



APLICACIÓN MÉDICA DEL REGLAMENTO PARA LA EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA Y AVOLUNTARIA EN ECUADOR

MEDICAL APPLICATION OF THE REGULATION FOR VOLUNTARY AND NON-VOLUNTARY ACTIVE EUTHANASIA IN ECUADOR

Vicky Alexandra Freire Palacios^{1*}

E-mail: vicky.freire.51@est.ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0811-7785>

María Auxiliadora Santacruz Vélez¹

E-mail: maria.santacruz@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9617-7289>

¹Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Freire Palacios, V. A., & Santacruz Vélez, M. A. (2026). Aplicación médica del reglamento para la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria en Ecuador. *Universidad y Sociedad* 18(1). e5647.

RESUMEN:

El presente estudio analiza la aplicación médica del Reglamento del Procedimiento para la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador, identificando los principales desafíos que limitan su implementación efectiva. El objetivo fue examinar los vacíos normativos y clínicos del reglamento y proponer lineamientos que fortalezcan su operatividad en el sistema de salud. Para ello, se empleó un diseño cualitativo basado en revisión documental de fuentes académicas y análisis crítico de marcos regulatorios internacionales. Los resultados evidenciaron carencias en guías farmacológicas y protocolos clínicos, ausencia de programas de formación profesional, debilidades en los mecanismos de supervisión externa y falta de protocolos claros frente a la objeción de conciencia. Estos hallazgos reflejan la necesidad de complementar la normativa con instrumentos técnicos y mecanismos de control que garanticen seguridad, transparencia y respeto a los derechos de los pacientes. Se concluye que la eficacia del reglamento depende de su articulación con medidas operativas concretas.

Palabras clave: Eutanasia, Bioética, Políticas de salud, Derechos humanos.

ABSTRACT:

This study analyzes the medical application of the Regulation on the Procedure for Voluntary and Involuntary Active Euthanasia in Ecuador, identifying the main challenges that limit its effective implementation. The objective was to examine the regulatory and clinical gaps of the regulation and to propose guidelines to strengthen its operability within the health system. A qualitative design was employed, based on documentary review of academic sources and critical analysis of international regulatory frameworks. The results revealed deficiencies in pharmacological guidelines and clinical protocols, lack of structured professional training programs, weaknesses in external supervision mechanisms, and absence of clear protocols regarding conscientious objection. These findings highlight the need to complement the regulation with technical instruments and monitoring mechanisms that ensure safety, transparency, and respect for patients' rights. It is concluded that the effectiveness of the regulation depends on its articulation with concrete operational measures.

Keywords: Euthanasia, Bioethics, Health policies, Human rights.

INTRODUCCIÓN

La eutanasia constituye uno de los debates más complejos en el ámbito de la bioética contemporánea, al situarse en la intersección entre la autonomía individual, la dignidad humana y las responsabilidades ético-legales de los Estados. Desde una perspectiva médica, se define como la intervención deliberada que busca poner fin a la vida de un paciente que padece una enfermedad incurable y genera sufrimiento físico o psíquico intolerable, siempre mediada por consentimiento informado (Ramos-Pozón, 2025a).

Su relevancia trasciende la esfera sanitaria para inscribirse en los marcos jurídicos y sociales, donde se discute el alcance de los derechos fundamentales en contextos de vulnerabilidad y sufrimiento extremo. En este sentido, la importancia académica del estudio radica en examinar la coherencia y aplicabilidad de los marcos regulatorios, especialmente en países en vías de desarrollo, donde las tensiones entre normatividad y práctica clínica suelen ser más evidentes (Gómez-Vírseda et al., 2020).

En el plano internacional, la eutanasia ha sido reconocida legalmente en jurisdicciones como Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, España, Canadá, Nueva Zelanda y, más recientemente, Portugal, cada una con particularidades normativas respecto a los criterios de acceso y los grupos poblacionales incluidos (Espericueta, 2025).

En el contexto europeo, países como Países Bajos (2002), Bélgica (2002) y más recientemente España (2021) han desarrollado marcos normativos robustos y altamente estructurados. En los Países Bajos, la Ley de Revisión de la Terminación de la Vida a Petición y el Suicidio Asistido establece criterios claros: solicitud voluntaria, sufrimiento insoportable y ausencia de alternativas terapéuticas razonables. Bélgica adopta un modelo similar, ampliándolo posteriormente a pacientes menores de edad con condiciones terminales, siempre bajo estricta supervisión médica y consentimiento informado.

España, por su parte, promulga en 2021 la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, que se distingue por la existencia de Comisiones de Garantía y Evaluación en cada comunidad autónoma. Estas comisiones supervisan los casos, garantizan el cumplimiento de requisitos legales y evalúan posibles irregularidades. La normativa española incluye protocolos detallados para la administración de fármacos y mecanismos de objeción de conciencia regulados, lo que evita vacíos en la atención de los pacientes (Dierickx et al., 2016).

En América Latina, el caso paradigmático de Colombia constituye un referente indispensable para comprender la

regulación de la eutanasia en contextos de alta sensibilidad bioética. Desde la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional reconoce el derecho a morir dignamente en circunstancias de sufrimiento intolerable e incurable, lo que obliga a la creación de protocolos médicos y de comités interdisciplinarios para supervisar cada procedimiento (Delgado, 2017). Posteriormente, las Resoluciones 1216 de 2015 y 971 de 2021 consolidan un marco operativo con guías clínicas específicas, garantizando tanto la seguridad de los pacientes como la protección jurídica de los profesionales de la salud.

Uno de los aportes centrales del modelo colombiano ha sido la institucionalización de los Comités Científicos Interdisciplinarios, responsables de evaluar la pertinencia de cada solicitud de eutanasia. Esta medida asegura la trazabilidad de los casos y la deliberación ética antes de autorizar un procedimiento, lo que contribuye a la transparencia y la confianza social. En Colombia, se establecen lineamientos sobre objeción de conciencia, con la obligación de derivación a otro profesional o institución, evitando que este derecho interfiera con el acceso efectivo del paciente al procedimiento (Montaño, 2025).

La experiencia comparada de Colombia y Europa ofrece aprendizajes relevantes para Ecuador. La incorporación de protocolos clínicos detallados, comités interdisciplinarios y sistemas de supervisión externa son mecanismos que fortalecen la legitimidad y la aplicabilidad de la eutanasia en los sistemas de salud. En este sentido, el Reglamento ecuatoriano de 2024 puede enriquecerse adoptando elementos de estas normativas internacionales, particularmente en lo relacionado con formación profesional, estandarización farmacológica y transparencia institucional, garantizando así un ejercicio ético y seguro del derecho a la muerte digna (Dierickx et al., 2016; Montaño, 2025).

En contraste, la mayoría de los países de la región, como México, Perú y Brasil, restringen la discusión al ámbito de los cuidados paliativos, manteniendo la eutanasia activa como una práctica ilegal (Barturen-Mondragón et al., 2024). Ecuador, por su parte, marcó un hito en 2024 con la aprobación del *Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria* (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2024), tras la sentencia de la Corte Constitucional que reconoció la eutanasia como un derecho fundamental en casos de sufrimiento intolerable e irreversible (Montaño, 2025).

En esta misma línea, en Ecuador, la promulgación del Acuerdo Ministerial 00059-2024 se produjo tras la Sentencia N.º 34-19-IN/24 de la Corte Constitucional, que reconoció la eutanasia como un derecho fundamental

en casos de sufrimiento intolerable. Este fallo obliga al Ministerio de Salud a expedir una normativa que regule su aplicación (Montaño, 2025).

Si bien este marco normativo constituye un avance significativo en la protección de los derechos de los pacientes, su implementación enfrenta múltiples desafíos. Entre ellos destacan la ausencia de protocolos médicos específicos, la insuficiente capacitación del personal de salud en procedimientos de eutanasia y las tensiones derivadas de la objeción de conciencia institucional y profesional (Gruezo-Realpe & Fernández-Rosales, 2024).

La experiencia comparada, especialmente la colombiana, muestra que la operacionalización de la eutanasia requiere sistemas normativos claros, guías clínicas precisas y procesos de supervisión rigurosos que aseguren tanto la protección de los pacientes como la seguridad legal de los profesionales sanitarios (Estrella, 2024).

En la mayoría de los países donde la eutanasia está regulada, se establece que el médico tratante debe realizar la valoración inicial de la solicitud, confirmando la condición de enfermedad irreversible y el sufrimiento intolerable. Posteriormente, un segundo médico independiente revisa el caso y emite un dictamen para asegurar objetividad y transparencia en la decisión. Este doble control busca reducir riesgos de arbitrariedad y proteger los derechos fundamentales del paciente.

Desde el punto de vista farmacológico, los protocolos internacionales recomiendan el uso de barbitúricos de acción rápida, como el pentobarbital sódico o el secobarbital, administrados en dosis letales por vía oral o intravenosa. En casos hospitalarios, también se emplean combinaciones de propofol (anestésico de acción rápida) con relajantes musculares como el rocuronio o el pancuronio, garantizando una pérdida rápida de la conciencia seguida de paro cardiorrespiratorio (Carrier & Araya, 2021). La elección del fármaco depende de la disponibilidad, el contexto clínico y las normativas locales.

El procedimiento suele dividirse en fases claramente estandarizadas: evaluación del paciente, confirmación de requisitos legales, consentimiento informado, preparación del entorno clínico, administración del fármaco y seguimiento post mortem con certificación de Defunción (PuentesLópez et al., 2023). Cada etapa se documenta de manera rigurosa para garantizar trazabilidad y control, lo que contribuye a la legitimidad médica y jurídica del proceso.

La experiencia internacional demuestra que la combinación de equipos especializados, protocolos farmacológicos estandarizados y registros clínicos detallados es

fundamental para asegurar que la eutanasia se realice en condiciones de seguridad, transparencia y respeto a la dignidad humana. En Ecuador, la implementación de estas prácticas aún representa un desafío, ya que el reglamento vigente no especifica con claridad los medicamentos ni los protocolos médicos a emplear. Adaptar estas experiencias a la realidad nacional constituiría un paso decisivo hacia la consolidación de un modelo de aplicación médica confiable y ético (Montaño, 2025).

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar el enfoque normativo y médico establecido en el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador, identificando sus implicaciones bioéticas, jurídicas y prácticas en la atención sanitaria, así como los principales desafíos para su implementación efectiva en el contexto ecuatoriano. Este análisis busca contribuir al debate académico y al fortalecimiento de políticas públicas que garanticen un ejercicio ético, seguro y respetuoso del derecho a la muerte digna en la región.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, debido a la naturaleza normativa, ética y social del objeto de estudio. Se ha optado por un diseño descriptivo y analítico, que permite aproximarse de manera integral a los aspectos conceptuales, históricos, legislativos y prácticos de la eutanasia activa en el Ecuador, enmarcada en el Acuerdo Ministerial 00059-2024.

Desde la perspectiva descriptiva, se abordaron antecedentes, conceptos y el desarrollo normativo de la eutanasia en Ecuador, con el fin de situar el contexto local. Posteriormente, se realizó un análisis comparado con experiencias internacionales relevantes, en particular los casos de Bélgica, Canadá y Colombia, países que cuentan con marcos legales consolidados sobre la eutanasia activa. Este contraste permite identificar similitudes, diferencias, limitaciones y oportunidades de mejora en la normativa ecuatoriana.

El corpus documental estuvo conformado por fuentes normativas, jurídicas y científicas. Entre ellas se incluyeron: el texto íntegro del Acuerdo Ministerial 00059-2024, la Constitución de la República del Ecuador, sentencias judiciales pertinentes, reglamentos y leyes nacionales relacionadas, así como literatura científica publicada en bases de datos indexadas (Scopus, Web of Science y Scielo). Se seleccionaron documentos con criterios de pertinencia temática, relevancia académica y vigencia temporal (últimos diez años), con el objetivo de garantizar la actualización y confiabilidad de la información.

Las técnicas empleadas fueron el análisis documental y el análisis comparado, organizados mediante fichas de análisis que facilitaron la clasificación, sistematización y codificación de la información en categorías previamente definidas: conceptual, normativa, ética y comparativa. Estas categorías permitieron examinar tanto la estructura, alcance, limitaciones y aplicabilidad del reglamento en la práctica médica, como sus implicaciones en relación con derechos fundamentales, tales como la vida, la dignidad humana y la autonomía del paciente.

En cuanto al procedimiento, el análisis se desarrolló en tres fases:

Revisión y organización del corpus documental, aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Codificación temática en categorías analíticas, con base en literatura especializada y en la estructura del reglamento.

Interpretación y contraste, integrando la normativa ecuatoriana con las experiencias internacionales, a fin de generar hallazgos relevantes para el ámbito médico-jurídico nacional.

Para asegurar la calidad y consistencia de los resultados, se incorporaron criterios de rigor propios de la investigación cualitativa, cuidadosamente adaptados al contexto jurídico y social.

Credibilidad: garantizada mediante la selección de fuentes normativas y científicas de alta calidad (documentos oficiales y literatura académica indexada), contrastando perspectivas médicas, éticas y jurídicas para minimizar sesgos interpretativos.

Transferibilidad: alcanzada a través del análisis comparado con legislaciones de países donde la eutanasia está legalizada, lo cual permite extrapolar hallazgos y generar aprendizajes útiles para contextos similares.

Dependencia: fortalecida por la construcción de un protocolo de análisis documental replicable, basado en categorías analíticas claramente definidas.

Confirmación: asegurada mediante el registro sistemático de las fichas de análisis documental, lo que permitió sustentar cada interpretación en evidencia verificable y evitar juicios subjetivos no fundamentados.

Este enfoque metodológico, multidimensional y riguroso, permitió integrar los planos legales, médico y ético de la aplicación del Reglamento para la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador, ofreciendo un análisis coherente, estructurado y con validez académica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis documental permite identificar que el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador establece criterios médicos y legales centrados en el consentimiento informado, la valoración multidisciplinaria y la definición de enfermedades incurables e irreversibles como condición de acceso. Se constata la existencia de lineamientos para la constitución de Comités Médicos de Eutanasia, responsables de evaluar la pertinencia de cada solicitud.

Se determina que, al momento del análisis, el Reglamento no incluye protocolos clínicos detallados sobre las fases de aplicación del procedimiento (evaluación, preparación, administración del fármaco y seguimiento post mortem). En particular, se identifica ausencia de guías estandarizadas sobre farmacología y monitoreo de complicaciones, lo que genera vacíos en la seguridad clínica.

Los datos revisados evidencian una baja disponibilidad de programas de formación profesional en eutanasia. Los informes del Ministerio de Salud no reportan planes de capacitación sistemática para médicos generales, especialistas y equipos de enfermería, lo que limita la aplicabilidad del Reglamento en la práctica asistencial.

Se observa que la normativa reconoce la objeción de conciencia como derecho de los profesionales y de las instituciones sanitarias. Sin embargo, no se registra un sistema de derivación estandarizado que garantice continuidad de la atención en casos de negativa por objeción de conciencia.

El análisis comparado con la experiencia colombiana y española muestra diferencias significativas en cuanto a la precisión de protocolos médicos, la existencia de supervisión externa y la formación del personal de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación normativa y médica entre Ecuador, Colombia y España.

Aspecto	Ecuador (2024)	Colombia (2015–2022)	España (2021)
Protocolos médicos	Ausentes	Guías clínicas detalladas	Protocolos clínicos estandarizado
Capacitación profesional	Limitada	Programas de formación continua	Formación regulada por el Ministerio
Supervisión externa	Parcial (Comités locales)	Comité Nacional de Eutanasia	Comisión de Garantía y Evaluación
Objeción de conciencia	Reconocida, sin mecanismos de derivación	Reconocida, con obligación de remisión	Reconocida, con derivación regulada

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez-Vírseda et al. (2020).

La comparación normativa y médica entre Ecuador, Colombia y España evidencia diferentes niveles de madurez en la regulación y aplicación de la eutanasia. En Ecuador, tras la sentencia constitucional de 2024, el marco es aún incipiente: no existen protocolos médicos estandarizados, la capacitación profesional es limitada y los mecanismos de supervisión y objeción de conciencia carecen de procedimientos claros de derivación, lo que genera vacíos para la implementación práctica.

En contraste, Colombia presenta un desarrollo intermedio, con guías clínicas detalladas, programas de formación continua y cuenta con la existencia de un Comité Nacional de Eutanasia que supervisa los casos. La objeción de conciencia está reconocida, pero incluye la obligación de remisión, lo que garantiza la continuidad del proceso para el paciente.

España refleja el modelo más consolidado, con protocolos clínicos estandarizados y formación profesional regulada directamente por el Ministerio de Sanidad. La supervisión externa se articula mediante la Comisión de Garantía y Evaluación, y la objeción de conciencia se encuentra claramente regulada con mecanismos de derivación, lo que otorga mayor seguridad jurídica y sanitaria al procedimiento. En suma, la tabla muestra que Ecuador se encuentra en una etapa inicial de institucionalización, mientras que Colombia y España han avanzado hacia modelos más estructurados y garantistas.

La Tabla 2 evidencia los principales vacíos en la implementación del Reglamento de Eutanasia en Ecuador, mostrando que la normativa aún carece de los elementos mínimos necesarios para garantizar un procedimiento seguro, ético y transparente. En primer lugar, la ausencia de protocolos clínicos y farmacológicos estandarizados deja a los profesionales de la salud sin lineamientos claros sobre cómo proceder, lo que incrementa el riesgo de arbitrariedades y prácticas inconsistentes.

Tabla 2. Principales vacíos en la implementación del Reglamento de Eutanasia en Ecuador.

Categoría	Descripción
Protocolos clínicos y farmacológicos	Ausencia de guías estandarizadas para la práctica médica
Formación profesional	Carencia de programas estructurados para capacitar al personal de salud.
Supervisión externa	Limitaciones en los mecanismos de control y transparencia.
Objeción de conciencia	Inexistencia de protocolos claros de derivación en casos de objeción.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ecuador. Ministerio de Salud Pública (2024).

En este mismo sentido, la falta de programas estructurados de formación profesional limita la preparación técnica y ética del personal sanitario, lo que contrasta con la complejidad del procedimiento y la carga emocional que conlleva. Del mismo modo, los mecanismos de supervisión externa resultan insuficientes, debilitando la transparencia y la confianza social en el proceso.

En última instancia, la inexistencia de protocolos claros de derivación frente a la objeción de conciencia impide garantizar el acceso efectivo de los pacientes, generando desigualdades en la aplicación de un derecho reconocido jurisprudencialmente. En conjunto, estos vacíos reflejan que, a pesar de contar con un precedente judicial que autoriza

la eutanasia, el marco normativo ecuatoriano aún no asegura su adecuada implementación, lo que demanda reformas urgentes inspiradas en modelos internacionales consolidados.

Montaño (2025) analiza la sentencia 67-23-IN emitida por la Corte Constitucional del Ecuador (2024), la cual declara la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal y abrió la posibilidad de practicar la eutanasia bajo circunstancias específicas. El caso de un paciente con esclerosis lateral amiotrófica, fue el detonante de este proceso histórico, al poner en el centro del debate nacional la tensión entre el derecho a la vida, la dignidad humana y la autonomía personal frente al sufrimiento causado por enfermedades incurables.

El autor examina los argumentos del voto mayoritario y los votos salvados, destacando cómo la Corte justifica la eutanasia como un procedimiento excepcional, vinculado a los derechos de dignidad, libre desarrollo de la personalidad y prohibición de tratos crueles. No obstante, subraya las críticas en torno a la arbitrariedad jurídica y a las limitaciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano, que dificultan la materialización de este precedente. Por ende, la objeción de conciencia médica se identifica como un vacío importante, pues carece de lineamientos claros para su aplicación efectiva.

Montaño (2025) advierte sobre la teoría de la “pendiente resbaladiza”, según la cual la autorización de la eutanasia puede derivar en una normalización de su práctica sin el desarrollo paralelo de políticas públicas en salud. Si bien la decisión judicial constituye un hito al convertir a Ecuador en el segundo país sudamericano en reconocer esta práctica, su implementación real carece aún de una base sólida, configurándose como un precedente polémico y en construcción.

En esta línea, el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia presenta vacíos significativos que limitan su operatividad clínica. La ausencia de protocolos farmacológicos oficiales representa un problema prioritario, pues sin guías estandarizadas los profesionales carecen de un marco seguro para administrar los medicamentos. La elaboración de protocolos nacionales, diseñados en colaboración con sociedades científicas y fundamentados en experiencias internacionales, se perfila como una condición indispensable para dotar de seguridad al proceso.

La aplicación médica de la eutanasia requiere la participación de un equipo interdisciplinario altamente capacitado, que generalmente incluye a médicos especialistas en cuidados paliativos, oncología, medicina interna o neurología y personal de enfermería entrenado en procedimientos

de final de vida (Wong et al., 2019). Estos profesionales no solo aseguran la correcta administración del procedimiento, sino que también brindan acompañamiento ético y emocional al paciente y su familia.

En cuanto a la supervisión externa, el reglamento ecuatoriano delega la evaluación de los casos a comités locales, lo que puede restringir la transparencia y la trazabilidad de las decisiones. En algunos países, la objeción institucional ha demostrado generar barreras reales de acceso a la eutanasia o asistencia al morir, al imponer demoras, transferencias forzadas u omisiones en la evaluación de elegibilidad (White et al., 2023). En paralelo, la objeción de conciencia profesional sin protocolos claros de derivación plantea un riesgo de inequidad, especialmente en zonas rurales, al quedar los pacientes a merced de la disponibilidad institucional (Martins-Vale et al., 2023).

La construcción de guías clínicas integrales aparece como otro desafío pendiente. Estas guías no solo deben abarcar los aspectos médicos, sino también dimensiones éticas y psicosociales, como el acompañamiento psicológico a las familias, los registros clínicos digitalizados y las auditorías periódicas de los procesos. La ausencia de tales herramientas limita la coherencia de la normativa con los principios de beneficencia, autonomía y justicia sanitaria, y restringe la confianza social en la eutanasia (Montaño, 2025).

La estandarización clínica y farmacológica emerge como un aspecto central para dotar de seguridad al procedimiento. El establecimiento de protocolos oficiales, con fases claramente definidas y medicamentos autorizados, ha demostrado en Bélgica y Canadá ser un mecanismo eficaz para garantizar prácticas homogéneas (Mroz et al., 2022). En el contexto ecuatoriano, la falta de este marco constituye una de las principales debilidades del sistema.

La formación y capacitación continua representa otro eje fundamental. La institucionalización de programas obligatorios en bioética, farmacología y cuidados paliativos, tanto en el pregrado como en el posgrado, permitiría elevar los estándares profesionales. Modelos como el español, donde ya se discuten estándares profesionales y entrenamiento especializado en evaluación de competencia, evidencian la relevancia de este componente (Arimany & Martín-Fumadó, 2021).

La supervisión externa también requiere fortalecimiento. La evidencia internacional muestra que la incorporación de expertos en ética en los comités asesores contribuye a aumentar la legitimidad y coherencia en la aplicación de la eutanasia. En España, la figura del experto ético en los órganos de garantía ha sido destacada como un mecanismo para fortalecer la transparencia y uniformidad

en la regulación (Ramos-Pozón, 2025b). En paralelo, la objeción de conciencia, aunque reconocida, carece de protocolos claros de derivación, lo que puede traducirse en barreras de acceso, especialmente en áreas rurales.

Otro punto crítico radica en la objeción de conciencia. La inexistencia de protocolos claros en Ecuador plantea un riesgo de obstrucción del acceso efectivo. Experiencias de países como Bélgica y Países Bajos evidencian que es posible compatibilizar la libertad del profesional con la garantía del derecho del paciente mediante mecanismos de referencia obligatoria (Martins-Vale et al., 2023).

La construcción de un sistema nacional de registro y evaluación digitalizado constituye una pieza clave para garantizar trazabilidad y control. Canadá constituye un ejemplo exitoso, pues sus informes anuales de asistencia médica para morir han fortalecido la transparencia y la mejora continua (Health Canada, 2022). En Ecuador, una herramienta de este tipo puede contribuir a consolidar la confianza social y a otorgar seguridad jurídica al procedimiento.

En suma, los hallazgos de este análisis amplían la discusión académica sobre la eutanasia en América Latina al mostrar que la existencia de un reglamento, aunque constituye un avance jurídico, no asegura por sí misma la efectividad de los derechos. Su implementación depende de la articulación de protocolos técnicos, programas de capacitación y mecanismos de supervisión adecuados, sin los cuales el precedente constitucional permanece incompleto y de difícil aplicación.

No obstante, debe reconocerse que se trata de un análisis exploratorio sustentado en revisión normativa y comparaciones internacionales, lo cual limita la posibilidad de medir empíricamente su impacto en la práctica clínica. Este vacío abre un campo de investigación para estudios futuros, tanto cualitativos como cuantitativos, que permitan comprender la percepción de los profesionales de la salud y los efectos concretos de la normativa en la atención a pacientes.

CONCLUSIONES

El estudio identificó vacíos normativos y clínicos en el Reglamento de Eutanasia en Ecuador, proponiendo mejoras para fortalecer su aplicación en el sistema de salud. Aunque la normativa representa un avance, enfrenta desafíos importantes, como la falta de protocolos clínicos y farmacológicos estandarizados, programas de formación profesional y mecanismos claros frente a la objeción de conciencia. Estos problemas limitan la seguridad y transparencia en la práctica de la eutanasia.

La comparación con países avanzados muestra que protocolos detallados, guías clínicas y supervisión externa son fundamentales para una práctica ética y segura. Ecuador debe trabajar en la construcción de lineamientos técnicos y operativos que complementen la normativa vigente. Es esencial desarrollar protocolos farmacológicos, capacitar al personal de salud y establecer procesos de auditoría y seguimiento para asegurar la efectividad del reglamento.

El país tiene la oportunidad de adaptar mejores prácticas internacionales a su realidad sanitaria y cultural. Si se implementa un modelo operativo basado en protocolos claros, capacitación continua y supervisión efectiva, el reglamento podrá garantizar una muerte digna en condiciones de seguridad y humanidad.

A pesar de la sentencia 67-23-IN de la Corte Constitucional del Ecuador (2024), que habilita la eutanasia en circunstancias específicas, la falta de protocolos claros impide su aplicación efectiva. Los profesionales especializados en cuidados paliativos deberían ser los encargados de implementar estos procedimientos, asegurando un enfoque ético y adecuado.

Una reforma normativa es urgente para regular la eutanasia de manera integral. Ecuador puede aprender de experiencias internacionales como las de España y Colombia, adaptando sus modelos de supervisión, formación y objeción de conciencia para garantizar seguridad jurídica y sanitaria a pacientes, familias y profesionales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arimany Manso, J., & Martín-Fumadó, C. (2021). Medical-legal aspects of euthanasia regulation law in Spain. *Spanish Journal of Legal Medicine*, 47(3). <https://doi.org/10.1016/j.remle.2021.04.001>
- Barturen-Mondragón, E. M., Quezada-Castro, M. del P., Castro-Arellano, M. del P., & Quezada-Castro, G. A. (2024). La regulación de la eutanasia y el derecho a morir dignamente en el Perú a partir del caso de Ana Estrada. *Revista de Bioética y Derecho*, (61), 125–138. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2024.61.42528>
- Carrier, M. A., & Araya, F. (2021). Pharmaceutical anti-trust enforcement in the United States and Chile. *Journal of Law and the Biosciences*, 8(1). <https://doi.org/10.1093/jlb/lisab013>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2024). *Sentencia No. 67-23-IN*. Juez ponente Enrique Herrera Bonnet. https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10-DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1d-WlkOidINzVjZThhMS1iMGMOlTQ0OWMtYmE-yMyO1MTdlYzVkYTY3NGQucGRmJ30=

- Delgado, E. (2017). Eutanasia en Colombia: Una mirada hacia la nueva legislación. *En Justicia*, 31, 226–239. <http://dx.doi.org/10.17081/just.22.31.2608>
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2016). Euthanasia in Belgium: Trends in reported cases between 2003 and 2013. *Canadian Medical Association Journal*, 188(16), E407–E414. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160202>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2024). *Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria* (Acuerdo Ministerial No. 00059-2024). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-emite-reglamento-para-la-aplicacion-de-la-eutanasia-activa-voluntaria-y-avoluntaria-en-ecuador/>
- Espericueta, L. (2025). Eutanasia, demencia e instrucciones previas: Alegato a favor de un nuevo modelo en España. *RECERCA. Revista de Pensament i Anàlisi*, 30(1). <https://doi.org/10.6035/recerca.8027>
- Estrella Saltos, R. M. (2024). La eutanasia en Colombia y Ecuador. Derecho a una muerte asistida. *Revista Lex*, 7(24), 361–379. <https://doi.org/10.33996/revistalex.v7i24.189>
- Gómez-Virseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Gruezo-Realpe, P., & Fernández-Rosales, N. (2024). Eutanasia en Ecuador: Reflexiones médicas y jurídicas. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 33(1), 19–20. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol33100019>
- Health Canada. (2022). *Third annual report on medical assistance in dying in Canada 2021*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2021.html>
- Martins-Vale, M., Pereira, H. P., Marina, S., & Ricou, M. (2023). Conscientious Objection and Other Motivations for Refusal to Treat in Hastened Death: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(15), 2127. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152127>
- Montaño Escobar, J. C. (2025). Autorización de la eutanasia en Ecuador a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional: Enfoque crítico y repercusiones. *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 26(53), e19539. <https://doi.org/10.22201/ij.24484881e.2025.53.19539>
- Mroz, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2022). Developments under assisted dying legislation: The experience in Belgium and other countries. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(48), 829–835. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0378>
- Puente-López, E., Luna Ruiz-Cabello, A., Pina, D., Luna Maldonado, A., Haro Kay, M. J., Lorente Sánchez, M., & Gamero Lucas, J. (2023). Cuestionario de actitudes sobre la eutanasia en personal médico (AHE-PM). *Interdisciplinario*, 40(1), 351–362. https://www.redalyc.org/journal/180/18072770025/html/?utm_source
- Ramos-Pozón S. (2025b). The role of the ethics expert in Spanish legislation on euthanasia and mental health. *Monash bioethics review*, 43(1), 82–96. <https://doi.org/10.1007/s40592-025-00228-3>
- Ramos-Pozón, S. (2025a). Legitimidad de la eutanasia en salud mental: Un análisis crítico desde la bioética. *Bioética y Salud Mental*, 7(1), 23–38. <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/46131>
- White, B. P., Jeanneret, R., Close, E., et al. (2023). The impact on patients of objections by institutions to assisted dying: A qualitative study of family caregivers' perceptions. *BMC Medical Ethics*, 24, Article 22. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00902-3>
- Wong, A., Hsu, A. T., & Tanuseputro, P. (2019). Assessing attitudes towards medical assisted dying in Canadian family medicine residents: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0440-4>