

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

Maestría en Maestría en Derecho Médico

ALCANCES Y LÍMITES DE LA CONSTITUCIONALIDAD CONDICIONADA DEL ARTÍCULO 144 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL DEL ECUADOR

INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN DERECHO MÉDICO.

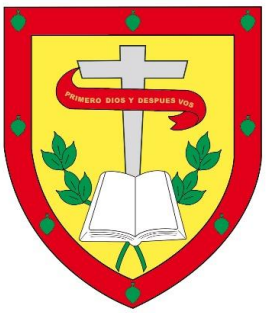
AUTOR: PHD DIANA STEPHANY RIVADENEIRA ARBOLEDA.

DIRECTOR: MGS. JOSÉ FERNANDO PÉREZ RODRÍGUEZ.

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN DERECHO MÉDICO

ALCANCES Y LÍMITES DE LA CONSTITUCIONALIDAD CONDICIONADA DEL ARTÍCULO 144 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL DEL ECUADOR

INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN DERECHO MÉDICO

AUTORA: PhD. Diana Stephany Rivadeneira Arboleda
DIRECTOR: MGS. José Fernando Pérez Rodríguez

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

Se certifica que:

El informe de investigación “ALCANCES Y LÍMITES DE LA CONSTITUCIONALIDAD CONDICIONADA DEL ARTÍCULO 144 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL DEL ECUADOR.”, de autoría de la Ph.D “ Diana Rivadeneira Arboleda” con número de identidad 1003644539, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Derecho Médico, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

13/10/2026



Asesor Científico

MGS. José Fernando Pérez Rodríguez

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

PhD. Diana Rivadeneira Arboleda portador(a) de la cédula de ciudadanía Nº 1003644539. Declaro ser el autor de la obra: "ALCANCES Y LÍMITES DE LA CONSTITUCIONALIDAD CONDICIONADA DEL ARTÍCULO 144 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL DEL ECUADOR", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **13 de octubre del 2026**



Phd. Diana Stephany Rivadeneira Arboleda
N.C: 103644539

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad de crecer como ser humano, madre, esposa y profesional, y de comprender los retos jurídicos y procedimentales que enfrentan los profesionales de la salud, quienes sirven con dedicación a la sociedad ecuatoriana.

A mi esposo Miguelito y a mi hija Dianita, por su apoyo incondicional en cada reto que ha forjado nuestra vida.

A la Universidad Católica de Cuenca y a sus catedráticos, por compartir sus conocimientos científicos, metodológicos y sus experiencias académicas.

Al director del informe de investigación, por su dedicación al programa de la Maestría en Derecho Médico y su guía para alcanzar este objetivo.

PhD. Diana Rivadeneira A.

DEDICATORIA

A Miguelito, mi esposo, con quien he crecido como ser humano y como profesional, construyendo una historia personal y académica llena de recuerdos que siempre valoraré con mucho amor.

A Dianita Belén, mi hija, porque cada latido de su corazón es el regalo más hermoso que puedo tener y me motiva a seguir aprendiendo, por ti, mi médico en formación.

PhD. Diana Rivadeneira A.

RESUMEN

Introducción: La eutanasia, ha; cursado desde la prohibición absoluta; basada en la indisponibilidad de vida; al reconocimiento del derecho a morir dignamente. Problema: Mediante Sentencia Nro. 67-23-IN/24 se declaró; constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal, permitiendo la eutanasia voluntaria bajo especificaciones. Sin embargo, la ausencia de regulación; así como; falta de protocolos médicos genera inseguridad jurídica, y riesgos de judicialización para los profesionales de la salud entre 2024 y 2025. Objetivo: Analizar los alcances y límites jurídicos, éticos y operativos de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP. La Metodología: Investigación cualitativa; con diseño jurídico doctrinario, incluyendo revisión documental; apoyado en el análisis hermenéutico y método comparado con Bélgica. Resultados: Se identificaron vacíos normativos; ausencia de protocolos clínicos y tensiones entre el derecho a la vida, dignidad y autonomía personal. Conclusiones: Sin desarrollo normativo urgente, persisten dilemas éticos y penales que comprometen la seguridad jurídica.

Palabras claves:

Eutanasia; Derecho; morir dignamente; Derecho penal; Corte Constitucional; Responsabilidad médica; Bioética.

ABSTRACT

Introduction: Euthanasia has evolved from an absolute prohibition based on the unwillingness to accept life to the recognition of the right to die with dignity. Problem: Through Judgment No. 67-23-IN/24, the conditional constitutionality of Article 144 of the Comprehensive Organic Criminal Code was declared, permitting voluntary euthanasia under specific conditions. However, the lack of regulation, as well as the absence of medical protocols, generates legal uncertainty and risks of litigation for healthcare professionals between 2024 and 2025. Objective: To analyze the legal, ethical, and operational scope and limitations of the conditional constitutionality of Article 144 of the Comprehensive Organic Criminal Code. Methodology: Qualitative research with a doctrinal legal design, including documentary review, supported by hermeneutic analysis and a comparative method with Belgium. Results: Regulatory gaps, a lack of clinical protocols, and tensions between the right to life, dignity, and personal autonomy were identified. Conclusions: Without urgent regulatory development, ethical and criminal dilemmas persist that compromise legal certainty.

Keywords:

Euthanasia; Law; dying with dignity; Criminal law; Constitutional Court; Medical liability; Bioethics

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR I
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA II
AGRADECIMIENTO III
DEDICATORIA IV
RESUMEN V
ABSTRACT VI
CAPÍTULO I EL PROBLEMA 1
1.1 Situación problemática 1
1.2 Problema científico 3
1.2.1 Pregunta general de investigación 3
1.2.2 Preguntas específicas complementarias 3
1.2.3 Explicación y delimitación del problema 4
1.3 Línea de investigación 5
1.4 Objeto de estudio de la investigación 5
1.5 Campo de acción 5
1.6 Objetivo general 5
1.7 Objetivos específicos 6
1.8 Hipótesis o preguntas científicas 6
1.9 Variables 7
1.10 Justificación de la investigación 7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO 9
2.1 Fundamentación teórica 9
2.2 Antecedentes de la investigación 9
2.3 Fundamentos conceptuales 10
2.3.1 Eutanasia y figuras afines 10
2.3.2 Constitucionalidad condicionada 11
2.4 Fundamentos constitucionales y de derechos humanos 12
2.4.1 Derechos en tensión en la Constitución de 2008 12
2.4.2 Ponderación y proporcionalidad 14
2.4.3 Estándares internacionales 14
2.5 Fundamentos bioéticos y deontológicos 15
2.6 Fundamentos jurídico-penales 16
2.6.1 El artículo 144 del COIP y la estructura del delito 16
2.6.2 Naturaleza de la excepción y participación de terceros 18
2.7 La Sentencia No. 67-23-IN/24 19
2.7.1 Antecedentes procesales 19
2.7.2 Razón de la decisión y decisión 19

2.8 Desarrollo normativo posterior a la sentencia 21
2.8.1 El Acuerdo Ministerial 00059-2024 21
2.8.2 El proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia 22
2.9 Derecho comparado 23
2.9.1 Bélgica 24
2.9.2 Colombia 24
2.9.3 España y otros modelos 25
2.10 Responsabilidad del profesional de la salud 26
2.11 Cuidados paliativos y eutanasia: relación y límites 27
CAPÍTULO III LA METODOLOGÍA 29
3.1 Tipo de investigación 29
3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación 29
3.2.1 Métodos 29
3.2.2 Técnicas 30
3.2.3 Instrumentos y procedimiento 30
3.2.4 Rigor y consideraciones éticas 31
3.3 Universo de estudio y tratamiento muestral 31
3.4 Tratamiento estadístico y representación gráfica 32
CAPÍTULO IV LA PROPUESTA 34
4.1 Esquema de la propuesta 34
4.1.1 Título, naturaleza y objetivo 34
4.1.2 Fundamentación y principios rectores 34
4.2 Desarrollo de la propuesta 35
4.2.1 Hallazgos que sustentan la propuesta 35
4.2.2 Verificación de la hipótesis 37
4.2.3 Discusión 38
4.2.4 Componente 1: contenido mínimo de la ley orgánica 38
4.2.5 Componente 2: guía clínico-operativa de verificación 39
4.2.6 Componente 3: matriz referencial de condiciones clínicas 40
4.2.7 Componentes 4 y 5: salvaguardas, gobernanza e indicadores 42
4.2.8 Viabilidad y validación 42
4.2.9 Escenarios de riesgo jurídico y su prevención 43
CONCLUSIONES 44
RECOMENDACIONES 47
A la Asamblea Nacional 47
Al Ministerio de Salud Pública 47
A los establecimientos de salud y colegios profesionales 47
A la academia y a futuras investigaciones 48
BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA 49

ANEXOS **57**
Anexo A. Matriz de coherencia de la investigación 57
Anexo B. Modelo de ficha de análisis documental 57
Anexo C. Lista de verificación clínico-jurídica referencial 58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Preguntas específicas de investigación y su finalidad 3
Tabla 2. Categorías de análisis empleadas en lugar de variables 7
Tabla 3. Tipologías y figuras afines a la eutanasia activa 10
Tabla 4. Derechos y principios constitucionales relevantes para la eutanasia activa 12
Tabla 5. Análisis dogmático del artículo 144 del COIP antes y después de la Sentencia 67-23-IN/24 17
Tabla 6. Características principales de la Sentencia No. 67-23-IN/24 19
Tabla 7. Requisitos para que la eutanasia activa no sea sancionada 20
Tabla 8. Contenido principal del Reglamento del MSP (Acuerdo Ministerial 00059-2024) 21
Tabla 9. Comparación de los marcos regulatorios de Ecuador, Bélgica, Colombia y España 25
Tabla 10. Fases del procedimiento metodológico 31
Tabla 11. Indicadores descriptivos de la eutanasia en Bélgica 33
Tabla 12. Alcances y límites identificados 35
Tabla 13. Vacíos normativos y operativos identificados (2024-2026) 36
Tabla 14. Compatibilidad de las categorías belgas con la Sentencia 67-23-IN/24 37
Tabla 15. Contenido mínimo propuesto para la ley orgánica 38
Tabla 16. Matriz referencial de condiciones clínicas 41
Tabla 17. Indicadores de seguimiento propuestos 42
Tabla 18. Escenarios de riesgo jurídico para el profesional y medidas de prevención 43
Tabla 19. Matriz de coherencia 57
Tabla 20. Modelo de ficha de análisis documental 57
Tabla 21. Lista de verificación referencial 58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Línea de tiempo normativa de la eutanasia activa en el Ecuador, 2023-2026 23
Figura 2. Declaraciones de eutanasia registradas en Bélgica, 2022-2025 32
Figura 3. Distribución de los casos de eutanasia por condición, Bélgica, 2024 33
Figura 4. Esquema de la propuesta 35
Figura 5. Ruta propuesta para la verificación y ejecución del procedimiento 40

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

Durante buena parte de su historia republicana, el ordenamiento jurídico ecuatoriano trató la muerte provocada por un médico a solicitud de un paciente como una conducta sin excepciones. El fundamento de esa prohibición absoluta fue el principio de indisponibilidad de la vida, según el cual la persona no puede disponer válidamente de su propia existencia ni autorizar a un tercero para hacerlo. Ese principio se materializó en dos planos normativos: el penal, mediante el artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), que tipifica el homicidio simple y lo sanciona con pena privativa de libertad de diez a trece años (COIP, 2014), y el deontológico, mediante el artículo 90 del Código de Ética Médica, que prohibía de forma expresa las prácticas eutanásicas activas (Corte Constitucional del Ecuador (CCE), 2024).

Ese equilibrio normativo se alteró de manera sustancial el 5 de febrero de 2024, cuando el Pleno de la Corte Constitucional aprobó la Sentencia No. 67-23-IN/24, notificada a las partes el 7 de febrero. La decisión resolvió la acción pública de inconstitucionalidad propuesta por Paola Roldán Espinosa, una mujer de 42 años que padecía esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y declaró la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP: la disposición es constitucional siempre que no se sancione al médico que ejecute una eutanasia activa cuando (i) la persona exprese su consentimiento libre, informado e inequívoco, o lo haga su representante cuando ella no pueda expresarlo, y (ii) el pedido responda a un sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente corporal, grave e irreversible, o de una enfermedad grave e incurable (CCE, 2024). Con siete votos a favor y dos votos salvados, la Corte sostuvo que la vida digna (Constitución de la República del Ecuador [CRE], 2008, art. 66, num. 2) y el libre desarrollo de la personalidad (CRE, 2008, art. 66, num. 5) imponen una

excepción a la inviolabilidad de la vida en ese supuesto concreto (CCE, 2024; El Universo, 2024).

La sentencia no se limitó al ámbito penal. La Corte declaró la constitucionalidad aditiva del artículo 6 del Código de Ética Médica, de modo que el deber de conservar la vida no opere como obstáculo en el supuesto descrito, y declaró inconstitucional el artículo 90 del mismo código, que fue expulsado del ordenamiento (CCE, 2024, párrs. 97-100). Además, dispuso que el Ministerio de Salud Pública [MSP] expidiera en dos meses un reglamento provisional para el procedimiento, que la Defensoría del Pueblo preparara en seis meses un proyecto de ley y que la Asamblea Nacional lo discutiera y expidiera en el plazo máximo de doce meses contados desde su presentación (CCE, 2024; Teleamazonas, 2024).

Dos años y ocho meses después, el cumplimiento de ese mandato es desigual. El MSP expidió el Acuerdo Ministerial 00059-2024 el 12 de abril de 2024, que regula el procedimiento para la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria y crea comités interdisciplinarios (MSP, 2024a; Primicias, 2024a). En cambio, el proyecto de ley no ha sido aprobado: la Defensoría lo presentó en 2024, el plazo de doce meses de la Asamblea venció el 25 de septiembre de 2025, el primer debate en el Pleno se realizó el 24 de marzo de 2026 y, a la fecha de cierre de esta investigación, la Comisión del Derecho a la Salud continúa recibiendo comparecencias para elaborar el informe de segundo debate (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026a, 2026b; Extra, 2026; Prensa Latina, 2026).

Esta situación genera un problema de seguridad jurídica con tres manifestaciones. Primero, el reglamento es una norma administrativa de carácter provisional, por lo que no puede suplir las garantías propias de una ley orgánica ni definir el alcance de conceptos que la propia sentencia dejó abiertos, como “enfermedad grave e incurable” o “sufrimiento intenso”. Segundo, no existen guías clínicas nacionales que orienten al médico en la verificación de esos presupuestos, de modo que la decisión depende de criterios individuales que pueden variar

entre profesionales e instituciones. Tercero, la práctica registrada es mínima: según cifras que el MSP habría proporcionado a la prensa, desde 2024 se han recibido 13 solicitudes y solo una ha sido aprobada (Layedra Torres, 2026), lo que sugiere barreras de acceso, desconocimiento o temor a la responsabilidad.

Para el profesional de la salud, la consecuencia práctica es una exposición permanente: el médico que actúe dentro de los requisitos está protegido por la sentencia, pero quien interprete de manera distinta a un juez o a un fiscal los presupuestos de gravedad, incurabilidad o irreversibilidad podría enfrentar un proceso penal, además de responsabilidades civiles y administrativas. Este es el escenario que justifica examinar con rigor los alcances y los límites de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP desde el Derecho Médico.

1.2 Problema científico

1.2.1 Pregunta general de investigación

¿Cuáles son los alcances y los límites jurídicos, éticos y operativos de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal, establecida por la Corte Constitucional en la Sentencia No? 67-23-IN/24, en relación con la actuación de los profesionales de la salud frente a una solicitud de eutanasia activa en el Ecuador durante el período 2024-2026?

1.2.2 Preguntas específicas complementarias

La pregunta general se desagrega en cinco preguntas específicas, cada una con una finalidad analítica propia, conforme se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1

Preguntas específicas de investigación y su finalidad

Pregunta específica	Finalidad analítica
¿Qué implicaciones jurídicas y bioéticas genera la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP para los médicos que practiquen la eutanasia activa?	Identificar los efectos directos de la sentencia en la responsabilidad penal y deontológica de los profesionales de la salud.

Pregunta específica	Finalidad analítica
¿Cuáles son los límites normativos y éticos que deben observar los médicos en la aplicación de la eutanasia activa conforme a la Sentencia 67-23-IN/24?	Precisar los criterios de actuación médica y los márgenes de legalidad de su intervención.
¿Cómo afecta la insuficiencia de regulación secundaria y de protocolos médicos específicos a la aplicación práctica de la eutanasia activa?	Indagar el impacto del vacío normativo en la seguridad jurídica y en la protección de los derechos fundamentales.
¿De qué manera la Corte Constitucional redefine el equilibrio entre el derecho a la vida y el derecho a morir dignamente?	Analizar la dimensión constitucional del problema y su repercusión en el sistema de derechos.
¿Qué mecanismos normativos, éticos o institucionales podrían implementarse para garantizar una aplicación responsable, segura y constitucional de la eutanasia activa?	Explorar propuestas para el desarrollo legislativo y ético del tema en el ámbito médico-legal.

Nota. Elaboración propia a partir del protocolo de investigación aprobado.

1.2.3 Explicación y delimitación del problema

El problema se localiza en la distancia entre una decisión constitucional que habilita una conducta médica antes prohibida y el desarrollo normativo, técnico e institucional que debería hacerla segura y verificable. La sentencia modificó la interpretación del tipo penal de homicidio, pero dejó sin precisar cómo se acredita en la práctica un consentimiento "inequívoco", cómo se valora un sufrimiento "intenso", qué enfermedades califican como "graves e incurables", quién protege a los profesionales que no son médicos y que participan en el procedimiento, y cómo se ejerce la objeción de conciencia sin vaciar el derecho de acceso.

Delimitación temporal. El protocolo aprobado delimitó el estudio al período 2024-2025. Dado que el proceso legislativo y la aplicación del reglamento continuaron durante 2026, el análisis se extiende hasta el 13 de octubre de 2026, fecha de cierre de la recolección documental, a fin de que el diagnóstico refleje el estado actual de la regulación.

Delimitación espacial. La investigación se circunscribe al Ecuador y a las instituciones que interpretan o aplican la sentencia: la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud Pública,

la Asamblea Nacional, la Defensoría del Pueblo y los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. El derecho extranjero se utiliza exclusivamente con fines comparativos.

Unidades de observación. Por tratarse de una investigación documental, las unidades de observación son documentos: la Sentencia No. 67-23-IN/24, el Acuerdo Ministerial 00059-2024, el proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia y sus informes de comisión, la Constitución, el COIP, el Código de Ética Médica, los informes oficiales de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia de Bélgica y la doctrina nacional e internacional pertinente.

1.3 Línea de investigación

El estudio se inscribe en las líneas "Derechos y justicia" y "Equidad e inclusión". La primera, porque examina el modo en que la justicia constitucional resuelve la colisión entre el derecho a la vida y los derechos a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad. La segunda, porque la ausencia de reglas claras puede producir desigualdades en el acceso, según el lugar de residencia, la cobertura de seguridad social, la nacionalidad o la disposición individual del profesional tratante.

1.4 Objeto de estudio de la investigación

El objeto de estudio es el Derecho Médico, entendido como el conjunto de normas, principios y decisiones que regulan la relación entre el profesional de la salud, el paciente y el Estado, incluida la responsabilidad que surge de las decisiones clínicas al final de la vida.

1.5 Campo de acción

El campo de acción es el Derecho Penal, específicamente la tipicidad, la antijuridicidad y la punibilidad de la conducta del médico que ejecuta una eutanasia activa, a partir de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP.

1.6 Objetivo general

Analizar los alcances y los límites jurídicos, éticos y operativos de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, conforme a la

Sentencia No. 67-23-IN/24, para determinar su incidencia en la responsabilidad médica frente a la eutanasia activa y formular propuestas que orienten su aplicación segura y constitucional.

1.7 Objetivos específicos

1. Identificar las implicaciones jurídicas, éticas y bioéticas que genera la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP en la actuación de los profesionales de la salud que practiquen la eutanasia activa.
2. Analizar los criterios normativos, deontológicos y éticos que establecen los límites de la intervención médica en los casos de eutanasia activa conforme a la Sentencia No. 67-23-IN/24.
3. Identificar los efectos de la insuficiencia de regulación secundaria, protocolos médicos y mecanismos de control institucional sobre la seguridad jurídica de los médicos y la protección de los derechos de los pacientes.

La propuesta del Capítulo IV responde a la parte final del objetivo general ("formular propuestas que orienten su aplicación segura y constitucional") y se construye a partir de los hallazgos de los tres objetivos específicos.

1.8 Hipótesis o preguntas científicas

La constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP, establecida por la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional del Ecuador, permite que los profesionales de la salud practiquen la eutanasia activa bajo condiciones estrictamente reguladas (consentimiento libre, informado e inequívoco, y sufrimiento intenso derivado de una lesión corporal grave e irreversible o de una enfermedad grave e incurable). Sin embargo, su alcance práctico y ético se ve limitado por la ausencia de una ley orgánica y de protocolos clínicos específicos, lo que genera vacíos normativos que afectan la seguridad jurídica de los médicos y la protección integral de los derechos de los pacientes.

Las preguntas científicas descritas en el apartado 1.2 orientan la verificación de esta hipótesis, que se contrasta en el Capítulo IV.

1.9 Variables

Al tratarse de una investigación cualitativa, documental y no experimental, no se formulan variables dependientes ni independientes ni se pretende medir relaciones causales. En su lugar, el análisis se organiza en categorías, que permiten codificar y comparar los documentos estudiados, como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Categorías de análisis empleadas en lugar de variables

Categoría	Subcategorías	Fuente principal de análisis
Derecho a la vida y vida digna	Inviolabilidad; dimensión de subsistencia; dimensión de condiciones mínimas	CRE (2008); CCE (2024)
Autonomía personal	Consentimiento; capacidad; voluntariedad; revocación	CCE (2024); MSP (2024)
Responsabilidad médica	Penal; civil; administrativa y deontológica; objeción de conciencia	COIP (2014); Código de Ética Médica
Seguridad jurídica y vacíos normativos	Reglamento; ley orgánica; protocolos clínicos; comités; registro	MSP (2024); proyecto de ley; informes de comisión
Derecho comparado	Bélgica; Colombia; España; otros modelos	Informes oficiales; sentencias; leyes extranjeras

Nota. Elaboración propia.

1.10 Justificación de la investigación

Relevancia jurídica. La constitucionalidad condicionada es una técnica decisoria que mantiene vigente la norma y limita su aplicación a ciertos supuestos. Su efecto sobre el artículo 144 del COIP plantea preguntas dogmáticas aún poco exploradas en el país: la naturaleza de la exclusión de responsabilidad (atipicidad, justificación o excusa absolutoria), la situación de

quienes participan en el acto sin ser médicos y la relación entre un mandato constitucional de efectos generales y el principio de legalidad penal.

Relevancia práctica. Los profesionales de la salud necesitan criterios operativos para decidir si una solicitud cumple los presupuestos de la sentencia. La literatura ecuatoriana reciente ha descrito el dilema del médico entre el derecho y el delito (Orellana Naranjo, 2025) y las implicaciones médicas del fallo (Arévalo, 2024), pero persiste una brecha entre el análisis de la sentencia y la formulación de lineamientos aplicables en el ámbito clínico. Esta investigación busca cerrar esa brecha con una propuesta verificable.

Relevancia social. La eutanasia activa involucra la dignidad de personas con sufrimiento extremo, a sus familias y a los equipos de salud. Un marco claro reduce el riesgo de decisiones arbitrarias, tanto por denegaciones injustificadas como por prácticas sin garantías. Además, el debate legislativo en curso demuestra que el tema requiere insumos técnicos y académicos que orienten la discusión pública (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026b).

Relevancia académica y aporte. El estudio articula tres perspectivas que suelen analizarse por separado: la constitucional, la penal y la bioética. Adicionalmente, incorpora un análisis comparado con Bélgica, país con más de dos décadas de regulación y con informes oficiales anuales, que permite identificar categorías clínicas frecuentes y evaluar su compatibilidad con los presupuestos fijados por la Corte ecuatoriana (Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia [FCCEE], 2025).

Viabilidad. La investigación es viable porque las fuentes primarias (sentencia, reglamento, normas y proyectos legislativos) son públicas, los informes belgas son accesibles y el diseño documental no requiere intervención sobre personas. Los aspectos éticos de la investigación se describen en el Capítulo III.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentación teórica

Este capítulo construye el sustento conceptual, normativo y doctrinal que permite analizar los alcances y límites de la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP. Se organiza en nueve apartados que parten del estado de la cuestión y de los conceptos básicos, avanzan por los fundamentos constitucionales, bioéticos y penales, examinan la sentencia y su desarrollo posterior, y concluyen con el derecho comparado y la responsabilidad del profesional de la salud.

2.2 Antecedentes de la investigación

La producción académica sobre la Sentencia No. 67-23-IN/24 es reciente y se concentra en tres líneas. La primera es constitucional: analiza la técnica de la constitucionalidad condicionada y la ponderación entre vida digna y autonomía (Alava, 2025; Alvarado-Vélez, 2025; Tutiven-Ronquillo, 2025). La segunda es médico-asistencial: examina las implicaciones del fallo para la práctica clínica y la actuación del médico entre el derecho y el delito (Arévalo, 2024; Orellana Naranjo, 2025). La tercera es procesal y de política pública: estudia las órdenes de cumplimiento dirigidas al MSP, a la Defensoría del Pueblo y a la Asamblea Nacional (García-Segarra, 2024).

En el ámbito regional, la experiencia colombiana es el referente más citado, pues la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el homicidio por piedad en 1997 y, desde entonces, ha ordenado el desarrollo de protocolos y procedimientos (Corte Constitucional de Colombia, 1997, 2014, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Desde la bioética se han señalado los riesgos de una despenalización sin estructura regulatoria suficiente (Hurtado Medina, 2016; Díaz-Amado, 2022). Esta investigación se diferencia de los antecedentes citados por tres razones: integra el estado de la regulación hasta octubre de 2026,

incluye el reglamento provisional del MSP y el trámite legislativo, y propone lineamientos aplicables, no solo un análisis de la sentencia.

2.3 Fundamentos conceptuales

2.3.1 Eutanasia y figuras afines

El término eutanasia proviene del griego y significa literalmente "buena muerte". El Diccionario de la lengua española la define, en una de sus acepciones, como la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin expectativa de curación, con el fin de evitarle sufrimientos (Real Academia Española [RAE], s. f.-a). El Diccionario panhispánico del español jurídico recoge además su relevancia en el ámbito del derecho (RAE, s. f.-b). En el debate jurídico contemporáneo, el concepto de eutanasia activa designa un acto médico que causa directamente la muerte de la persona, a solicitud de esta, para poner fin a un sufrimiento que no puede aliviarse por otros medios.

La precisión terminológica es indispensable porque la sentencia y el reglamento regulan solo una de las figuras posibles. La Tabla 3 distingue las más relevantes.

Tabla 3

Tipologías y figuras afines a la eutanasia activa

Figura	Descripción	Situación en el marco ecuatoriano
Eutanasia activa voluntaria	El médico administra fármacos para causar la muerte, a petición expresa, libre e informada del paciente capaz.	Habilitada bajo los requisitos de la Sentencia 67-23-IN/24 y del Acuerdo Ministerial 00059-2024.
Eutanasia activa avoluntaria	Término del reglamento para el caso en que el paciente no puede expresar su voluntad y esta consta en documentos de voluntades anticipadas; la solicitud la presenta su representante.	Regulada en el reglamento; es uno de los puntos de debate del proyecto de ley (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026c).
Eutanasia involuntaria	Muerte causada contra la voluntad del paciente.	No comprendida por la sentencia; mantiene su tipificación como homicidio.

Figura	Descripción	Situación en el marco ecuatoriano
Suicidio médicamente asistido	El paciente se administra por sí mismo un fármaco prescrito o provisto por el médico.	No fue objeto de pronunciamiento específico de la Corte; requiere análisis normativo propio.
Limitación del esfuerzo terapéutico y rechazo de tratamiento	Omisión o retiro de medidas que prolongan la vida de forma desproporcionada, o negativa informada del paciente a recibirlas.	Se rige por las normas sobre consentimiento y derechos del paciente (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 1995; Ley Orgánica de Salud, 2006).
Sedación paliativa	Uso proporcionado de fármacos para aliviar síntomas refractarios al final de la vida, sin intención de causar la muerte.	Práctica de cuidados paliativos; difiere de la eutanasia en la intención y en la proporcionalidad.
Distanasia (encarnizamiento terapéutico)	Prolongación artificial y desproporcionada de la vida sin beneficio para el paciente.	Éticamente reprochable; su evitación forma parte de la buena práctica médica.

Nota. Elaboración propia a partir de la Sentencia 67-23-IN/24 (Corte Constitucional del Ecuador [CCE], 2024), el Acuerdo Ministerial 00059-2024 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2024a) y la doctrina citada.

2.3.2 Constitucionalidad condicionada

La Corte Constitucional es la máxima instancia de interpretación de la Constitución y sus decisiones son vinculantes (Constitución de la República del Ecuador [CRE], 2008, art. 436, num. 1). Además, le corresponde conocer y resolver las acciones públicas de inconstitucionalidad contra actos normativos de carácter general (CRE, 2008, art. 436, num. 2). Al ejercer ese control, la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional [LOGJCC] consagra los principios de presunción de constitucionalidad, conservación de las disposiciones y declaratoria de inconstitucionalidad como último recurso, y admite la interpretación conforme con la Constitución (LOGJCC, 2009, arts. 3, num. 4, y 76).

Con base en esos principios, la doctrina constitucional reconoce decisiones interpretativas o modulativas: en lugar de expulsar la norma, el tribunal la mantiene y fija el sentido, o los supuestos, en que es compatible con la Constitución. La constitucionalidad condicionada es una de ellas: la disposición permanece vigente, pero su aplicación queda sujeta a una condición. En el caso analizado, la condición consiste en que el artículo 144 del COIP no se aplique al médico que ejecute una eutanasia activa cumpliendo los requisitos de la sentencia. Esta técnica evita un vacío total de protección de la vida, porque el homicidio sigue siendo punible en todos los demás supuestos, pero traslada al operador jurídico la tarea de verificar si los requisitos se cumplen en cada caso.

2.4 Fundamentos constitucionales y de derechos humanos

2.4.1 Derechos en tensión en la Constitución de 2008

La Constitución reconoce el derecho a la inviolabilidad de la vida (CRE, 2008, art. 66, num. 1), el derecho a una vida digna (art. 66, num. 2) y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás (art. 66, num. 5). Reconoce también el derecho a la integridad personal en sus dimensiones física, psíquica, moral y sexual (art. 66, num. 3), el derecho a la salud (art. 32) y el derecho a la objeción de conciencia, que no puede menoscabar otros derechos ni causar daño a las personas (art. 66, num. 12). La Tabla 4 sintetiza estos derechos y el papel que cumplen en la decisión de la Corte.

Tabla 4

Derechos y principios constitucionales relevantes para la eutanasia activa

Derecho o principio	Fundamento (CRE, 2008)	Contenido	Papel en el análisis
Inviolabilidad de la vida	Art. 66, num. 1	Protege la vida frente a privaciones arbitrarias e ilegítimas.	Bien jurídico protegido por el art. 144 del COIP; la Corte lo considera no absoluto (CCE, 2024).

Derecho o principio	Fundamento (CRE, 2008)	Contenido	Papel en el análisis
Vida digna	Art. 66, num. 2	Comprende la subsistencia y un conjunto de condiciones mínimas para una vida decorosa.	Fundamento central de la excepción en casos de sufrimiento intenso (CCE, 2024).
Integridad personal	Art. 66, num. 3	Protege la integridad física, psíquica y moral y proscribe tratos crueles o degradantes.	Fundamento conexo para valorar el sufrimiento (análisis propio).
Libre desarrollo de la personalidad	Art. 66, num. 5	Capacidad de autodeterminarse y configurar el propio proyecto de vida.	Fundamento de la autonomía y del consentimiento (CCE, 2024).
Objeción de conciencia	Art. 66, num. 12	Permite al profesional negarse a actuar por razones de conciencia, sin menoscabar otros derechos.	Límite al deber de prestación; exige reglas para garantizar la atención del paciente.
Seguridad jurídica	Art. 82	Exige normas previas, claras, públicas y aplicadas por autoridad competente.	Parámetro para evaluar la insuficiencia regulatoria actual.
Legalidad penal	Art. 76, num. 3	Nadie puede ser sancionado por un acto que no esté tipificado como infracción al momento de cometerse.	Marco para evaluar la relación entre una excepción de origen judicial y el tipo penal.

Nota. Elaboración propia a partir de la Constitución de la República del Ecuador (2008) y la Sentencia 67-23-IN/24 (CCE, 2024).

Es importante precisar que la dignidad humana no se agota en un solo numeral. Opera como principio transversal del sistema de derechos, reconocido en la cláusula de apertura del artículo 11, numeral 7, y como contenido de la vida digna del artículo 66, numeral 2. Por su parte, el artículo 11, numeral 2, consagra la igualdad y la no discriminación, que en este contexto se relaciona con la exigencia de que el acceso al procedimiento no dependa de factores arbitrarios como el lugar de residencia o la condición económica.

2.4.2 Ponderación y proporcionalidad

Cuando dos derechos de igual jerarquía colisionan, la doctrina constitucional propone resolver el conflicto mediante la ponderación. Alexy (2007) explica que los derechos fundamentales funcionan como principios, es decir, como mandatos de optimización que se cumplen en la mayor medida posible según las posibilidades jurídicas y fácticas. El examen de proporcionalidad se estructura en tres subprincipios: idoneidad, necesidad y proporcionalidad en sentido estricto. La medida que restringe un derecho debe ser apta para alcanzar un fin legítimo, debe ser la menos gravosa entre las alternativas igualmente eficaces y debe producir un beneficio mayor que el sacrificio que impone.

La Corte aplicó ese razonamiento al sostener que la protección penal de la vida es constitucional cuando se dirige a evitar privaciones arbitrarias e ilegítimas, y que en el supuesto de una persona con sufrimiento intenso que solicita la eutanasia la prohibición absoluta obstaculiza de manera irrazonable los derechos a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad (CCE, 2024, párrs. 97-99). El resultado es una excepción acotada, no una derogación del tipo penal.

2.4.3 Estándares internacionales

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966, art. 6) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1969, art. 4) prohíben la privación arbitraria de la vida, lo que implica que no toda causación de muerte es contraria al derecho a la vida y que el carácter arbitrario es el criterio rector. El Comité de Derechos Humanos (2019, párr. 9), al interpretar el artículo 6 del Pacto, sostuvo que los Estados que permiten a los profesionales médicos facilitar la terminación de la vida de adultos que sufren dolores o padecimientos graves deben establecer garantías jurídicas e institucionales sólidas para verificar que la decisión sea libre, informada e inequívoca y para

proteger a las personas vulnerables. Ese estándar es directamente pertinente para evaluar la suficiencia del marco ecuatoriano.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH] ha desarrollado, además, el consentimiento informado como manifestación de la autonomía y componente del derecho a la salud (Corte IDH, 2016, 2018), y ha declarado la responsabilidad del Estado ecuatoriano por deficiencias en la prestación de servicios médicos (Corte IDH, 2013). En el sistema europeo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH] ha entendido que el derecho a la vida no confiere un derecho a morir, pero que la decisión sobre cómo y cuándo poner fin a la propia vida puede entrar en el ámbito de la vida privada, y reconoce a los Estados un margen de apreciación amplio (TEDH, 2002, 2011, 2015). En *Mortier c. Bélgica*, el TEDH validó el marco belga en términos generales, pero declaró una violación del artículo 2 del Convenio en su vertiente procesal por deficiencias de independencia y de control posterior en un caso concreto (TEDH, 2022), lo que confirma la importancia de los mecanismos de supervisión.

2.5 Fundamentos bioéticos y deontológicos

La bioética clínica contemporánea suele analizarse mediante el enfoque principialista, que identifica cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Beauchamp y Childress, 2019). La autonomía exige respetar las decisiones informadas y voluntarias de las personas capaces. La beneficencia y la no maleficencia obligan a procurar el bien del paciente y a evitar el daño, incluido el daño derivado de prolongar un sufrimiento sin beneficio. La justicia demanda un acceso equitativo a los servicios, incluidos los cuidados paliativos. Gracia (2007) añade que la ponderación de esos principios debe realizarse a la luz de las circunstancias y de las consecuencias de cada caso, y que ningún principio tiene un valor absoluto.

Desde la filosofía jurídica, Dworkin (1993) sostuvo que el respeto a la vida tiene una dimensión intrínseca y que muchas personas conciben la dignidad en términos de coherencia

con su propia biografía, lo que da fundamento a decisiones autónomas sobre el final de la vida. Frente a esa posición, existen perspectivas que defienden el carácter indisponible de la vida y advierten sobre el riesgo de presiones sobre personas vulnerables, la pendiente resbaladiza y la banalización del acto médico. La Asociación Médica Mundial [AMM] (2019) reafirma su oposición a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica, y la Congregación para la Doctrina de la Fe (2020) la califica como un acto moralmente inadmisible. Estas posiciones no son decisivas para la validez constitucional de la sentencia, pero constituyen un límite deontológico relevante: justifican el reconocimiento de la objeción de conciencia y exigen que el sistema garantice la continuidad de la atención.

Un elemento central de ese equilibrio son los cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) los define como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias frente a enfermedades que amenazan la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, y los reconoce como parte del derecho a la salud. También advierte que solo una minoría de quienes los necesitan los recibe (OMS, 2020). Por ello, una condición ética de la eutanasia es que la solicitud no derive de la ausencia de alternativas paliativas efectivas; la propia Corte aclaró que su decisión no autoriza privaciones arbitrarias de la vida ni exime al Estado de su obligación de garantizar prestaciones de salud y cuidados paliativos (El Universo, 2024). En el plano deontológico, la sentencia declaró inconstitucional el artículo 90 del Código de Ética Médica y declaró la constitucionalidad aditiva de su artículo 6 (CCE, 2024, párr. 100), de modo que el deber de conservar la vida no opera como impedimento absoluto en el supuesto de la sentencia.

2.6 Fundamentos jurídico-penales

2.6.1 El artículo 144 del COIP y la estructura del delito

El artículo 144 del COIP (2014) establece que la persona que mate a otra será sancionada con pena privativa de libertad de diez a trece años. Es un tipo de resultado cuyo

bien jurídico es la vida humana. Para sancionar una conducta como homicidio, la dogmática penal exige que sea típica, antijurídica y culpable (COIP, 2014, arts. 25 a 34). La tipicidad requiere una acción dirigida a causar la muerte, el resultado, el nexo causal y el dolo o la culpa. La antijuridicidad se excluye cuando concurre una causa de justificación, y la culpabilidad cuando falta la imputabilidad, el conocimiento de la antijuridicidad o la exigibilidad de otra conducta.

Antes de 2024, la eutanasia activa cumplía formalmente con los elementos del homicidio, sin que existiera una causa de justificación expresa. En el ordenamiento español, Jiménez de Asúa (1942) ya había propuesto la figura del homicidio piadoso con consentimiento como una conducta digna de un tratamiento penal diferenciado, y esa línea doctrinal inspiró reformas y decisiones posteriores en varios países de habla hispana. La Tabla 5 resume el análisis dogmático y la incidencia de la sentencia.

Tabla 5

Análisis dogmático del artículo 144 del COIP antes y después de la Sentencia 67-23-IN/24

Elemento	**Descripción**	**Eutanasia activa antes de 2024**	**Eutanasia activa conforme a la sentencia**
Tipicidad objetiva	Acción de matar, resultado de muerte y nexo causal.	Se configuraba.	La conducta es materialmente la misma; la Corte sostiene que no constituye privación arbitraria ni ilegítima (CCE, 2024, párr. 97).
Tipicidad subjetiva	Dolo o culpa.	Dolo directo.	Persiste el dolo; la intención es poner fin a un sufrimiento a petición del paciente.
Antijuridicidad	Contrariedad con el ordenamiento y lesión del bien jurídico sin justa causa.	No existía causa de justificación aplicable.	La sentencia opera como excepción cualificada; su naturaleza dogmática no fue calificada expresamente.

Elemento	Descripción	Eutanasia activa antes de 2024	Eutanasia activa conforme a la sentencia
Culpabilidad	Reproche al autor imputable que pudo actuar de otra forma.	Se configuraba.	No se discute; la exclusión de pena deriva de la excepción, no de un defecto de culpabilidad.
Punibilidad	Posibilidad de imponer pena.	Pena de diez a trece años.	No se sanciona al médico que cumple los requisitos; en caso contrario, se aplica el art. 144 (COIP, 2014).

Nota. Elaboración propia a partir del COIP (2014) y de la Sentencia 67-23-IN/24 (CCE, 2024).

2.6.2 Naturaleza de la excepción y participación de terceros

La Corte condicionó la constitucionalidad del artículo 144 a que no sea sancionado "el médico" que ejecute la conducta en el supuesto descrito, pero no calificó dogmáticamente la excepción. Esta omisión tiene consecuencias prácticas. Si se entiende que la conducta es materialmente atípica porque no constituye una privación arbitraria de la vida, o que concurre una causa de justificación, la exclusión alcanza al hecho en sí y, conforme a la accesoriedad limitada de la participación, beneficia también a quienes colaboran en él. En cambio, si se interpreta como una excusa absolutoria personal del médico, otros intervinientes (profesionales de enfermería, farmacéuticos, representantes legales o familiares) quedarían expuestos a la pena. El reglamento exige la participación de al menos un médico y una enfermera (Primicias, 2024b), por lo que la ausencia de una definición legal explícita sobre este punto es un vacío con impacto directo en la seguridad jurídica. La interpretación más coherente con la razón de la decisión, que se apoya en la ausencia de privación arbitraria, es la que extiende la exclusión de responsabilidad al hecho colectivo realizado dentro del procedimiento, pero esa conclusión es una inferencia doctrinal que debería ser confirmada por el legislador.

2.7 La Sentencia No. 67-23-IN/24

2.7.1 Antecedentes procesales

El 8 de agosto de 2023, Paola Roldán Espinosa presentó una acción pública de inconstitucionalidad contra el artículo 144 del COIP, con una solicitud de suspensión. El 29 de septiembre de 2023, el Tercer Tribunal de la Sala de Admisión admitió la acción y negó la suspensión provisional. El Pleno priorizó la causa el 9 de noviembre de 2023 y el juez sustanciador convocó a una audiencia pública el 20 de noviembre de 2023, con participación de sujetos procesales y amici curiae (CCE, 2024). La sentencia se adoptó el 5 de febrero de 2024, con ponencia del juez Enrique Herrería Bonnet, y se notificó el 7 de febrero. Siete jueces votaron a favor y dos salvaron su voto; en su disidencia, la jueza Teresa Nuques Martínez cuestionó la competencia de la Corte para crear una causal de exención de la conducta penal (Lafferrière, 2024). La accionante falleció el 11 de marzo de 2024 sin haber accedido al procedimiento (Primicias, 2024a).

2.7.2 Razón de la decisión y decisión

La Corte razonó que el derecho a la vida admite excepciones a su inviolabilidad cuando se trata de proteger otros derechos y que la vida digna tiene dos dimensiones: la subsistencia y las condiciones mínimas para una vida decorosa. Concluyó que el artículo 144 del COIP, aplicado sin matices al médico que ejecuta una eutanasia solicitada por quien sufre intensamente, es incompatible con la vida digna y con el libre desarrollo de la personalidad (CCE, 2024; lpderecho, 2024). La Tabla 6 sintetiza sus características y la Tabla 7 los requisitos que la Corte estableció.

Tabla 6

Características principales de la Sentencia No. 67-23-IN/24

Aspecto	Contenido
Órgano y fecha	Pleno de la Corte Constitucional del Ecuador; 5 de febrero de 2024 (notificada el 7 de febrero).

Aspecto	Contenido
Juez ponente	Enrique Herrería Bonnet.
Votación	Siete votos a favor y dos votos salvados.
Acción	Acción pública de inconstitucionalidad del art. 144 del COIP, propuesta por Paola Roldán Espinosa.
Decisión sobre el COIP	Constitucionalidad condicionada del art. 144: no se sanciona al médico que ejecute una eutanasia activa en los supuestos fijados.
Decisión sobre el Código de Ética Médica	Constitucionalidad aditiva del art. 6 e inconstitucionalidad del art. 90, que fue expulsado del ordenamiento.
Órdenes de cumplimiento	MSP: reglamento provisional en dos meses. Defensoría del Pueblo: proyecto de ley en seis meses. Asamblea Nacional: expedir la ley en doce meses desde la presentación del proyecto, con informes trimestrales.
Derechos en que se funda	Vida digna (art. 66, num. 2) y libre desarrollo de la personalidad (art. 66, num. 5) de la CRE.

Nota. Elaboración propia a partir de CCE (2024), El Universo (2024), Teleamazonas (2024) y Lafferrière (2024).

Tabla 7

Requisitos para que la eutanasia activa no sea sancionada

Requisito	Contenido	Efecto de su incumplimiento
Consentimiento	Libre, informado e inequívoco, expresado por la persona o, cuando no pueda expresarlo, por su representante.	No opera la excepción; se aplica el art. 144 del COIP.
Padecimiento	Sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente corporal, grave e irreversible, o de una enfermedad grave e incurable.	No opera la excepción.
Sujeto activo	Procedimiento ejecutado por un médico.	No opera la excepción para quien no sea médico, salvo extensión por interpretación.

Nota. Elaboración propia a partir de la Sentencia 67-23-IN/24 (CCE, 2024).

La formulación del segundo requisito contiene una precisión textual relevante. El adverbio “necesariamente” califica a la lesión, que debe ser corporal, mientras que la

enfermedad se describe solo como grave e incurable. Por eso, el que los trastornos psiquiátricos queden excluidos no surge de una prohibición expresa, sino de una interpretación sistemática que combina el carácter corporal de la lesión, la exigencia de irreversibilidad y las dificultades para evaluar la capacidad de decisión. Esa interpretación es razonable, pero no es indiscutible, y el proyecto de ley debería resolverla de manera explícita.

2.8 Desarrollo normativo posterior a la sentencia

2.8.1 El Acuerdo Ministerial 00059-2024

El MSP expidió el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria mediante el Acuerdo Ministerial 00059-2024, publicado en el Tercer Suplemento del Registro Oficial 538 el 12 de abril de 2024, y establece que estará vigente hasta la expedición de la ley (MSP, 2024a; Lexis Noticias, 2024). Su estructura comprende ocho capítulos, dos disposiciones generales y tres transitorias (Primicias, 2024b). Define la eutanasia como la administración de fármacos en dosis letales a una persona con enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible, solicitada de forma voluntaria, informada e inequívoca (MSP, 2024b). La Tabla 8 resume sus contenidos principales.

Tabla 8

Contenido principal del Reglamento del MSP (Acuerdo Ministerial 00059-2024)

Aspecto	Regulación
Modalidades	Eutanasia activa voluntaria (solicitud expresa y actual del paciente) y avoluntaria (voluntad anticipada documentada y solicitud del representante).
Requisitos de solicitud	Nueve requisitos, entre ellos mayoría de edad, nacionalidad ecuatoriana o residencia permanente, informe médico con diagnóstico definitivo y, en la modalidad avoluntaria, voluntades anticipadas notariadas y certificación de incapacidad actual.
Órgano de decisión	Comité Interdisciplinario, integrado por médicos especialistas, psicólogo clínico, psiquiatra, abogado, bioeticista, trabajador social y representante de la sociedad civil, con posibilidad de excusa por conflicto de intereses u objeción de conciencia.

Aspecto	Regulación
Plazos	Dos días para el trámite en la Secretaría Técnica; diez días para que el solicitante ratifique o revoque; diez días para que el Comité resuelva.
Ejecución	En establecimientos del Sistema Nacional de Salud o en el domicilio; participación de al menos un médico y una enfermera; consentimiento informado escrito; revocación verbal posible hasta el inicio.
Efecto registral	La muerte se considera natural.

Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2024a, 2024b) y Primicias (2024a, 2024b).

El reglamento es un avance significativo y desvirtúa la idea de una ausencia total de regulación. Sin embargo, es una norma de rango administrativo y de vigencia transitoria, no contiene criterios clínicos que concreten los conceptos de gravedad e incurabilidad, y presenta puntos controvertidos que la propia Procuraduría General del Estado ha señalado respecto del proyecto de ley, como la restricción por nacionalidad y la indeterminación del alcance del representante legal (Jiménez Mora, 2026).

2.8.2 El proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia

La Defensoría del Pueblo presentó el proyecto de ley el 25 de septiembre de 2024, y el Consejo de Administración Legislativa lo calificó el 16 de octubre de 2024 (Lexis Noticias, 2025). Otra fuente registra una primera remisión el 28 de junio de 2024 (Lafferrière, 2024), lo que sugiere que la presentación formal y la remisión pudieron ocurrir en momentos distintos. El plazo de doce meses fijado a la Asamblea expiró el 25 de septiembre de 2025 sin que la ley se expidiera (Extra, 2026). El primer debate en el Pleno se realizó el 24 de marzo de 2026, sobre un texto de 51 artículos que reconoce la eutanasia voluntaria y la anticipada; al término de la sesión, el proyecto regresó a la Comisión del Derecho a la Salud para el informe de segundo debate (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026a; Prensa Latina, 2026).

Desde entonces, la Comisión ha recibido observaciones de la Procuraduría General del Estado, de gremios médicos, del sector asegurador y de especialistas nacionales e

internacionales (Jiménez Mora, 2026). Los temas más discutidos son la definición de consentimiento informado y de enfermedad grave e incurable, la figura del representante legal, la objeción de conciencia, la evaluación de la capacidad en presencia de condiciones como la depresión, la prohibición de aplicar el procedimiento a menores y la calificación de la muerte como natural para efectos de seguros (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026b, 2026d). El 20 de agosto de 2026, la Comisión resolvió unificar el proyecto con una iniciativa sobre salvaguardas frente al conflicto de interés del representante legal en la eutanasia voluntaria anticipada (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026c). A la fecha de cierre de esta investigación, la ley no ha sido aprobada. La Figura 1 presenta la secuencia de los hitos descritos.

Figura 1

Línea de tiempo normativa de la eutanasia activa en el Ecuador, 2023-2026



Nota. Elaboración propia a partir de CCE (2024), MSP (2024a), Lexis Noticias (2025), Extra (2026), Prensa Latina (2026) y Asamblea Nacional del Ecuador (2026b). La fecha de presentación del proyecto corresponde a la fuente periodística citada; ver el apartado 2.8.2.

2.9 Derecho comparado

El análisis comparado no busca importar modelos, sino identificar soluciones regulatorias y estándares de control que puedan ser pertinentes para el Ecuador. Se

seleccionaron cuatro ordenamientos por su relevancia: Bélgica, por su larga experiencia y sus informes oficiales; Colombia, por su cercanía regional y su origen jurisprudencial; España, por su ley reciente de regulación integral; y, de forma complementaria, otros modelos jurisdiccionales.

2.9.1 Bélgica

La ley belga de 28 de mayo de 2002 despenalizó la eutanasia practicada por un médico bajo condiciones de cuidado, entre ellas la capacidad y la conciencia del paciente, una solicitud voluntaria, reflexionada y reiterada, sin presiones externas, y un padecimiento constante e insoportable que no pueda aliviarse, resultante de una afección grave e incurable (Ley relativa a la eutanasia, 2002). El médico debe informar al paciente, verificar la persistencia de la solicitud, consultar a un segundo médico y, cuando la muerte no es previsible a corto plazo, a un tercero, además de respetar un plazo mínimo de un mes. Cada caso se registra y es revisado, con posterioridad, por la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, que puede remitir un expediente a la fiscalía si considera que no se cumplieron las condiciones (FCCEE, 2025). En 2024 se registraron 3991 casos, el 3,6 % de las muertes del país; en 2025, 4486 (FCCEE, 2025; World Federation of Right to Die Societies (WFRtDS), 2026). La Comisión no remitió ningún caso a las autoridades judiciales en 2024 y 2025 (Brussels Times, 2026). Los datos descriptivos se analizan en el Capítulo III.

2.9.2 Colombia

En Colombia, la Corte Constitucional declaró en la Sentencia C-239/97 que no es punible el homicidio por piedad cuando lo practica un médico, con consentimiento del sujeto pasivo, sobre un enfermo terminal (Corte Constitucional de Colombia, 1997). La falta de reglamentación durante casi dos décadas llevó a la Corte a ordenar al Ministerio de Salud que emitiera lineamientos (Corte Constitucional de Colombia, 2014), lo que dio lugar al protocolo de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Posteriormente, la

Sentencia C-233/21 extendió el supuesto a personas con intenso sufrimiento físico o psíquico proveniente de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, aunque no sean terminales (Corte Constitucional de Colombia, 2021). La experiencia colombiana muestra que una despenalización por vía judicial requiere varios años de ajustes regulatorios, y que el contenido del criterio de elegibilidad puede variar.

2.9.3 España y otros modelos

La Ley Orgánica 3/2021 regula la eutanasia como una prestación del sistema de salud, bajo condiciones de nacionalidad o residencia, mayoría de edad, capacidad y un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable con sufrimiento intolerable, con dos solicitudes separadas por un plazo mínimo, una evaluación por un médico responsable y otro consultor, un control previo por comisiones de garantía y evaluación y un registro de objetores de conciencia (Ley Orgánica 3/2021, 2021; Espericueta, 2025). En otras jurisdicciones, el origen del reconocimiento ha sido judicial: la Corte Suprema de Canadá en *Carter v. Canada* (Supreme Court of Canada, 2015), el Tribunal Constitucional Federal alemán en su sentencia de 26 de febrero de 2020 (Bundesverfassungsgericht, 2020) y la Corte Constitucional italiana en la sentencia 242/2019, que declaró la no punibilidad de la ayuda al suicidio bajo condiciones estrictas y con verificación por el servicio de salud (Corte Costituzionale, 2019). Este último caso es particularmente cercano a la técnica de la sentencia ecuatoriana. La Tabla 9 resume las diferencias más relevantes.

Tabla 9

Comparación de los marcos regulatorios de Ecuador, Bélgica, Colombia y España

Aspecto	**Ecuador**	**Bélgica**	**Colombia**	**España**
Origen	Sentencia 67-23-IN/24 (2024)	Ley de 2002	Sentencia C-239/97; ampliada por C-233/21	Ley Orgánica 3/2021

Aspecto	Ecuador	Bélgica	Colombia	España
Ley específica	En trámite (2026)	Sí	No; regulada por resoluciones	Sí
Nivel de regulación vigente	Reglamento ministerial provisional	Ley y supervisión estatal	Resoluciones del Ministerio de Salud	Ley orgánica y comisiones de garantía
Condición médica	Lesión corporal grave e irreversible o enfermedad grave e incurable	Afección grave e incurable con padecimiento físico o psíquico insoportable	Intenso sufrimiento físico o psíquico por lesión o enfermedad grave e incurable	Padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable
Control	Comité interdisciplinario antes del procedimiento	Revisión posterior por comisión federal	Comités interdisciplinarios	Control previo y posterior por comisiones
Registro nacional	No implementado; previsto en el proyecto	Sí, obligatorio y con informe bianual	Sí, mediante reportes	Sí, en el sistema de salud

Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2024a), Corte Constitucional de Colombia (1997, 2021), FCCEE (2025), Ley Orgánica 3/2021 (2021) y la Ley relativa a la eutanasia (2002). Los datos del Ecuador reflejan el estado a octubre de 2026.

2.10 Responsabilidad del profesional de la salud

La actuación del profesional que interviene en una eutanasia puede generar tres órdenes de responsabilidad. En el ámbito penal, la sentencia excluye la sanción solo cuando se cumplen los requisitos; si falta alguno, subsiste el homicidio simple, y si la actuación revela falta del deber objetivo de cuidado, podría configurarse el homicidio culposo por mala práctica profesional (COIP, 2014, arts. 145 y 146). En el ámbito civil, quien causa un daño por delito o cuasidelito está obligado a repararlo, de modo que un procedimiento realizado sin consentimiento válido o sin la verificación debida puede generar reclamaciones indemnizatorias. En el ámbito administrativo y deontológico, la sentencia eliminó el obstáculo

ético del artículo 90 del Código de Ética Médica, pero los deberes de información, confidencialidad y buena práctica siguen vigentes y su incumplimiento puede ser sancionado por las autoridades sanitarias y los colegios profesionales.

A esta estructura se suma la objeción de conciencia, que la Constitución reconoce como un derecho (CRE, 2008, art. 66, num. 12) y que el reglamento reconoce a los miembros del comité (Primicias, 2024b). Su regulación debe evitar dos riesgos simétricos: la obligación de participar contra la conciencia y la negación del acceso por una objeción institucional generalizada. La experiencia española incorpora un registro de objetores y obligaciones de derivación (Ley Orgánica 3/2021, 2021), una solución que puede inspirar al legislador ecuatoriano.

2.11 Cuidados paliativos y eutanasia: relación y límites

La relación entre cuidados paliativos y eutanasia es uno de los ejes del debate ético. La OMS (2020) define los cuidados paliativos como un enfoque que previene y alivia el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación rigurosa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. En la perspectiva de derechos, el acceso a cuidados paliativos forma parte del derecho a la salud (CRE, 2008, art. 32), de modo que su ausencia puede condicionar la voluntariedad de una solicitud de eutanasia.

La propia Corte Constitucional advirtió que su decisión no es una autorización abierta para privar de la vida de manera arbitraria ni exonera al Estado de garantizar prestaciones de salud y cuidados paliativos (El Universo, 2024). Esta precisión tiene una consecuencia operativa: un sistema que habilita la eutanasia sin asegurar paliativos accesibles incumple el estándar de garantías que exige el Comité de Derechos Humanos (2019). Por ello, la información sobre alternativas, incluidos los cuidados paliativos, es un componente del

consentimiento informado y debe constar en la historia clínica, y los observadores han recomendado evaluaciones sociales para detectar presiones como el abandono, la violencia o la percepción de carga familiar (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026d).

Conviene distinguir tres situaciones que se confunden con frecuencia en la práctica. La primera es la sedación paliativa para síntomas refractarios, que se rige por la proporcionalidad y no busca la muerte. La segunda es la limitación del esfuerzo terapéutico o el rechazo informado de un tratamiento, que ya estaba amparado por el consentimiento y los derechos del paciente. La tercera es la eutanasia activa, que sí exige la verificación de los requisitos de la sentencia. Documentar con claridad cuál de ellas se está realizando protege al paciente y al profesional, porque define el régimen jurídico aplicable.

CAPÍTULO III

LA METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación es cualitativa y no experimental (Hernández-Sampieri et al., 2014), con un diseño jurídico-doctrinal que incluye revisión documental (Witker, 2021). Por su alcance es descriptiva, porque caracteriza el fenómeno jurídico derivado de la constitucionalidad condicionada; interpretativa, porque analiza el sentido y las implicaciones de la sentencia desde el discurso jurídico y bioético; explicativa, porque identifica los factores que amplían o limitan su aplicación; y propositiva, porque formula lineamientos normativos y clínico-operativos. Es transversal, pues examina el estado de la regulación entre el 5 de febrero de 2024 y el 13 de octubre de 2026.

Se eligió este enfoque porque la sentencia es reciente, no existen decisiones judiciales consolidadas que la apliquen y el problema se define por la insuficiencia de normas y criterios, no por la frecuencia de un fenómeno medible. El diseño documental permite estudiar con profundidad las fuentes que determinan la conducta de los profesionales y las instituciones.

3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

3.2.1 Métodos

1. **Método jurídico-doctrinal.** Estudia la normativa penal, constitucional y sanitaria y la doctrina que la interpreta, en especial el artículo 144 del COIP y la Sentencia No. 67-23-IN/24.
2. **Método hermenéutico.** Interpreta el contenido normativo y ético de la sentencia, su razón de la decisión y el sentido de los conceptos jurídicos indeterminados en su contexto constitucional.

3. **Método comparado.** Contrasta el modelo ecuatoriano con Bélgica, como referente principal, y con Colombia, España y otras jurisdicciones, para identificar similitudes, diferencias y buenas prácticas transferibles.
4. **Método analítico-sintético.** Descompone los elementos normativos, doctrinales y éticos y los integra en conclusiones sobre los alcances y límites de la figura.

3.2.2 Técnicas

La técnica de recolección fue la revisión documental de fuentes primarias (Constitución, COIP, LOGJCC, Código de Ética Médica, sentencia, acuerdo ministerial, proyectos legislativos y comunicados oficiales) y secundarias (artículos científicos, libros, tesis, informes bioéticos, informes de la Comisión belga y prensa especializada para el seguimiento del trámite legislativo). Para el análisis se aplicó el análisis de contenido cualitativo (Bardin, 2016) en tres fases: codificación inicial, que identifica las categorías de la Tabla 2; codificación relacional, que conecta los principios en tensión con los vacíos detectados; y codificación final, que sintetiza hallazgos y propuestas.

3.2.3 Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos fueron fichas de análisis documental, que registran la referencia, el contenido relevante y su categoría, y matrices de categorización, que organizan los textos según legalidad, ética médica, autonomía, dignidad, responsabilidad penal y vacíos normativos. La búsqueda se realizó en bases como Web of Science, Scopus y vLex, repositorios universitarios y sitios oficiales, con operadores booleanos (AND, OR, NOT) y las palabras clave eutanasia, derecho a morir dignamente, derecho penal, Corte Constitucional, responsabilidad médica y bioética. Se incluyeron documentos que abordaran directamente la sentencia, su desarrollo normativo, la responsabilidad médica o la regulación comparada, y se excluyeron los que carecían de identificación de autor o fuente verificable. La Tabla 10 resume el procedimiento.

Tabla 10

Fases del procedimiento metodológico

Fase	Actividad	Producto
1. Delimitación	Definición del problema, objetivos y categorías de análisis.	Protocolo aprobado
2. Recolección	Búsqueda, selección y registro de fuentes primarias y secundarias.	Corpus documental y fichas
3. Codificación	Codificación inicial, relacional y final en matrices.	Matrices de categorización
4. Análisis	Interpretación hermenéutica, comparación y verificación de la hipótesis.	Hallazgos y discusión
5. Propuesta	Formulación de lineamientos normativos y clínico-operativos.	Capítulo IV

Nota. Elaboración propia.

3.2.4 Rigor y consideraciones éticas

El rigor se procuró mediante la triangulación de fuentes (norma, jurisprudencia, doctrina y datos oficiales), la trazabilidad de cada afirmación a una fuente citada y la verificación de los datos de actualidad en sitios oficiales o medios identificables. Al ser un estudio documental sin participantes, no requirió consentimiento informado. Se respetaron los derechos de autor mediante la citación conforme a las normas APA, séptima edición, y no se utilizaron datos personales de pacientes. Los datos periodísticos sobre solicitudes y debates legislativos se emplean como indicios de contexto, no como estadísticas oficiales.

3.3 Universo de estudio y tratamiento muestral

No aplica. La investigación no trabaja con una población de personas ni con muestreo. La unidad de análisis es el documento, y el corpus lo integran las fuentes citadas en la bibliografía, seleccionadas por pertinencia y verificabilidad. El protocolo preveía inicialmente una muestra de profesionales; la decisión de limitar el estudio al análisis normativo, jurisprudencial y comparado se justifica por la reciente emisión de la sentencia y la inexistencia de casos judiciales consolidados, y se reconoce como una limitación en el Capítulo IV.

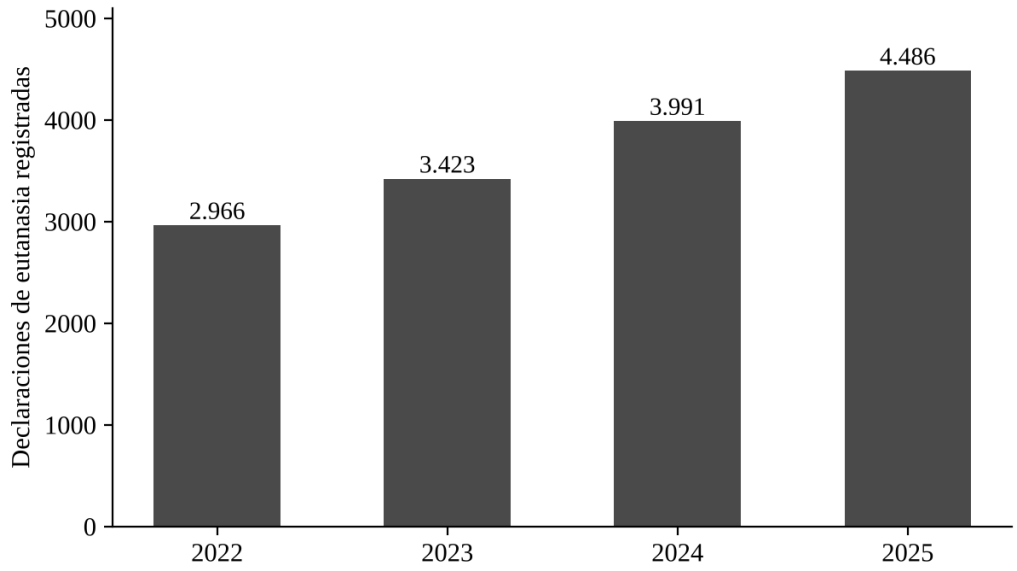
3.4 Tratamiento estadístico y representación gráfica

Se aplicó estadística descriptiva exclusivamente a datos secundarios oficiales de la Comisión Federal de Bélgica, con el fin de identificar las condiciones clínicas más frecuentes y valorar su compatibilidad con los presupuestos fijados por la Corte ecuatoriana. No se realizaron pruebas de inferencia, porque no hay muestra ni se pretende generalizar. Las cifras se presentan como fueron publicadas; la categoría “otras condiciones” se calculó por diferencia y se identifica como tal.

Entre 2022 y 2025 las declaraciones registradas aumentaron de 2966 a 4486, un incremento acumulado de 51,2 % (FCCEE, 2024, 2025; WFRtDS, 2026), como se observa en la Figura 2.

Figura 2

Declaraciones de eutanasia registradas en Bélgica, 2022-2025

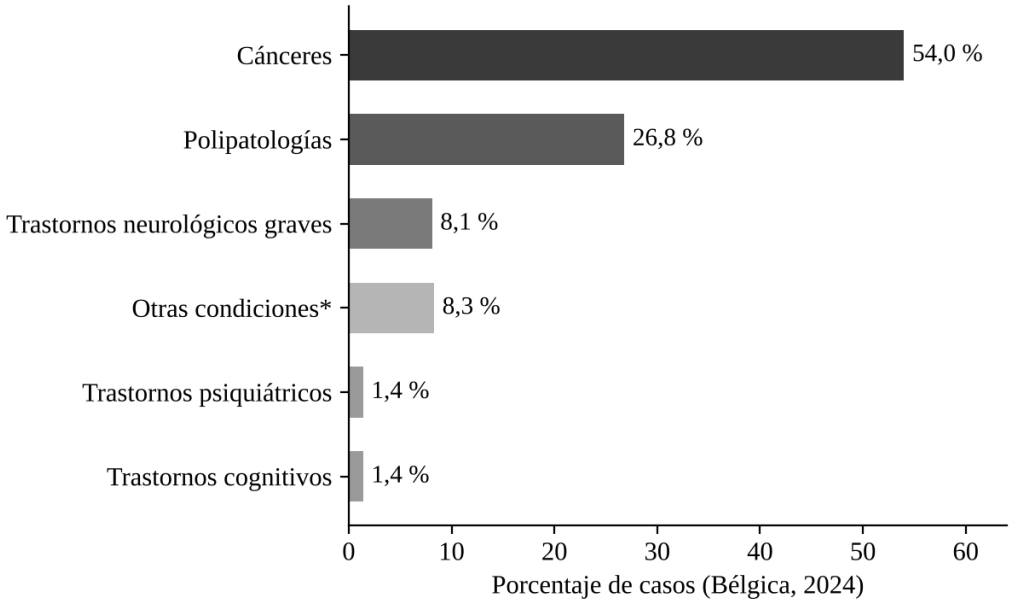


Nota. Elaboración propia a partir de FCCEE (2024) para 2022 y 2023, FCCEE (2025) para 2024 y WFRtDS (2026) para 2025.

En 2024, el 54 % de los casos correspondió a cánceres, el 26,8 % a polipatologías y el 8,1 % a trastornos neurológicos graves; los trastornos psiquiátricos y cognitivos representaron cada uno el 1,4 % (FCCEE, 2025). La Figura 3 y la Tabla 11 presentan la distribución.

Figura 3

Distribución de los casos de eutanasia por condición, Bélgica, 2024



Nota. * Categoría calculada por diferencia (100 % menos la suma de las categorías publicadas).

Elaboración propia a partir de FCCEE (2025).

Tabla 11

Indicadores descriptivos de la eutanasia en Bélgica

Indicador	**2024**	**2025**
Declaraciones registradas	3991	4486
Variación respecto del año anterior	+16,6 %	+12,4 %
Proporción de las muertes del país	3,6 %	4,0 %
Cánceres	54,0 %	49,9 %
Polipatologías	26,8 %	No consultado
Trastornos neurológicos graves	8,1 %	8,2 %
Trastornos psiquiátricos	1,4 %	1,6 %
Trastornos cognitivos	1,4 %	1,7 %

Nota. Elaboración propia a partir de FCCEE (2025) y WFRtDS (2026). “No consultado” indica que la cifra no fue verificada en las fuentes revisadas.

CAPÍTULO IV

LA PROPUESTA

4.1 Esquema de la propuesta

4.1.1 Título, naturaleza y objetivo

Título. Lineamientos normativos y clínico-operativos para la aplicación segura y constitucional de la eutanasia activa conforme a la Sentencia No. 67-23-IN/24.

Naturaleza. Es una propuesta académica, no vinculante, dirigida a orientar al legislador, a la autoridad sanitaria y a los establecimientos de salud. No sustituye el criterio médico individual ni la decisión de los órganos competentes, y debería ser validada por sociedades científicas y por la Corte Constitucional en lo que corresponda.

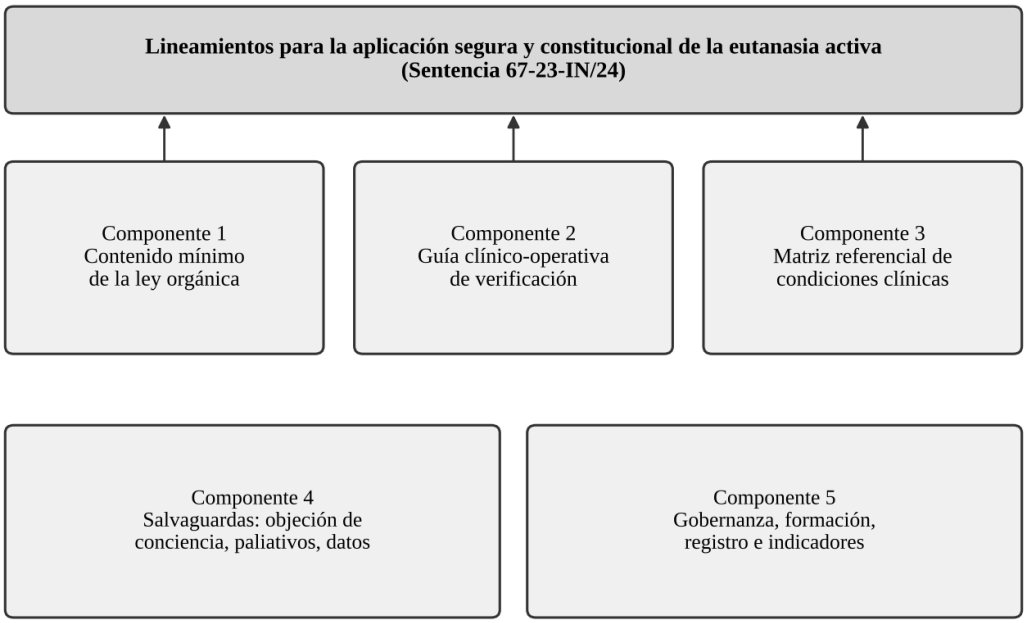
Objetivo. Reducir la inseguridad jurídica de pacientes y profesionales mediante criterios verificables, salvaguardas y mecanismos de control que concreten los alcances de la sentencia y compensen sus límites.

4.1.2 Fundamentación y principios rectores

La propuesta se funda en los hallazgos que se presentan en el apartado 4.2 y en cuatro principios: autonomía con garantías de voluntariedad y capacidad; protección de las personas vulnerables, conforme al estándar del Comité de Derechos Humanos (2019); primacía de los cuidados paliativos como alternativa previa y concurrente; y transparencia y control, con registro y auditoría. Se estructura en cinco componentes, que se muestran en la Figura 4.

Figura 4

Esquema de la propuesta



Nota. Elaboración propia.

4.2 Desarrollo de la propuesta

4.2.1 Hallazgos que sustentan la propuesta

El análisis documental permitió identificar los alcances y límites de la constitucionalidad condicionada, que se sintetizan en la Tabla 12.

Tabla 12

Alcances y límites identificados

Dimensión	Alcances	Límites
Jurídica	Excluye la sanción penal del médico que cumple los requisitos; reconoce la vida digna y la autonomía como fundamentos; tiene efectos generales y vinculantes.	No califica dogmáticamente la excepción; no precisa la situación de enfermeros y otros intervinientes; no define “enfermedad grave e incurable” ni “sufrimiento intenso”.
Ética y deontológica	Elimina la prohibición del art. 90 del Código de Ética Médica y adiciona el art. 6.	Persisten los deberes de información y de cuidados paliativos; la objeción de conciencia necesita reglas de ejercicio.

Dimensión	Alcances	Límites
Operativa	Existe un reglamento con comités interdisciplinarios y plazos (MSP, 2024a).	Es provisional y administrativo; sin guías clínicas; práctica registrada mínima, con 13 solicitudes y una aprobada (Layedra Torres, 2026).
Institucional	Hay un proyecto de ley en segundo debate.	El plazo constitucional de la Asamblea venció el 25 de septiembre de 2025; la ley no se ha aprobado.

Nota. Elaboración propia a partir de CCE (2024), MSP (2024a), Layedra Torres (2026) y Extra (2026).

La Tabla 13 detalla los vacíos normativos que persisten en octubre de 2026 y su nivel de riesgo, estimado por criterio del autor según su incidencia en la seguridad jurídica.

Tabla 13

Vacíos normativos y operativos identificados (2024-2026)

Vacío	Estado actual	Consecuencia	Riesgo
Ley orgánica	Proyecto sin aprobar; plazo vencido.	Reglas de rango administrativo	Alto
Guías clínicas nacionales	No identificadas en las fuentes revisadas.	Criterios dispares	Muy alto
Definición de conceptos clave	Observada por la Procuraduría para el proyecto (Jiménez Mora, 2026).	Inseguridad	Alto
Participación de no médicos	El reglamento exige enfermería; la sentencia solo menciona al médico.	Riesgo penal	Alto
Requisito de nacionalidad	Previsto en el reglamento; cuestionado por la Procuraduría.	Desigualdad	Medio-alto
Objeción de conciencia	Reconocida al comité; sin reglas generales.	Conflictos	Medio-alto
Registro y auditoría	Previstos en el proyecto, no implementados.	Sin trazabilidad	Alto

Nota. Elaboración propia. El nivel de riesgo es una valoración cualitativa del autor.

Respecto del análisis comparado, las condiciones más frecuentes en Bélgica son compatibles en gran medida con el criterio ecuatoriano de enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible. La Tabla 14 contrasta cada categoría con la sentencia.

Tabla 14

Compatibilidad de las categorías belgas con la Sentencia 67-23-IN/24

Categoría (Bélgica 2024)	**%**	**Compatibilidad**	**Observación**
Cánceres	54,0	Alta	Enfermedades graves e incurables en estadio avanzado.
Polipatologías	26,8	Media	Exigen valoración individual de gravedad e irreversibilidad.
Trastornos neurológicos graves	8,1	Alta	Por ejemplo, ELA, que fue la enfermedad de la accionante.
Trastornos cognitivos	1,4	Baja o condicionada	Plantean problemas de capacidad; solo vía voluntad anticipada.
Trastornos psiquiátricos	1,4	Baja	Fuera del texto de la sentencia por interpretación sistemática.

Nota. Elaboración propia a partir de FCCEE (2025) y CCE (2024).

4.2.2 Verificación de la hipótesis

La hipótesis se confirma parcialmente. Se confirma que la sentencia habilita la eutanasia activa bajo requisitos estrictos y que su alcance práctico y ético está limitado por la ausencia de una ley orgánica y de protocolos clínicos específicos, lo que afecta la seguridad jurídica. Debe matizarse, en cambio, que no hay ausencia total de regulación secundaria: el Acuerdo Ministerial 00059-2024 existe y regula el procedimiento. El límite real es su carácter provisional e incompleto, y la falta de criterios clínicos y de control posterior.

4.2.3 Discusión

Los hallazgos coinciden con la literatura que presenta la sentencia como un hito constitucional que exige desarrollo normativo (Alvarado-Vélez, 2025; García-Segarra, 2024). Se diferencian de la visión de un vacío absoluto, porque incorporan el reglamento. La experiencia colombiana confirma que la despenalización judicial sin ley demanda años de ajustes (Corte Constitucional de Colombia, 2014), y la belga muestra que el control institucional puede coexistir con un crecimiento sostenido de casos (FCCEE, 2025), lo que exige vigilancia. También se advierte una diferencia clave: Bélgica admite supuestos psiquiátricos y la Corte ecuatoriana habla de lesión corporal, lo que reduce el alcance pero aumenta la precisión.

Existen posiciones contrarias que merecen consideración: la disidencia sobre la competencia de la Corte para crear una excepción penal, la oposición de organizaciones médicas y morales (AMM, 2019; Congregación para la Doctrina de la Fe, 2020) y la preocupación por presiones sobre personas vulnerables. La propuesta las toma en cuenta mediante salvaguardas y la objeción de conciencia. Como limitaciones, el estudio es documental y no incluye percepciones de médicos ni de jueces; los datos sobre aplicación provienen de prensa; y el estado del trámite legislativo cambia con rapidez, por lo que debe actualizarse.

4.2.4 Componente 1: contenido mínimo de la ley orgánica

Se propone que la ley regule, como mínimo, los aspectos de la Tabla 15.

Tabla 15

Contenido mínimo propuesto para la ley orgánica

Aspecto	**Propuesta**
Naturaleza de la excepción	Declarar expresamente que la conducta ajustada a la ley no es punible para todos los intervinientes autorizados (médico, enfermería y personal de apoyo), para evitar la incertidumbre sobre la participación.

Aspecto	Propuesta
Definiciones	Definir enfermedad grave e incurable, lesión corporal grave e irreversible, sufrimiento intenso, consentimiento informado y capacidad de decisión, con criterios clínicos remitidos a guías técnicas.
Legitimación	Eliminar o justificar la restricción por nacionalidad; limitar el representante a la modalidad de voluntad anticipada y establecer salvaguardas contra su conflicto de interés.
Capacidad y salud mental	Exigir valoración de la capacidad sin presumir incapacidad por un diagnóstico, y aclarar la situación de los trastornos psiquiátricos como causa única.
Garantías	Doble evaluación médica independiente, información sobre alternativas y cuidados paliativos, plazos de reflexión flexibles y revocabilidad.
Objeción de conciencia	Regular la objeción individual, prohibir la institucional generalizada y asegurar la derivación y la continuidad de la atención.
Control	Comité de evaluación, registro nacional confidencial, informe anual público y auditoría posterior con remisión a la fiscalía ante indicios.
Aspectos conexos	Calificar la muerte como natural y coordinar con el régimen de seguros y los registros civiles.

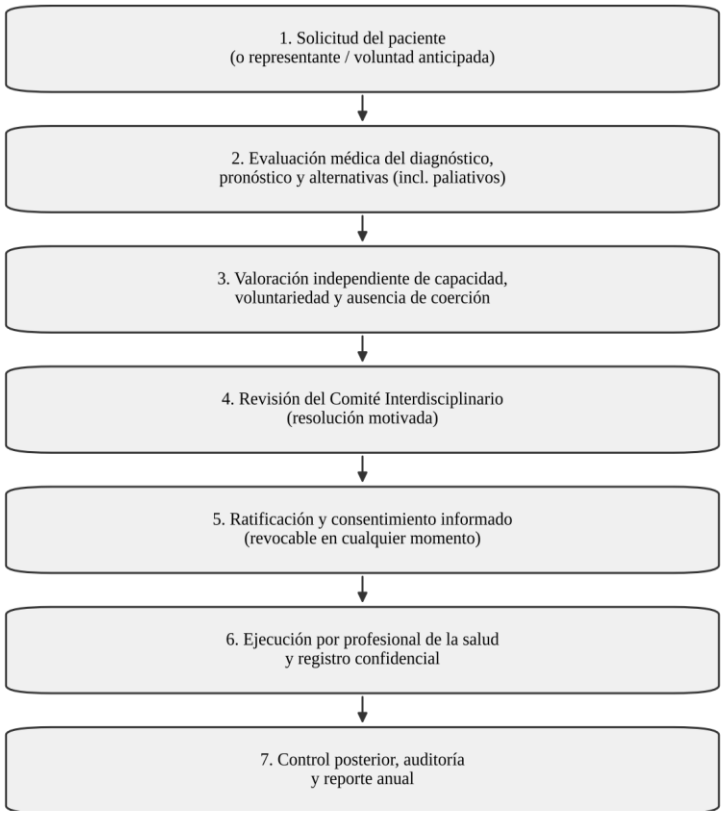
Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2024a), Jiménez Mora (2026) y Ley Orgánica 3/2021 (2021).

4.2.5 Componente 2: guía clínico-operativa de verificación

La guía organiza el procedimiento en siete etapas, que se corresponden con las del reglamento y añaden controles de capacidad, alternativas paliativas y auditoría, como muestra la Figura 5. Cada etapa debe quedar documentada en la historia clínica; el Anexo C contiene una lista de verificación.

Figura 5

Ruta propuesta para la verificación y ejecución del procedimiento



Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2024a) y del estándar del Comité de Derechos Humanos (2019).

4.2.6 Componente 3: matriz referencial de condiciones clínicas

Con base en las categorías más frecuentes en los informes belgas y en el texto de la sentencia, se propone una matriz referencial de nueve condiciones que podrían encuadrarse en los presupuestos de la sentencia. Es un listado ilustrativo y no taxativo: ninguna enfermedad habilita por sí sola el procedimiento, pues siempre se requiere una valoración individual de gravedad, incurabilidad o irreversibilidad, sufrimiento intenso, capacidad y consentimiento. Las escalas mencionadas son de uso clínico común y deben ser definidas por las sociedades científicas.

Tabla 16

Matriz referencial de condiciones clínicas

Condición	Grupo	Base de alineación	Criterios de verificación referenciales
1. Cáncer avanzado o metastásico refractario	A	Enfermedad grave e incurable.	Estadio avanzado, agotamiento de opciones curativas, deterioro funcional (p. ej., ECOG 3-4).
2. Esclerosis lateral amiotrófica	A	Enfermedad neurodegenerativa progresiva e incurable; caso de la accionante.	Progresión documentada, dependencia funcional y soporte respiratorio según escalas específicas.
3. Otras enfermedades neurodegenerativas avanzadas (Parkinson avanzado, enfermedad de Huntington)	A/B	Enfermedad grave e incurable con sufrimiento intenso.	Estadio avanzado y fracaso de manejo sintomático; evaluación especializada.
4. Esclerosis múltiple progresiva avanzada	B	Enfermedad grave e incurable.	Discapacidad severa medida con escalas validadas (p. ej., EDSS avanzado).
5. Insuficiencia cardíaca avanzada refractaria	B	Enfermedad grave e incurable.	Clase funcional IV (NYHA) pese a tratamiento óptimo.
6. Enfermedad pulmonar crónica en fase terminal	B	Enfermedad grave e incurable.	Estadio muy grave (p. ej., GOLD 4) con síntomas refractarios.
7. Cirrosis hepática descompensada terminal	B	Enfermedad grave e incurable.	Clase C de Child-Pugh sin opción de trasplante.
8. Lesión medular con tetraplejía u otra lesión corporal grave e irreversible	B	Lesión corporal grave e irreversible.	Irreversibilidad certificada y sufrimiento intenso no aliviable; valoración de alternativas de apoyo.
9. Polipatología crónica avanzada	B/C	Combinación de condiciones graves e incurables.	Valoración geriátrica integral; mayor riesgo de presión externa; evaluación social obligatoria.

Nota. Elaboración propia a partir de CCE (2024) y FCCEE (2025). Grupo A: alineación alta; B: alineación condicionada a valoración individual estricta; C: alineación incierta, con

garantías reforzadas. Trastornos psiquiátricos como causa única y demencia sin voluntad anticipada no forman parte de la matriz.

4.2.7 Componentes 4 y 5: salvaguardas, gobernanza e indicadores

El componente 4 reúne las salvaguardas: acceso previo y efectivo a cuidados paliativos, evaluación psicosocial para descartar coerción, abandono o carga familiar percibida, protección de datos sensibles y reglas de objeción de conciencia con derivación obligatoria. El componente 5 comprende la formación continua de los profesionales, el registro nacional confidencial y un tablero de indicadores públicos, como los de la Tabla 17.

Tabla 17

Indicadores de seguimiento propuestos

Indicador	**Finalidad**	**Responsable**
Solicitudes recibidas, aprobadas, negadas y desistidas	Medir acceso y detectar barreras.	MSP
Tiempo entre solicitud y resolución	Verificar el cumplimiento de plazos.	Comités
Distribución territorial de solicitudes	Detectar inequidades de acceso.	MSP
Acceso previo a cuidados paliativos	Verificar que la solicitud no obedezca a falta de alternativas.	Establecimientos
Casos remitidos a control o a la fiscalía	Evaluar el cumplimiento de requisitos.	Comisión de control
Profesionales capacitados y objetores registrados	Garantizar continuidad de la atención.	MSP y colegios

Nota. Elaboración propia.

4.2.8 Viabilidad y validación

La propuesta es viable porque se apoya en estructuras ya previstas en el reglamento (comités, plazos, consentimiento) y en el proyecto de ley (registro y control). Su implementación requiere voluntad legislativa, recursos para los comités y capacitación. Como siguiente paso se sugiere validar la matriz clínica con expertos mediante una técnica de

consenso, como el método Delphi, e incluir la voz de pacientes y de profesionales, lo que supera el alcance de esta investigación documental.

4.2.9 Escenarios de riesgo jurídico y su prevención

Con base en la estructura de la excepción, la Tabla 18 presenta escenarios típicos en los que el profesional puede quedar expuesto y las medidas de prevención que se desprenden de la propuesta. Las consecuencias señaladas son un análisis doctrinal del autor y no sustituyen la valoración de un juez o de un fiscal en cada caso.

Tabla 18

Escenarios de riesgo jurídico para el profesional y medidas de prevención

Escenario	Posible consecuencia	Medida de prevención
Consentimiento viciado, no documentado o no actual	No opera la excepción; riesgo de imputación por homicidio.	Consentimiento escrito, ratificación y constancia de la información entregada.
Diagnóstico o irreversibilidad no sustentados por informe médico	Discusión sobre el cumplimiento del presupuesto médico; riesgo penal y administrativo.	Informe del médico tratante y valoración independiente documentada.
Solicitud basada en una condición no comprendida en la sentencia	Riesgo penal por exceder el supuesto fijado.	Aplicar la matriz referencial y elevar el caso al comité.
Intervención de enfermería o personal de apoyo	Incertidumbre sobre la extensión de la exclusión de responsabilidad.	Aclaración legal expresa y protocolos de ejecución con roles definidos.
Representante con conflicto de interés	Cuestionamiento de la voluntad y de la validez del procedimiento.	Documento de voluntad anticipada válido y salvaguardas contra el conflicto de interés.
Objeción de conciencia sin derivación	Denegación de acceso y reclamaciones administrativas o constitucionales.	Registro de objetores y derivación obligatoria.
Falta de registro y trazabilidad	Imposibilidad de demostrar el cumplimiento en un eventual proceso.	Historia clínica completa y registro nacional confidencial.

Nota. Elaboración propia a partir de CCE (2024), MSP (2024a) y el análisis dogmático del Capítulo II.

CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado y en correspondencia con los objetivos específicos, se concluye lo siguiente.

1. **Implicaciones jurídicas, éticas y bioéticas (objetivo 1).** La Sentencia No. 67-23-IN/24 declaró la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP: no se sanciona al médico que ejecute una eutanasia activa cuando existe consentimiento libre, informado e inequívoco y un sufrimiento intenso proveniente de una lesión corporal grave e irreversible o de una enfermedad grave e incurable. Para el médico, la consecuencia es una protección condicionada al cumplimiento verificable de cada requisito; si falta alguno, subsiste el homicidio. En el plano deontológico, la expulsión del artículo 90 y la adición al artículo 6 del Código de Ética Médica eliminan el obstáculo ético para el supuesto de la sentencia, pero no los deberes de información, confidencialidad y buena práctica.
2. **Límites de la intervención médica (objetivo 2).** La intervención se limita al supuesto fijado por la Corte. El requisito de lesión "necesariamente corporal" y la exigencia de irreversibilidad llevan a una interpretación sistemática que excluye los trastornos psiquiátricos como causa única, aunque el texto no lo declara de manera expresa. La Corte no definió "enfermedad grave e incurable" ni "sufrimiento intenso", y no calificó dogmáticamente la excepción, lo que deja incierta la situación de enfermeros y demás intervinientes. La objeción de conciencia y los cuidados paliativos operan como límites éticos que exigen reglas de ejercicio.
3. **Efectos de la insuficiencia normativa (objetivo 3).** No existe un vacío absoluto: el Acuerdo Ministerial 00059-2024 regula el procedimiento, con comités interdisciplinarios, plazos y consentimiento escrito. Sin embargo, es una norma administrativa y transitoria, carece de criterios clínicos y de control posterior, y la ley

orgánica no ha sido expedida pese a que el plazo de la Asamblea venció el 25 de septiembre de 2025. Esa combinación mantiene criterios dispares, expone a los profesionales a riesgos penales, civiles y administrativos, y puede afectar el acceso. La aplicación registrada es mínima: según prensa, 13 solicitudes y una aprobada.

4. **Equilibrio entre vida y morir dignamente.** La Corte no derogó la protección de la vida: reconoció que no es absoluta cuando se trata de proteger la vida digna y el libre desarrollo de la personalidad, y limitó la excepción a un supuesto estricto. El estándar del Comité de Derechos Humanos exige garantías sólidas frente a la arbitrariedad, de modo que la legitimidad de la excepción depende de la calidad del control.
5. **Derecho comparado.** Las condiciones más frecuentes en Bélgica (cáncer, polipatologías y enfermedades neurológicas graves) son en su mayoría compatibles con los presupuestos ecuatorianos, aunque las polipatologías exigen valoración individual estricta. La experiencia belga, colombiana y española muestra que el control institucional, el registro y la regulación de la objeción de conciencia son componentes recurrentes.
6. **Propuesta (objetivo general).** Se formularon cinco componentes: contenido mínimo de la ley, guía clínico-operativa de verificación, matriz referencial de nueve condiciones clínicas, salvaguardas y mecanismos de gobernanza e indicadores. La matriz es ilustrativa y requiere validación por expertos.
7. **Hipótesis.** Se confirma: la sentencia habilita la práctica y su alcance real está limitado por la falta de ley orgánica y de guías clínicas, pero la regulación secundaria existe en forma de reglamento provisional.

En definitiva, la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP constituye un avance relevante en el Derecho Médico ecuatoriano, y su efectividad dependerá de que la ley, los protocolos y los mecanismos de control otorguen certeza jurídica a pacientes y profesionales.

RECOMENDACIONES

Se formulan las siguientes recomendaciones, dirigidas a los actores competentes.

A la Asamblea Nacional

1. Concluir con prioridad el trámite de la Ley Orgánica de la Eutanasia, atendiendo que el plazo constitucional ya venció, e incorporar el contenido mínimo propuesto en la Tabla 15 (Capítulo IV).
2. Declarar expresamente la naturaleza de la excepción y su alcance respecto de todos los intervinientes autorizados, y definir los conceptos de enfermedad grave e incurable, sufrimiento intenso, consentimiento informado y capacidad.
3. Revisar la restricción por nacionalidad, delimitar la figura del representante en la voluntad anticipada y prever salvaguardas contra su conflicto de interés.
4. Regular la objeción de conciencia individual, con derivación obligatoria, y evitar objeciones institucionales generalizadas que nieguen el acceso.

Al Ministerio de Salud Pública

1. Expedir guías clínicas nacionales, elaboradas con las sociedades científicas, que concreten los criterios de gravedad, incurabilidad, irreversibilidad y sufrimiento, y que validen la matriz referencial propuesta mediante consenso de expertos.
2. Implementar el registro nacional confidencial y publicar informes periódicos con los indicadores propuestos, incluida la distribución territorial de solicitudes.
3. Garantizar el acceso previo y efectivo a cuidados paliativos y la capacitación continua de los profesionales.

A los establecimientos de salud y colegios profesionales

1. Adoptar protocolos internos de documentación de cada etapa del procedimiento, que permitan demostrar el cumplimiento de los requisitos y protejan jurídicamente a los profesionales.

2. Establecer vías confidenciales para registrar objeciones de conciencia y asegurar la continuidad de la atención del paciente.

A la academia y a futuras investigaciones

1. Realizar estudios empíricos con médicos, jueces y comités, y seguimiento de casos, para medir el efecto de la sentencia en la práctica.
2. Analizar la naturaleza dogmática de la excepción y la situación del suicidio médicamente asistido, que no fue objeto de pronunciamiento específico de la Corte.

BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA

Alava, M. D. (2025). La despenalización condicionada de la eutanasia: Análisis jurídico constitucional de la sentencia 67-23-IN/24 en Ecuador. *Revista Lex Enlace*. https://revistalexenlace.com/index.php/ojs/article/view/21/65

Alexy, R. (2007). *Teoría de los derechos fundamentales* (2.ª ed.). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Alvarado-Vélez, J. A. (2025). El reconocimiento del derecho a la muerte digna en Ecuador: De la jurisprudencia constitucional a la reforma legal. *Estudios Constitucionales*, *23*(1). https://doi.org/10.4067/S0718-52002025000100278

Arévalo, D. A. (2024). Implicaciones médicas derivadas de la sentencia de la Corte Constitucional 67-23-IN/24. *Revista Metro Ciencia*. https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/665

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026a). *Asamblea Nacional tramita en primer debate el proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia*. https://www.asambleanacional.gob.ec/es/node/114936

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026b, 7 de octubre). *Comisión de Salud analiza límites y garantías para la regulación de la eutanasia*. https://www.asambleanacional.gob.ec/es/node/120041

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026c, 20 de agosto). *Comisión de Salud inicia tratamiento de propuesta de reformas sobre eutanasia voluntaria anticipada*. https://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/118684-comision-de-salud-inicia-tratamiento-de-propuesta-de

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026d, 25 de septiembre). *Comisión de Salud recoge criterios jurídicos y psicológicos para segundo debate de la Ley de Eutanasia*. https://www.asambleanacional.gob.ec/es/node/119635

Asociación Médica Mundial. (2019). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica*. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica

Bardin, L. (2016). *Análisis de contenido* (3.ª ed.). Ediciones Akal.

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.ª ed.). Oxford University Press.

Brussels Times. (2026). *Who are the Belgians choosing to die?* https://www.brusselstimes.com/brussels-2/2353799/who-are-the-belgians-choosing-to-die

Bundesverfassungsgericht. (2020, 26 de febrero). *Sentencia 2 BvR 2347/15 y otras (suicidio asistido)*. https://www.bundesverfassungsgericht.de

Código Orgánico Integral Penal [COIP]. (2014). Registro Oficial Suplemento 180, 10 de febrero de 2014. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf

Comité de Derechos Humanos. (2019). *Observación general núm. 36 (2018), relativa al derecho a la vida* (CCPR/C/GC/36). Naciones Unidas.

Congregación para la Doctrina de la Fe. (2020). *Samaritanus bonus: Carta sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida*. https://www.vatican.va

Constitución de la República del Ecuador [CRE]. (2008). Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008. https://www.asambleanacional.gob.ec/es/contenido/constitucion-de-la-republica-del-ecuador

Convención Americana sobre Derechos Humanos [CADH]. (1969). https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Corte Constitucional de Colombia. (1997). *Sentencia C-239/97*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-239-97.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T-970/14*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-970-14.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia C-233/21*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-233-21.htm

Corte Constitucional del Ecuador. (2024). *Sentencia No. 67-23-IN/24* (Juez ponente: Enrique Herrería Bonnet). https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcnBldGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidlNzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdlYzVkYTY3NGQucGRmJ30=

Corte Costituzionale della Repubblica Italiana. (2019). *Sentenza n. 242/2019*. https://www.cortecostituzionale.it

Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH]. (2013). *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. https://www.corteidh.or.cr

Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH]. (2016). *Caso I.V. vs. Bolivia*. https://www.corteidh.or.cr

Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH]. (2018). *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. https://www.corteidh.or.cr

Díaz-Amado, E. (2022). Morir dignamente y eutanasia: En el corazón de la medicina. *Salud UIS, 54*, Artículo e22026. https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22026

Dworkin, R. (1993). *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. Alfred A. Knopf.

El Universo. (2024, 7 de febrero). *Qué dice el fallo de la Corte Constitucional que abre la puerta a la eutanasia en Ecuador*. https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/quito-fallo-eutanasia-ecuador-paola-roldan-nota/

Espericueta, L. (2025). Tres años de la eutanasia en España: Datos, controversias y desafíos pendientes. *Medicina Clínica*, *165*(3), Artículo 107037. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775325002659

Extra. (2026). *Ley de eutanasia en Ecuador avanza lento: Estos son los puntos en debate*. https://www.extra.ec/noticia/ecuador/ley-eutanasia-ecuador-avanza-lento-son-puntos-debate-151906.html

Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia [FCCEE]. (2024). *Press release: Report euthanasia 2024, figures for years 2022-2023*. https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/press-release-report-euthanasia-2024-figures-years-2022-2023

Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia [FCCEE]. (2025). *Euthanasia: Publication of the 2024 figures for euthanasia in Belgium*. https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/euthanasia-publication-2024-figures-euthanasia-belgium

García-Segarra, H. (2024). La eutanasia en el derecho procesal ecuatoriano: Un análisis de la Sentencia 67-23-IN/24. *Reincisol*, *3*(6), 4790-4812. https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)4790

Gracia, D. (2007). *Fundamentos de bioética* (2.ª ed.). Triacastela.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hurtado Medina, M. J. (2016). La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Revista Médica de Risaralda*, *21*(2), 49-55. http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a10.pdf

Jiménez de Asúa, L. (1942). *Libertad de amar y derecho a morir* (4.ª ed.). Editorial Losada.

Jiménez Mora, R. J. (2026, 29 de mayo). *Ley de Eutanasia en Ecuador: Procuraduría y aseguradoras piden cambios en el proyecto*. Expreso. https://www.expreso.ec/politica/procuraduria-expone-reparos-ley-eutanasia-senala-ambiguedades-vacios-legales-283796.html

Lafferrière, J. N. (2024). *Proyecto de ley sobre eutanasia de la Defensoría del Pueblo de Ecuador*. Pontificia Universidad Católica Argentina. https://repositoriosdigitales.sicyt.gob.ar/vufind/Record/RIUCA_069bac1ea1b6f5e3072a819adeafd57a

Layedra Torres, F. (2026). *Sin tratamientos agotados, la eutanasia divide posturas en Ecuador*. Expreso. https://www.expreso.ec/politica/sin-tratamientos-agotados-la-eutanasia-divide-posturas-en-ecuador-279550.html

Lexis Noticias. (2024, 15 de abril). *Registro Oficial del día: Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria*. https://www.lexis.com.ec/noticias/registro-oficial-del-dia-reglamento-del-procedimiento-para-la-aplicacion-de-la-eutanasia-activa-voluntaria-y-avoluntaria

Lexis Noticias. (2025). *Comisión de Salud inicia tratamiento del proyecto de ley sobre eutanasia en Ecuador*. https://www.lexis.com.ec/noticias/comision-de-salud-inicia-tratamiento-del-proyecto-de-ley-sobre-eutanasia-en-ecuador

Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (1995). Ley 77, Registro Oficial 626, 3 de febrero de 1995.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (2021). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 72. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628

Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional [LOGJCC]. (2009). Registro Oficial Suplemento 52, 22 de octubre de 2009.

Ley Orgánica de Salud. (2006). Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre de 2006.

Ley relativa a la eutanasia [Loi relative à l'euthanasie]. (2002, 28 de mayo). *Moniteur belge*, 22 de junio de 2002.

LP Pasión por el Derecho. (2024, 7 de febrero). *No es punible la eutanasia practicada por un médico a solicitud de quien padece sufrimiento intenso [Sentencia 67-23-IN/24, ff. jj. 97-100]*. https://lpderecho.pe/corte-constitucional-ecuador-despenaliza-eutanasia-sentencia-67-23-in-24/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2024a). *Acuerdo Ministerial 00059-2024: Reglamento del procedimiento para la aplicación de la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria*. Registro Oficial Tercer Suplemento 538, 12 de abril de 2024.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2024b, 14 de abril). *Ministerio de Salud Pública emite reglamento para la aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador*. https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-emite-reglamento-para-la-aplicacion-de-la-eutanasia-activa-voluntaria-y-avoluntaria-en-ecuador/

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf

Orellana Naranjo, C. J. (2025). *Eutanasia en Ecuador: El médico entre el derecho y el delito. Un análisis de la Sentencia N.º 67-23-IN/24* [Tesis]. Universidad Politécnica Salesiana. https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/31753

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Cuidados paliativos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Prensa Latina. (2026, 24 de marzo). *Parlamento de Ecuador debate ley para regular la eutanasia*. https://www.prensa-latina.cu/2026/03/24/parlamento-de-ecuador-debate-ley-para-regular-la-eutanasia/

Primicias. (2024a, 12 de abril). *Aplicación de la eutanasia: Gobierno de Ecuador emite reglamento tras sentencia*. https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/reglamento-eutanasia-gobierno-ecuador/

Primicias. (2024b, 15 de abril). *Todo lo que debe saber del reglamento para aplicar la eutanasia en Ecuador*. https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/claves-reglamento-eutanasia-ecuador-ministerio-salud/

Real Academia Española [RAE]. (s. f.-a). Eutanasia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de octubre de 2026, de https://dle.rae.es/eutanasia

Real Academia Española [RAE]. (s. f.-b). Eutanasia. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. Recuperado el 13 de octubre de 2026, de https://dpej.rae.es/lema/eutanasia

Supreme Court of Canada. (2015). *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5. https://scc-csc.lexum.com

Teleamazonas. (2024, 7 de febrero). *La eutanasia se legaliza en Ecuador; Corte Constitucional aprueba demanda de Paola Roldán*. https://www.teleamazonas.com/corte-constitucional-eutanasia-ecuador-paola-roldan/

Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH]. (2002). *Pretty c. Reino Unido* (Demanda n.º 2346/02). https://hudoc.echr.coe.int

Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH]. (2011). *Haas c. Suiza* (Demanda n.º 31322/07). https://hudoc.echr.coe.int

Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH]. (2015). *Lambert y otros c. Francia* (Demanda n.º 46043/14). https://hudoc.echr.coe.int

Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH]. (2022). *Mortier c. Bélgica* (Demanda n.º 78017/17). https://hudoc.echr.coe.int

Tutiven-Ronquillo, R. S. (2025). Constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal para despenalizar la eutanasia en Ecuador. *Revista de Derecho, Universidad Regional Autónoma de los Andes*, 284-299. https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/DJE/article/view/3742

Witker, J. (2021). *Metodología de la investigación jurídica* (2.ª ed.). Universidad Nacional Autónoma de México.

World Federation of Right to Die Societies [WFRtDS]. (2026). *Belgium publishes the latest annual report on assisted dying*. https://wfrtds.org/public/belgium-publishes-the-latest-annual-report-on-assisted-dying/

ANEXOS

Anexo A. Matriz de coherencia de la investigación

Tabla 19

Matriz de coherencia

Nivel	Formulación	Metodología	Resultado esperado
Problema general	¿Cuáles son los alcances y límites jurídicos, éticos y operativos de la constitucionalidad condicionada del art. 144 del COIP respecto de la actuación de los profesionales de la salud ante la eutanasia activa (2024-2026)?	Enfoque cualitativo; diseño jurídico-doctrinal; método comparado.	Determinación integral del alcance de la sentencia y de su incidencia en la actuación médica.
Objetivo general	Analizar los alcances y límites jurídicos, éticos y operativos de la constitucionalidad condicionada y formular propuestas de aplicación segura.	Revisión documental y jurisprudencial; análisis doctrinario.	Marco interpretativo y propositivo.
Objetivo específico 1	Identificar las implicaciones jurídicas, éticas y bioéticas para los profesionales.	Método jurídico-doctrinal y hermenéutico.	Comprensión de las consecuencias legales y éticas.
Objetivo específico 2	Analizar los criterios que limitan la intervención médica.	Análisis hermenéutico de la sentencia.	Parámetros ético-legales de actuación.
Objetivo específico 3	Identificar los efectos de la insuficiencia normativa sobre la seguridad jurídica.	Método comparado y análisis normativo.	Vacíos y riesgos identificados.

Nota. Elaboración propia a partir del protocolo aprobado.

Anexo B. Modelo de ficha de análisis documental

Tabla 20

Modelo de ficha de análisis documental

Campo	Contenido
Código de la ficha	Número correlativo.
Referencia (APA 7)	Autor, año, título y fuente o enlace.
Tipo de fuente	Normativa, jurisprudencia, doctrina, informe oficial o prensa.

Campo	Contenido
Fecha de consulta	Día, mes y año de acceso.
Idea o dato relevante	Paráfrasis o dato con indicación de página o párrafo.
Categoría de análisis	Vida digna, autonomía, responsabilidad médica, seguridad jurídica o derecho comparado.
Observaciones	Fiabilidad de la fuente, contradicciones y vínculo con otras fichas.

Nota. Elaboración propia.

Anexo C. Lista de verificación clínico-jurídica referencial

Esta lista sirve de orientación para documentar el cumplimiento de los requisitos en la historia clínica. No sustituye el reglamento ni el criterio profesional.

Tabla 21

Lista de verificación referencial

N.º	Verificación	Cumple (Sí/No)
1	Mayoría de edad y condición exigida por la norma vigente.	
2	Diagnóstico definitivo y pronóstico documentados por el médico tratante, con informe médico.	
3	Enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible, con sustento clínico.	
4	Sufrimiento intenso descrito y valorado, con constancia de las medidas paliativas ofrecidas o realizadas.	
5	Valoración de la capacidad de decisión, de la voluntariedad y de la ausencia de presiones o coerción.	
6	Información completa y comprensible sobre diagnóstico, alternativas, riesgos y revocabilidad.	
7	Solicitud expresa e inequívoca y, en caso de voluntad anticipada, documento válido y certificación de incapacidad.	
8	Resolución motivada del Comité Interdisciplinario.	
9	Ratificación de la solicitud y consentimiento informado por escrito.	
10	Verificación de que ningún participante tiene conflicto de interés y registro de objeciones.	
11	Registro del procedimiento y reporte al sistema de control.	

Nota. Elaboración propia a partir de MSP (2024a), CCE (2024) y Comité de Derechos Humanos (2019).