidenciar que dentro del denominado Sumak Kawsay no se trata la muerte digna como parte del derecho a la vida digna de las personas; como se evidencia la normativa ecuatoriana se centra más en derechos culturales, sociales y económicos, dentro de estas normativas tenemos: a la Constitución, la cual dentro del derecho a la vida digna se garantizara la salud, alimentación, nutrición, vivienda entre otros; de igual forma tenemos al Código de la Niñez y Adolescencia, que trata sobre las condiciones necesarias como la salud, educación, vivienda, entre otros; la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, establece que mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios para las personas de tercera edad se garantiza el derecho a la vida digna; como se puede observar, tanto la carta

suprema como las normas inferiores no contemplan dentro de sus cuerpos normativos a la muerte digna como parte de la vida digna, dejando apartado a la muerte digna como parte de este derecho.

Partiendo del artículo 11 numerales 3,6 y 9 de la carta suprema, tenemos que los derechos y garantías que se encuentran plasmadas en esta norma y en Instrumentos Internacionales que traten derechos humanos, son de directa aplicación por cualquier ente o servidor público, ya sea de oficio o a petición del interesado; por lo que no se puede alegar que existe un vacío o falta de norma para justificar la vulneración de un derecho de rango constitucional, es por ello que la misma carta suprema manifiesta que los derechos son inalienables, irrenunciables, son individuales, se relacionan entre ellos y todos tienen un mismo nivel de jerarquía (Asamblea Nacional , 2008). Podemos ver según este artículo que nuestro país es un Estado Constitucional de Derechos y Justicia Social, pero muchas de las veces solo se queda plasmado en la normativa y no se garantiza su debido cumplimiento, esto se debe a que no está garantizando una muerte digna a las personas, además junto con esta limitación se está vulnerando de forma indirecta otros derechos, tales como: tenemos el derecho a la dignidad humana, el derecho a tomar decisiones y la vida digna; estos derechos son los que le permiten a toda persona realizarse como ser humano, y al no permitir que la muerte digna forme parte de estos derechos, se está atentando contra el Estado Constitucional de Derechos, pues si una persona no puede ejercer el derecho a tomar decisiones en donde este de por medio la dignidad humana, no se puede tratar de un Estado Constitucional de Derechos, si no que se tiene un Estado que no garantiza el cumplimiento de los derechos y a la vez los vulnera, debido a que una persona está en toda la libertad de elegir que se le aplique la eutanasia y así tener una vida digna; en este punto debemos tener presente que la vida digna no solo involucra los medios necesarios para vivir de forma decente, sino que esta de por medio el estado de salud de la persona, pues no se puede hablar de vida digna si una persona no tiene el derecho a elegir libremente que se le aplique la eutanasia, entonces tenemos que una vida digna involucra tener el derecho a tener una muerte digna.

El derecho a una vida digna y la muerte digna, tienen una estrecha relación, debido a que si una persona muere con dignidad se está garantizando que la misma ha tenido una vida plena; pues nuestro país tiene el claro ejemplo del país vecino que es Colombia, el cual ya garantiza el derecho a tener una muerte digna, es por ello que nuestro país debería plasmar dentro de su ordenamiento jurídico las debidas garantías para garantizar que todas aquellas personas que están atravesando por una enfermedad terminal puedan tener un final digno y de esta forma garantizar la vida digna.

3.5 Acción Extraordinaria de protección.

La acción extraordinaria de protección está reconocida en el artículo 94 de la Constitución, la cual es utilizada cuando se ha violentado un derecho ya sea por omisión u acción en autos, sentencias en firme o resoluciones que tengan fuerza de sentencia, esto en concordancia con el artículo 347 de la misma norma (Asamblea Nacional, 2008); de igual forma podemos encontrar en el artículo 58 de la Ley Orgánica de Garantías Judiciales y Control Constitucional, la cual establece que esta acción tiene como fin la protección de derechos constitucionales y debido proceso, ya sea en sentencias, autos definitivos o resoluciones que tengan fuerza de sentencia (Asamblea Nacional, 2009); para que proceda esta acción la persona que se sienta afectada debe demostrar que agotado todos los recursos que establece la normativa, ya sean estos verticales u horizontales; esta acción a diferencia de las demás acciones dispone un mayor término para su tramitación, esto se debe a que mediante la misma se pretende la protección inmediata, mediante una revisión por parte de la Corte Constitucional, órgano competente para resolver esta acción; de ser el caso que exista la violación de un derecho constitucional, suspenda la violación del derecho y establezca las medidas adecuadas para que se restablezca el derecho vulnerado.

La acción extraordinaria de protección desde un principio tiende a que los administradores de justicia que estén interviniendo en el proceso, emitan una resolución que esté en concordancia con la Constitución, con la finalidad de evitar la vulneración de derechos constitucionales, y de ser el caso de otorgar una reparación inmediata al derecho vulnerado, teniendo como resultado una corrección de las decisiones judiciales contrarias a los derechos constitucionales

para tener una justicia que se impone ante la seguridad jurídica (Morello, 2018). Entonces tenemos que la acción extraordinaria de protección es de gran importancia dentro de nuestra legislación, debido a que mediante la misma se puede impedir la vulneración de los derechos constitucionales y del debido proceso, además permite la supremacía de la Constitución y permite el control Constitucional; sin esta acción, existiera arbitrariedad por parte de los operadores de justicia y se violarían derechos constitucionales.

CONCLUSIONES

1. Se evidencio dentro del estudio que no existe una relación directa entre la autonomía de la voluntad y la eutanasia. La autonomía de la voluntad se refiere a la capacidad de una persona de tomar decisiones por sí misma, mientras que la eutanasia se refiere a la práctica de terminar deliberadamente la vida de una persona enferma o incapaz de vivir una vida plena y digna. Sin embargo, la autonomía de la voluntad es un factor importante en la toma de decisiones sobre la eutanasia.

2 la relación que existe entre la autonomía de la voluntad y el derecho constitucional es que la autonomía de la voluntad es un principio jurídico que reconoce a las personas la capacidad de decidir por sí mismas sobre su propio destino. Este principio se encuentra en el derecho constitucional a la toma de decisiones, que reconoce a las personas el derecho a decidir por sí mismas sobre cuestiones importantes que afectan a su vida.

3. Las garantías jurisdiccionales son derechos constitucionales que protegen a las personas frente a abusos o actos arbitrarios de autoridad. Los derechos de autonomía de la voluntad protegen el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo y su vida. En el contexto de la eutanasia, estos derechos protegen el derecho de las personas a decidir si quieren o no someterse a un tratamiento médico, así como el derecho de las personas a decidir cuándo y cómo terminar su propia vida.

4. La protección de la autonomía de la voluntad y el derecho a la toma de decisiones es un derecho fundamental que debe respetarse. Si se considera que la acción de protección es el mecanismo adecuado para garantizar este derecho, entonces se debe proceder a su utilización.

5. En general, la autonomía de la voluntad en relación con la eutanasia es una cuestión muy controvertida y polarizada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda mayores estudios para determinar si la conclusión de este estudio sobre la relación entre la autonomía de la voluntad y la eutanasia es la correcta
- Identificar concretamente en el derecho constitucional de cada país, para la toma de decisiones sobre la eutanasia.
- Es importante que la persona que desea morir asegure la ejecución de la decisión de eutanasia de una manera adecuada, es decir, con la ayuda de una persona capacitada.
- Es necesario asegurarse de que la eutanasia se realice de una manera segura

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Nacional . (20 de Octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecristi , Manabí, Ecuador : Registro Oficial 449.

Asamblea Nacional . (22 de Octubre de 2009). Ley Organica de Garantias Jurisdiccionales y Control Constitucional. Quito, Pichincha , Ecuador: Registro Oficial Suplemento 52 de 22-oct-2009.

Aldana Zavala, J. J., & Isea, J. (2018). Derechos Humanos y Dignidad Humana. *Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminalísticas*, 8-23.

Almeida, E. V., Zambrano, K. J., Bravo, K. G., & Cevallos, A. E. (2019). Bioética y aspectos médico-legales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *RECIMUNDO*, 3(3), 952-969.

Almeida, N. P., Lessa, P. H., Vieira, R. F., & Mendonça, A. V. (2022). La ortotanasia en la formación médica: tabúes y desvelos. *Revista Bioética*, 29, 782-790.

Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. San Jose.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2000). *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. Ecuador.

BBC News Mundo. (18 de Marzo de 2021). *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>

Bedrikow, R. (2020). La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada. *Revista Bioética*, 449-454.

Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. A. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77-82.

Crusat-Abelló, E., & Fernández-Ortega, P. (2021). Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura. *Enfermería Clínica*, 31(5), 268-282.

Denis-Rodríguez, E., & Gómez-Reyes, J. A. (2019). El suicidio asistido y la eutanasia: una visión de Derechos Humanos. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 36-44.

Derechos humanos. (5 de Junio de 2020). *Derechos humanos*. <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475502>

Flores, R. T., Jiménez, A. M., & Vázquez, M. M. (2018). Situación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en los países occidentales. *Ética de los Cuidados*.

Forero, J., Vargas, I., & Bernal, M. (2019). Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética*, 23(2), 224-244.

Galán, C. B. (2021). Avanzando en derechos. Por fin ley de eutanasia. *Teoría & Derecho. Revista de pensamiento jurídico*, 152-167.

Guerra Vaquero, A. Y. (2019). El suicidio asistido en Suiza. *El suicidio asistido en Suiza*, 105-115.

Gutmann, T. (2019). Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana. *Estudios de Filosofía*, 233-254.

Jairo Jesús, G. T., Eliana Dayanis, B. A., Yoandri, A. V., & Lizandra, S. P. (2021). Eutanasia: utopía o necesidad dilema ético en las Ciencias Médicas. *EdumedHolguín2021*.

Luis, C. A. (17 de Diciembre de 2018). *ilpabogados*. <https://www.ilpabogados.com/limites-a-la-autonomia-de-la-voluntad-en-los-contratos/>

Manuel Bertolín-Guillén, J. (2021). Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría., 41(140), . *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 51-67.

Martínez, F. R. (2020). El suicidio asistido en Italia:¿ un nuevo derecho? *Teoría y realidad constitucional*, 457-483.

Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. L., & Morlans-Molina, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 119-126.

Matus, B. G., & Zelaya, M. M. (2021). Aspectos bioéticos de la muerte médicamente asistida y su relación con la medicina legal: revisión bibliográfica. *Revista de Ciencias Forenses de Honduras*, 7(2), 37-52.

Mendoza-Villa, J. M., & Herrera-Morales, L. A. (2016). Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 324-329.

Mesén, J. V., & Gallardo, M. J. (2020). Principio de autonomía: Libertad de decidir. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 10(2), 48-49.

Moracci, M. (2021). DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: EUTANASIA. *UNLP Facultad de Ciencias Jurídicas Y Sociales*, 1-25.

Morello. (2018). *El agotamiento de los recursos internos*. Obtenido de El agotamiento de los recursos internos

Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)*. Paris: Naciones Unidas.

Niño, L. F. (2020). Eutanasia y suicidio asistido. *Revista de Derecho Penal*, 161-168.

Niño, L. F. (2020). Eutanasia y suicidio asistido. *Revista de Derecho Penal*, 161-168.

Ontano, M., Mejía-Velastegui, A. I., & Avilés-Arroyo, M. E. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. *Ciencia Ecuador*, 3(3), 9-16.

Pele, A. (2010). *LA DIGNIDAD HUMANA. Sus orígenes en el pensamiento clásico*. Madrid: DYKINSON.

Peña, M. C. (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 150-155.

Pierre Bourdieu. (23 de Octubre de 2015). Pierre Baourdieu: Aportes para la investigacion sobre las facultades de Derecho. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, 120-150.

Ramírez, J. P., & Tovar, R. E. (2019). Perspectivas legales de la eutanasia en Colombia. *Revista Criterio Libre Jurídico*, 16(1), 79-106.

Ramos Alarcón, L. (2015). Dos conceptos de libertad y dos conceptos de responsabilidad en Spinoza. *Diánoia*, 105-128.

Rodríguez Almada, H., & González González, D. (2019). La eutanasia en debate. *Revista Médica del Uruguay*, 1-4.

Roig Castro, I. S., Rodríguez Sánchez, P. M., Méndez Jiménez, O., Soler Sánchez, Y. M., & García Moreno, A. D. (2021). Percepción familiar sobre la ortotanasia y distanasia en cuidadores de pacientes oncológicos. *Multimed*.

Sobral Fraga de Medeiros, M. O., do Valle Meira, M., Ribeiro Fraga, F. M., Nascimento Sobrinho, C. L., Santa Rosa, D. D., & Souza da Silva, R. (2020). Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida. *Revista Bioetica*, 28(1).

Sospedra, M. M. (2021). Entre los Países Bajos y Oregón: eutanasia, garantías y suicidio asistido. Notas sobre la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia y su tramitación parlamentaria. *Corts: Anuario de derecho parlamentario*.

Valdés, M. B. (2020). ¿POR QUÉ HABLAR DE EUTANASIA? *Revista Derecho Público*, 33-48.

Vázquez-García, D., De-la-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2020). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática y cualitativa. *Revista Española de Salud Publica*, 93.

Zabala, M. L., Uribarren, B. G., & Alzaga, J. A.-A. (1 de Septiembre de 2014). *Ambito Juridico*. <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-128/la-eutanasia-en-holanda/>

Zurriarán, R. G. (2018). ASPECTOS SOCIALES DE LA EUTANASIA. *Cuadernos de Bioética*, 23-34.

ANEXOS

JOSÉ FABIÁN CUMBE CASTRO portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106526403** y **MARCO VINICIO SANMARTIN RIERA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107400525**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN TORNO A LA DECISIÓN DE LA EUTANASIA**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos 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. Autorizamos 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, **03 de marzo de 2023**

F: 

José Fabián Cumbe Castro

C.I. 0106526403

F: 

Marco Vinicio Sanmartín Riera

C.I. 0107400525