

Análisis jurídico y bioético del suicidio asistido en el marco del derecho comparado

A Legal and Bioethical Analysis of Assisted Suicide in the Context of Comparative Law

Dayanna Lizbeth Mendieta Carpio, Ricardo Agustin Alarcón Vélez

Abstract

El suicidio asistido es un desafío bioético y jurídico crucial que confronta la autonomía personal con los límites de la intervención estatal en el final de la vida. La investigación indaga cómo las normas y la bioética regulan esta práctica en distintas jurisdicciones, buscando equilibrar la libertad del paciente y la protección de la vida. Analizar los criterios jurídicos, constitucionales y bioéticos aplicables a la regulación del suicidio asistido en el derecho comparado, identificando similitudes, diferencias y mecanismos de control implementados en diversos países. Mediante un enfoque cualitativo y hermenéutico, se examinaron leyes, jurisprudencia y doctrina internacional. Los resultados muestran que los países que regulan esta práctica aplican estrictas salvaguardas, filtros de elegibilidad y supervisión institucional para garantizar seguridad jurídica. Ecuador requiere un marco legal que garantice los derechos de los pacientes en situaciones extremas y ofrezca respaldo jurídico a los profesionales de la salud.

Palabras clave: Suicidio asistido; bioética; dignidad humana; derecho comparado; derechos fundamentales.

Dayanna Lizbeth Mendieta Carpio

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | dayanna.mendieta@ucacue.edu.ec
<http://orcid.org/0009-0000-6622-8356>

Ricardo Agustin Alarcón Vélez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | ricardo.alarcon@ucacue.edu.ec
<http://orcid.org/0000-0002-1910-8527>

<http://doi.org/10.46652/resistances.v7i14.273>
ISSN 2737-6222
Vol. 7 No. 14 julio-diciembre 2026, e260273
Quito, Ecuador

Enviado: mayo 23, 2026
Aceptado: julio 06, 2026
Publicado: agosto 28, 2026
Publicación Continua

Abstract

Assisted suicide is a crucial bioethical and legal challenge that pits personal autonomy against the limits of state intervention at the end of life. This study examines how laws and bioethics regulate this practice in different jurisdictions, seeking to balance patient autonomy with the protection of life. To analyze the legal, constitutional, and bioethical criteria applicable to the regulation of assisted suicide in comparative law, identifying similarities, differences, and control mechanisms implemented in various countries. Using a qualitative and hermeneutic approach, laws, case law, and international doctrine were examined. The results show that countries regulating this practice apply strict safeguards, eligibility filters, and institutional oversight to ensure legal certainty. Ecuador needs a legal framework that guarantees patients' rights in extreme situations and provides legal protection for healthcare professionals.

Keywords: Assisted suicide; bioethics; human dignity; comparative law; fundamental rights.

Introducción

El suicidio asistido se configura como aquella institución de la bioética y el derecho por la cual un sujeto recibe el auxilio o la instrumentación por parte de un tercero para poner fin a su propia existencia, reteniendo en todo momento el dominio del hecho y la capacidad de ejecutar por sí mismo la acción letal definitiva. Esta prerrogativa encuentra su razón de ser en la facultad inherente conjunto con el principio de autonomía personal con los individuos para decidir sobre el epílogo de su biografía. El fenómeno cobra especial relevancia cuando las personas se ven confrontadas a patologías de carácter irreversible o a padecimientos que ellos mismos catalogan como incompatibles con su dignidad (Tomás y Garrido, 2021).

Desde el prisma del derecho y la bioética contemporánea, esta práctica espolea enconadas discusiones en torno al alcance real de la libertad individual, las fronteras de la dignidad humana, la validez del consentimiento informado y la tutela debida a los derechos fundamentales. A pesar de que el suicidio asistido y la eutanasia comparten el mismo espacio conceptual dentro de los derechos del final de la vida, ambos configuran categorías jurídicas con una morfología sustancialmente distinta en la dogmática internacional (Ponce et al., 2023; Tomás y Garrido, 2021).

El elemento diferenciador medular reside en la autoría material del acto final: en el suicidio asistido, se genera su deceso el mismo paciente sirviéndose de los fármacos o mecanismos provistos por el profesional; por el contrario, en la eutanasia, el personal médico asume el rol ejecutivo directo al administrar la sustancia orientada a interrumpir el proceso vital. Esta bifurcación operativa acarrea profundas repercusiones en las esferas penal y bioética, toda vez que predetermina la técnica de fiscalización adoptada por los diversos ordenamientos normativos (Ponce et al., 2023).

La pertinencia de revisar esta institución radica en que la legalización del auxilio al deceso representa uno de los desafíos más complejos e inaplazables para el constitucionalismo contemporáneo, la praxis médica y la bioética clínica. El fenómeno cobra una relevancia crítica actual debido a que los vertiginosos avances en las tecnologías de soporte vital, paradójicamente, han abierto la

posibilidad de prolongar artificialmente la agonía, forzando un replanteamiento de las fronteras éticas del acto médico global (Rodríguez-Prat et al., 2016).

La literatura científica evidencia que la necesidad de control sobre el propio cuerpo y la salvaguarda de la dignidad constituyen los motores primarios en las solicitudes de ayuda para morir ante cuadros de sufrimiento intratable, lo que exige un profundo análisis sobre el rol y la responsabilidad del sistema sanitario en el ocaso de la vida. Por consiguiente, el valor académico de este estudio reside en desentrañar cómo las democracias modernas buscan el equilibrio analítico entre el respeto a la autodeterminación y el imperativo de protección estatal (Rodríguez-Prat et al., 2016).

Desde una perspectiva de contextualización espacio-temporal, este conflicto estuvo históricamente encapsulado en una rígida polarización axiológica, tensionado entre las tesis filosóficas de corte liberal y las doctrinas conservadoras o confesionales que defienden la indisponibilidad absoluta de la vida humana. No obstante, el escenario actual demuestra una ruptura de dicho binarismo a través de la experiencia internacional; naciones como Canadá, España y Colombia han edificado transiciones legislativas vanguardistas que mudaron el eje del debate desde la sanción penal hacia la estructuración de prestaciones sanitarias garantistas (Riley et al., 2020).

Estas reformas internacionales se basan en la validación de la competencia cognitiva, el consentimiento informado y la certificación clínica de padecimientos intolerables, introduciendo sutiles pero determinantes variantes en sus mecanismos de fiscalización institucional (Ramos-Pozón et al., 2023; Riley et al., 2020). En claro contraste con estas evoluciones consolidadas, el panorama de Ecuador se halla en una fase de gestación precaria e inédita, donde la ruptura del *statu quo* normativo local sobrevino por la vía puramente jurisprudencial a través del máximo organismo de control constitucional del país.

Sobre este punto, la Corte Constitucional del Ecuador emitió la Sentencia No. 67-23-IN/24. En este fallo, el tribunal dictaminó la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP. Con esto, se estableció que el homicidio piadoso no es punible cuando el paciente ha otorgado su consentimiento informado y padece una enfermedad grave, incurable o un sufrimiento extremo. El problema es que esta decisión se quedó solo en la magistratura; no vino respaldada por leyes secundarias. Esto ha dejado al país en una especie de limbo o 'orfandad reglamentaria' frente al suicidio asistido. Por lo mismo, realizar un examen comparativo ya no es un simple ejercicio académico, sino una urgencia real ante la necesidad de que el legislador tome cartas en el asunto.

Como respuesta a la brecha analítica expuesta, el actual artículo pretende como objetivo analizar los criterios jurídicos, constitucionales y bioéticos aplicables a la regulación del suicidio asistido en el derecho comparado, identificando similitudes, diferencias y mecanismos de control implementados en diversos países. En sintonía con la problemática descrita, este estudio plantea que la presencia de marcos normativos estructurados garantiza la seguridad jurídica de pacientes y médicos; en claro contraste, la actual ausencia de regulación en el entorno local confiere incerti-

dumbre legal y ambigüedad, disminuyendo el resguardo efectivo de las prerrogativas legales en la etapa terminal.

Metodología

El abordaje metodológico de esta investigación se estructuró a partir de un enfoque cualitativo, adoptando un diseño documental, jurídico-comparativo y de corte interpretativo. Esta matriz operativa facilitó el examen sistemático de los regímenes normativos que gobiernan el suicidio asistido y la muerte médicamente asistida en diversas latitudes geográficas. Mediante este despliegue, fue posible explorar el fenómeno desde una óptica multidimensional, articulando variables dogmáticas, líneas jurisprudenciales y debates bioéticos con el firme propósito de descifrar cómo se codifica el derecho al epílogo de la vida en marcos constitucionales de diversa naturaleza.

El estudio se inscribió formalmente dentro del paradigma interpretativo-crítico. Este horizonte epistemológico asume que las disposiciones legales, las sentencias de los altos tribunales y las pautas bioéticas no operan en un vacío de neutralidad ni de forma aislada, sino que emergen como construcciones históricas, sociales y políticas profundamente situadas. Bajo esta premisa, la indagación se centró en desentrañar las lecturas y respuestas que cada modelo jurídico ha dado a la asistencia médica para morir, rastreando vectores convergentes, las asimetrías procesales y las transiciones de carácter progresivo en torno al valor intrínseco de la persona, la soberanía personal y la certidumbre jurídica como ejes vertebradores de la discusión actual.

Para la edificación del corpus analítico, se acudió a una rigurosa selección de fuentes primarias y secundarias de índole normativa, jurisprudencial y doctrinal. En el bloque de las fuentes primarias, se examinaron los cuerpos legales de mayor relevancia para el derecho comparado, tales como la Ley C-14 de 2016 y la Ley C-7 de 2021 de Canadá, la Ley Orgánica 3/2021 de España y las disposiciones del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador.

Del mismo modo, se analizaron pronunciamientos judiciales de alto calado hermenéutico que resultan indispensables para establecer el reducto invulnerable de los derechos fundamentales implicados. Esta revisión jurisprudencial incluyó hitos fundamentales como la sentencia *Carter v. Canadá* (Corte Suprema de Canadá, 2015), las resoluciones del Tribunal Constitucional de España y un bloque robusto de decisiones de la Corte Constitucional de Colombia, específicamente las sentencias C-239/1997, T-970/2014, C-233/2021 y C-294/2021. En el ámbito nacional, se integró la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional del Ecuador, cuya argumentación sobre el binomio dignidad-autonomía constituye el eje de esta investigación.

En lo que respecta a las fuentes secundarias, el estudio incorporó un compendio de literatura científica indexada, doctrina especializada en bioética, derecho constitucional y derecho sanitario. Este soporte bibliográfico de segundo nivel sirvió para contextualizar las decisiones de los legisla-

dores y magistrados a la luz de los debates académicos globales, blindando la interpretación crítica de los datos hallados.

El levantamiento y captura de la información se ejecutó mediante la técnica del análisis documental exhaustivo, acudiendo al rastreo sistemático de repositorios jurídicos y al análisis de contenido legal. Este procedimiento viabilizó la deconstrucción de los textos normativos para su posterior ordenamiento en categorías analíticas fijas: los criterios de elegibilidad, los sistemas de salvaguardas bioéticas, las instancias de control institucional, los dispositivos de fiscalización ex ante y ex post, así como el régimen de responsabilidad legal y deontológica aplicable a los equipos de salud.

Toda la información extraída fue procesada y estructurada a través de una matriz de análisis comparativo, diseñada específicamente para ponderar las variables jurídicas de cada país de manera simétrica. Esta herramienta analítica simplificó el contraste directo entre los modelos regulatorios, permitiendo situar con precisión las analogías estructurales, las distancias sustantivas en la técnica legislativa y las corrientes de fondo que definen la gobernanza jurídica del suicidio asistido.

Resultados

La conceptualización del suicidio asistido varía significativamente según el ordenamiento jurídico que se examine, aunque todas las normativas convergen en tres ejes fundamentales: la autonomía del individuo, el valor del consentimiento informado y la respuesta al sufrimiento del paciente. En el escenario canadiense, bajo la denominación de Medical Assistance in Dying (MAiD), el marco legal abarca tanto la acción directa del personal sanitario para causar el deceso como la prescripción y facilitación de fármacos para que el propio sujeto se los administre (Wiebe et al., 2021).

Por su parte, España enfoca la ayuda para morir de forma explícita como una garantía ligada a la dignidad humana y los derechos significativos del ciudadano (Ramos-Pozón et al., 2023). En una línea similar, Colombia ha estructurado esta práctica a partir del reconocimiento constitucional legislativo crucial en ponerle fin a la vida dignamente cuando se enfrenta un sufrimiento extremo. Ecuador avanza en una transición singular donde el reconocimiento de esta opción proviene de la vía jurisprudencial, arrastrando todavía una profunda ausencia de leyes integrales y reglamentos específicos sobre el suicidio asistido y los mecanismos de muerte asistida (Corte Constitucional del Ecuador, 2024).

Al contrastar estos modelos regulatorios, salta a la vista la enorme disparidad en el desarrollo normativo de la ayuda médica para morir. La experiencia de Canadá muestra una evolución paulatina que arrancó con la histórica sentencia del Tribunal Supremo en el caso Carter v. Canadá (2015). Aquel fallo determinó que vetar de forma absoluta la asistencia médica para morir

vulneraba directamente las garantías de libertad y autonomía individual. A raíz de este hito, el sistema MAiD configuró protocolos milimétricos asegurando la manifestación de consentimiento del enfermo sea genuinamente libre, voluntaria y consciente. El andamiaje legal de ese país exige evaluaciones clínicas cruzadas, la validación estricta de la competencia cognitiva y formalidades escritas orientadas a proteger legalmente tanto a los pacientes como al cuerpo médico (Downie & Chandler, 2018).

Además, el diseño canadiense destaca por sus mecanismos de fiscalización y rastreo institucional post-procedimiento. Los médicos y enfermeros autorizados cargan con la obligación legal de registrar e informar cada caso, permitiendo una auditoría constante de la práctica dentro de la red de salud pública. Sostienen Wiebe et al. (2021), que la implementación de estas guías operativas y protocolos estandarizados logró unificar los criterios clínicos, mitigando los vacíos y temores jurídicos que solían frenar al personal sanitario. No obstante, las reformas legales posteriores reavivaron las discusiones en torno a la flexibilización de los requisitos de elegibilidad y la urgencia de proteger a los grupos en condiciones de extrema vulnerabilidad frente a presiones indirectas.

En el contexto europeo, España marcó un antes y un después con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2021, integrando el derecho prestacional a la muerte digna de manera directa en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. La normativa española estipula como requisito *sine qua non* que la petición sea voluntaria y madurada, naciendo de un sujeto consciente que atraviese una patología incurable, grave, o sufrimiento imposibilitante, crónico y portador de un padecimiento intolerable. El itinerario procesal español es complejo; incluye múltiples filtros de valoración médica y una revisión por parte de una comisión administrativa de control externa al caso, cuya misión es validar el cumplimiento taxativo de la ley antes de dar luz verde al procedimiento (Ramos-Pozón et al., 2023).

Otro punto neurálgico de la ley española es la regulación de la legislación en referencia a la objeción de conciencia de los facultativos, diseñando registros específicos para asegurar que las convicciones personales de los médicos no bloqueen el acceso efectivo de los ciudadanos a esta prestación pública. Conforme lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2021 de España, la ejecución normativa ha exigido generar de un Registro de Objeción de Conciencia en cada comunidad autónoma, garantizando de forma estricta que la evaluación de la capacidad del enfermo se realice bajo esquemas de control estatal previos. Este entramado refleja un esfuerzo normativo por equilibrar la soberanía del paciente con un entorno de alta seguridad jurídica para el personal de salud.

Por otro lado, el caso de Colombia es excepcional en la región, pues el motor de su avance normativo no ha sido el legislativo, sino la labor pretoriana de su Corte Constitucional. Este proceso inició con la Sentencia C-239/1997, que despenalizó el homicidio por piedad, estableciendo que el Estado no puede imponer la prolongación de la existencia cuando existe una determinación instruida, libre y un sufrimiento insoportable ante una enfermedad terminal. Posteriormente, la

Sentencia T-970/2014 profundizó este camino al exhortar al Ministerio de Salud a reglamentar el protocolo asistencial, enfatizando que la dignidad humana implica que el sujeto sea quien defina su propio proyecto de vida hasta el final.

La consolidación del derecho alcanzó un punto de inflexión con la Sentencia C-233/2021, la cual abarco la legislación a poner fin a la vida con un enfoque digno al permitir el acceso al suicidio asistido para quienes padecen un intenso sufrimiento físico o psíquico proveniente de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable. Este estándar fue complementado por la Sentencia C-294/2021, que permitió la práctica en casos de lesiones corporales graves o enfermedades severas sin necesidad de que el paciente se encuentre en etapa terminal, consolidando un marco de autodeterminación robusto.

Esta arquitectura judicial se cristalizó finalmente en la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, que fijó reglas operativas creando comités científicos interdisciplinarios, procesar las solicitudes y blindar el respeto a las garantías del solicitante, garantizando que el diseño institucional colombiano sea hoy un referente de vanguardia en la región. La trayectoria colombiana evidencia el rol protagónico que pueden asumir las cortes constitucionales al momento de ensanchar los derechos civiles frente a la inacción legislativa. El activismo judicial de la Corte permitió consolidar nociones robustas sobre el consentimiento informado y la dignidad en el tramo final de la vida, convirtiendo la interpretación de los magistrados en la brújula regulatoria del país.

Por otro lado, la realidad ecuatoriana es bastante más frágil, ya que aún no contamos con una ley orgánica que regule la muerte asistida. Si bien la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional rompió con el *statu quo*, lo hizo mediante la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del COIP. Básicamente, el tribunal concluyó que prohibir el homicidio piadoso sin excepciones chocaba frontalmente con derechos básicos como la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía personal).

Los analistas jurídicos locales coinciden en que este fallo no es una meta, sino el punto de partida para reformas legales pendientes. Al respecto, Blacio-Aguirre (2024) advierte que el marco legal ecuatoriano actual mantiene una grave incertidumbre jurídica al haber despenalizado únicamente la eutanasia activa, dejando fuera de la legalidad al suicidio asistido. Esto evidencia la urgencia de estructurar protocolos técnicos, criterios claros de elegibilidad y andamiajes normativos que delimiten con precisión ambas figuras, impidiendo así aplicaciones arbitrarias o la desprotección de derechos en el sistema de salud.

Al cruzar los datos de todos los países analizados, queda clara la existencia de criterios de exclusión y elegibilidad pensados para blindar que cada decisión sea enteramente autónoma, informada y libre de coacciones sociofamiliares. Pese a las variantes locales, las legislaciones de vanguardia en el derecho comparado coinciden en una constante: la exigencia de una competencia

cognitiva intacta, la reiteración inequívoca de la voluntad, la presencia de un dolor o sufrimiento clínico intolerable y el dictamen obligatorio de profesionales de la salud encargados de fiscalizar la legalidad del acto (Corte Constitucional de Colombia, 2021; Ley Orgánica 3/2021).

En Canadá, estos requisitos están amarrados al sistema MAiD, exigiendo capacidad civil para consentir y evaluaciones médicas paralelas por doctores independientes (Downie & Chandler, 2018). Estas revisiones cruzadas operan como filtros contra el abuso o el apuro familiar. Asimismo, la supervisión se complementa con auditorías de datos clínicos que rastrean la transparencia del proceso en cada hospital (Wiebe et al., 2021). No obstante, el foco de la discusión actual gira en torno al riesgo de permitir el acceso a personas con padecimientos puramente psiquiátricos, forzando un debate ético sobre cómo proteger a colectivos crónicamente vulnerables (Downar et al., 2024).

En España, las salvaguardas giran en torno a la cronicidad del cuadro clínico, la insistencia temporal de la petición y la verificación de que no existan vicios en el consentimiento. La intervención de un médico consultor y una comisión de garantía posterior son los pilares para evitar errores diagnósticos o valoraciones subjetivas (Ramos-Pozón et al., 2023). Estos mecanismos garantizan la paz mental del personal médico y la legalidad del acto. El éxito del modelo, de acuerdo a lo generado en la Ley Orgánica 3/2021, radica precisamente en la claridad de los pasos previos, prerrogativa de abstención regulada conjunto con la capacitación del equipo sanitario mediante manuales de buenas prácticas para afrontar estos trances tan complejos con total seguridad jurídica.

En el entorno de Colombia, las barreras bioéticas se supeditan directamente a los mandatos de su Corte Constitucional, ejecutados por el Ministerio de Salud mediante juntas médicas interdisciplinarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Dichos comités funcionan como un órgano de control que examina cada arista antes del procedimiento, protegiendo tanto los derechos fundamentales del enfermo como el ejercicio de la medicina.

Ecuador, en cambio, sigue mostrando la otra cara de la moneda debido al vacío normativo post-sentencia. Aunque la Sentencia No. 67-23-IN/24 abrió la puerta desde la teoría constitucional, en la práctica clínica diaria no existen guías de actuación, comités éticos de control ni criterios unificados para los médicos de los hospitales. Esta carencia deja al sistema de salud en una posición de alta vulnerabilidad jurídica y vuelve imperativo un debate legislativo que aterrice estos principios a la realidad médica del país, distinguiendo formalmente la aplicación de la eutanasia frente a la regulación del suicidio asistido (Blacio-Aguirre, 2024).

Los países que han optado por legislar de forma expresa demuestran que el secreto de estos sistemas radica en la solidez de sus salvaguardas: evaluaciones clínicas estrictas, consentimiento blindado y fiscalización estatal, logrando armonizar los deseos del paciente con la ética médica (Ley Orgánica 3/2021). Por el contrario, los escenarios donde sólo se despenaliza por vía judicial

sin leyes secundarias arrastran un caos operativo que siembra desconfianza e inseguridad jurídica tanto en las familias como en los propios profesionales de la salud (Blacio-Aguirre, 2024).

En definitiva, este análisis comparativo demuestra que la regulación del suicidio asistido va mucho más allá de una simple modificación en los códigos legales. Desde una perspectiva constitucional, nos obliga a buscar un equilibrio delicado entre la legislación de la vida, autonomía individual en correlación con el independiente progreso del individuo. En ámbito médico, esto sacude la ética profesional, pone a prueba la objeción de conciencia y nos obliga a replantear dónde termina el tratamiento médico y dónde empieza el encarnizamiento terapéutico. En el ámbito social, el tema inevitablemente fractura posturas entre diversos colectivos. Por un lado, las instituciones religiosas sostienen su rechazo basándose en la indisponibilidad de la vida, mientras que, por otro lado, los sectores reformistas defienden que una muerte digna y sin sufrimientos inútiles es el último ejercicio posible de la libertad humana.

Fijar este equilibrio sigue siendo el gran reto de la doctrina contemporánea: cómo expandir la autodeterminación sin desproteger a quienes la sociedad suele marginar. En este sentido, Canadá fundamenta su modelo en la libertad del sujeto; España ancla su derecho en el alivio del dolor insufrible mediante la Ley Orgánica 3/2021; Colombia sostiene que forzar a alguien a prolongar una agonía lesiona la dignidad, bajo los lineamientos fijados en la Sentencia C-233/21; y Ecuador permanece con un marco doctrinal en debate, enfrentando las tensiones lógicas que produce la transición hacia nuevos derechos en una sociedad con profundas raíces conservadoras (Blacio-Aguirre, 2024)

Discusión

Los datos recabados revelan que, más allá de las marcadas discrepancias procesales entre las jurisdicciones estudiadas, opera un vector común: la progresiva consolidación de la autonomía personal de manera primordial en la toma de decisiones sobre el desenlace vital. Este fenómeno dialoga estrechamente con las tesis de Quah et al. (2023), quienes sostienen que la dignidad, la autodeterminación y la gobernanza del paciente sobre sus terapias médicas son ya pilares ineludibles en el debate contemporáneo en torno a la ayuda médica para morir. En correlación con ello, normar el suicidio asistido trasciende la mera codificación técnica; supone, en el fondo, delimitar el alcance de las libertades fundamentales frente al sesgo paternalista clásico de la medicina.

Un hallazgo medular en esta comparativa es la instrumentalización de la dignidad humana como catalizador de rango constitucional. En Canadá, España y Colombia, las mutaciones normativas e interpretaciones judiciales han invocado este principio no como un mero enunciado retórico, sino como la clave de bóveda interpretativa para legitimar la asistencia médica en el morir. Una lógica idéntica subyace en la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional del Ecuador,

la cual edifica su argumentación sobre el binomio dignidad-autonomía, replicando los estándares dogmáticos de los sistemas más avanzados. Ello valida las conclusiones de Rodríguez-Prat et al. (2016), para quienes la autopercepción de control sobre el tránsito hacia la muerte resulta indispensable si se pretende salvaguardar la dignidad inherente al sujeto.

A pesar de estas convergencias, el análisis de los resultados también deja al descubierto que la ampliación de estas fronteras jurídicas mantiene enconadas disputas bioéticas. Los principales focos de fricción se concentran en el riesgo de una pendiente resbaladiza respecto a los criterios de elegibilidad, la tutela efectiva de personas vulnerables y la delimitación estricta de la responsabilidad penal de los facultativos. Como señalan Downar et al. (2024), estas tensiones demuestran que el reconocimiento de la soberanía individual no puede traducirse en una desregulación que desampare al ciudadano ante presiones del entorno familiar, desidias del sistema socioeconómico o quiebres emocionales transitorios, obligando a los marcos regulatorios a equilibrar la autonomía con redes de protección eficaces.

Paralelamente, la evidencia demuestra que los Estados provistos de marcos legislativos robustos han erigido sistemas de fiscalización previa y posterior para mitigar contingencias de índole deontológica y penal. Filtros como las evaluaciones clínicas cruzadas, la verificación minuciosa del consentimiento informado y la rendición de cuentas ante comisiones institucionales actúan como salvaguardas sustanciales para certificar la indemnidad de la voluntad del solicitante. Esta dinámica refrenda lo expuesto por Downar et al. (2024), en el sentido de que el diseño regulatorio moderno opera bajo una doble tensión: viabilizar el acceso efectivo a la prestación y, de forma simultánea, blindar a los colectivos en situación de vulnerabilidad.

A nivel de control procedimental, la fiscalización de la ayuda médica para morir revela una bifurcación técnica determinante entre el modelo predictivo europeo y el modelo de reporte anglosajón. Mientras que en Canadá el sistema MAiD descansa sobre un control donde el binomio de profesionales evalúa, ejecuta e informa con posterioridad al Ministerio de Salud bajo un régimen de estricta transparencia y auditoría de datos (Wiebe et al., 2021),

España optó por un blindaje de tutela preventiva ex ante. La presencia de la Evaluación y Delegación de Garantía y en cada colectividad independiente actúa como un órgano administrativo-sanitario de primera línea que debe examinar el expediente antes de que se verifique el acto, en correlación a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2021. Esta divergencia demuestra que, mientras algunos ordenamientos priorizan la agilidad para el paciente apto, otros anteponen la seguridad jurídica del sistema mediante un visado estatal previo; una diferencia que Ecuador deberá sopesar al diseñar su institucionalidad.

En el plano estrictamente clínico, los hallazgos confirman que la entrada en vigor de estos regímenes altera profundamente la praxis médica. El cuerpo sanitario se ve obligado a asumir

competencias complejas, tales como la discriminación fina entre el sufrimiento tratable y el intolerable, o la tasación de la capacidad cognitiva bajo escenarios de enfermedad extrema. Conforme a lo postulado por Wiebe et al. (2021), disponer de protocolos médicos estandarizados mitiga la parálisis profesional y unifica las pautas de actuación en las redes de salud. La ausencia de estos lineamientos deriva en zonas de penumbra legal que inhiben al personal e introducen barreras fácticas para el derecho de autonomía del paciente.

El derecho de disidencia de conciencia emerge como un núcleo sensible; si bien las leyes salvaguardan la prerrogativa del médico a restarse del procedimiento, los sistemas buscan fórmulas para que este disenso no bloquee la prestación pública, exigiendo andamiajes de gestión hospitalaria que concilien dicha libertad con el derecho del ciudadano a recibir un servicio legalmente reconocido (Blacio-Aguirre, 2024).

Asimismo, la articulación de estos modelos con las redes de cuidados paliativos constituye otra de las variables estructurales que define el éxito de las reformas. La doctrina coincide en que el deceso asistido no puede operar como un atajo frente a las deficiencias de cobertura en la medicina del dolor. De acuerdo a la norma Española, la Ley Orgánica 3/2021 exige que el paciente reciba información detallada sobre alternativas terapéuticas y el acceso a paliativos como parte esencial del consentimiento, buscando neutralizar la vulnerabilidad. Por el contrario, en Colombia (Sentencia C-233/21) y en la realidad ecuatoriana, las asimetrías geográficas en el acceso a medicina paliativa pueden viciar la voluntad del sujeto, quien podría percibir la eutanasia no como una elección libre, sino como la única salida ante un sistema deficiente.

Desde una vertiente macro-social, los resultados confirman que la permeabilidad hacia estas prácticas sigue mediada por variables de cuño cultural, confesional y político. En este marco de disputas axiológicas, Corcoran et al. (2024), recuerdan que las redes de soporte comunitario, los vínculos afectivos y el entorno social inmediato condicionan sustancialmente la forma en que los individuos procesan y significan las decisiones del final de la vida.

Al aterrizar este marco en la realidad de Ecuador, los datos advierten que el verdadero nudo crítico no reside ya en la declaración doctrinal de los derechos, sino en la flagrante orfandad institucional para operativizarlos. Carecer de guías clínicas especializadas, de parámetros de exclusión precisos y de comisiones de control de carácter interdisciplinario sume al sistema de salud en una manifiesta inseguridad jurídica. Bajo esa premisa, las experiencias de Canadá, España y Colombia dejan de ser meros referentes ilustrativos para convertirse en hojas de ruta técnicas que el legislador local debería examinar si pretende articular una política pública que tutele con eficacia los derechos en juego (Blacio-Aguirre, 2024).

Finalmente, la investigación permite colegir que regular el auxilio al deceso configura un fenómeno bioético de altísima complejidad que demanda una ponderación constante entre la autodeterminación personal y el deber estatal de protección. Aunque los sistemas comparados varían

en sus técnicas de positivación, todos ratifican que la prosperidad normativa no se establece en la despenalización aislada, sino en la solidez de sus herramientas de control y supervisión, únicos mecanismos capaces de compatibilizar las prerrogativas individuales con la ética y la seguridad jurídica que deben regir en los sistemas de salud contemporáneos.

Conclusiones

La regulación del suicidio asistido en el derecho contemporáneo representa una mutación profunda en la dogmática de la dignidad humana, la cual ha dejado de ser una barrera estática de protección biológica para convertirse en un concepto dinámico e integrado a la libertad del individuo. Como sugieren Quah et al. (2023), este principio ha trascendido su faceta puramente conservadora para fundirse con la autodeterminación del sujeto ante escenarios de sufrimiento irreversible, erigiendo al consentimiento informado no solo como un requisito procedimental, sino como el título habilitante definitivo que legitima la praxis médica. Bajo este paradigma, la exigencia de umbrales máximos de competencia cognitiva y libertad ejecutiva se configura como una garantía existencial indispensable, diseñada para blindar la voluntad del paciente frente a cualquier forma de coacción, vicio del consentimiento o presión externa, elevando el estándar de cuidado en la toma de decisiones finales.

La evolución normativa internacional, sin embargo, revela una compleja arquitectura de diversificación regulatoria, donde la ausencia de un patrón unificado subraya las tensiones propias de cada sistema jurídico. Al contrastar el modelo de auditoría ex post de Canadá, examinado por Wiebe et al. (2021), bajo un enfoque de transparencia y rendición de cuentas post-ejecución, frente al sistema de tutela preventiva ante de la Ley Orgánica 3/2021 (España), se evidencia que la soberanía individual y los mecanismos de control procedimental son variables que cada Estado define conforme a su propia matriz axiológica. En este panorama, la judicatura ha asumido un rol protagónico como motor de cambio; ante la inercia o el bloqueo deliberativo del legislador, la hermenéutica constitucional ha reconfigurado las fronteras del derecho penal y sanitario, transformando criterios jurisprudenciales en la brújula operativa de la práctica clínica institucional.

Al trasladar este análisis a la realidad ecuatoriana, los resultados advierten un nudo crítico insoslayable: la preocupante orfandad de una normativa secundaria que dote de contenido operativo a las decisiones constitucionales. Este vacío genera una inseguridad jurídica persistente que neutraliza la eficacia fáctica de los derechos declarados, comprometiendo la delimitación de responsabilidades administrativas y bloqueando la aplicación uniforme de protocolos en la red de salud pública. Esta fractura entre la titularidad teórica de los derechos y su precaria materialización técnica acentuada por la carencia de guías clínicas y comisiones interdisciplinarias de evaluación constituye, hoy por hoy, el principal escollo para garantizar la estabilidad jurídica en conjunto ya

sea del equipo de salud y pacientes, quienes operan bajo una ambigüedad normativa que le expone a la incertidumbre punitiva.

En definitiva, el desafío medular para el derecho actual no reside en la despenalización *per se*, sino en la capacidad de codificar un equilibrio proporcional, sólido y auditable con el amparo estatal de la vida, la observancia a la dignidad humana en correlación con autonomía individual. Salvar este escollo demanda la urgente promulgación de marcos regulatorios dotados de solidez técnica, capaces de convertir los macroprincipios en reglas de certeza inequívoca. Solo mediante esta arquitectura institucional, que combine una protección robusta del consentimiento con mecanismos claros de fiscalización y acceso a la medicina paliativa, será posible desterrar las zonas de penumbra legal y garantizar que el derecho a un desenlace vital digno se consolide como una realidad operativa, coherente y estrictamente ajustada a los estándares constitucionales contemporáneos

Referencias

- Barsness, J. G., Regnier, C. R., Hook, C. C., Mueller, P. S., Schumacher, M. A., & Geske, J. R. (2020). US medical and surgical society position statements on physician-assisted suicide and euthanasia: A review. *BMC Medical Ethics*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00556-5>
- Blacio-Aguirre, G. (2024). Análisis jurídico-doctrinal de la eutanasia y el suicidio asistido en el Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 16(1), 180–189.
- Canada. Parliament. (2016). *Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*. <https://www.parl.ca>
- Canada. Parliament. (2021). *Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)*. <https://www.parl.ca>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Asamblea Nacional Constituyente. Registro Oficial No. 449*.
- Corcoran, E., Bird, M., Batchelor, R., Ahmed, N., Nowland, R., & Pitman, A. (2024). The association between social connectedness and euthanasia and assisted suicide and related constructs: A systematic review. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18528-4>
- Corte Constitucional de Colombia. (2021, 22 de julio). *Sentencia C-233/21* (M.P. Diana Constanza Fajardo Rivera). Relatoría de la Corte Constitucional. <https://n9.cl/0d01p>
- Corte Constitucional de Colombia. (2021, 22 de julio). *Sentencia C-233/21*. (Diana Constanza Fajardo Rivera, M.P.).
- Corte Constitucional de Colombia. (2024). *Sentencia No. 67-23-IN/24*. (2024).
- Downar, J., Close, E., Young, J. E., & White, B. P. (2024). Assisted dying: Balancing safety with access. *BMJ*, 387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2382>
- Downie, J., & Chandler, J. A. (2018). *Interpreting Canada's medical assistance in dying legislation*. Institute for Research on Public Policy. <https://doi.org/10.26070/efpr-9034>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Boletín Oficial del Estado, (72),

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 971 de 2021*.
- Quah, E. L. Y., Chua, K. Z. Y., Lua, J. K., Wan, D. W. J., Chong, C. S., Lim, Y. X., & Krishna, L. K. R. (2023). A systematic review of stakeholder perspectives of dignity and assisted dying. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(2), 123–136. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.10.017>
- Ramos-Pozón, S., Terribas-Sala, N., Falcó-Pegueroles, A., & Román-Maestre, B. (2023). Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. *International Journal of Law and Psychiatry*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101871>
- Riley, J., Drone, J., Robinson, J., & Broadhurst, H. (2020). Assisted dying: Law, medical practice and bioethics in international perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101618>
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>
- Tomás y Garrido, G. M. (2021). *Bioética* (en obras colectivas sobre bioética y final de la vida). Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).
- Vázquez-Muñoz, R. A. (2023). El suicidio asistido y la eutanasia en el derecho comparado: un análisis desde la bioética y el constitucionalismo. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 56(167), 1–35.
- Wiebe, E., Green, S., & Wiebe, K. (2021). Medical assistance in dying (MAiD) in Canada: Practical aspects for healthcare teams. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3586–3593. <https://doi.org/10.21037/apm-19-631>

Autores

Dayanna Lizbeth Mendieta Carpio. Tercer Nivel- Médica – Técnico de Docencia, Investigación o Vinculación - Docente en Instrumentación de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Ricardo Agustín Alarcón Vélez. Doctor en Jurisprudencia y Abogado de los Tribunales de la República del Ecuador, Magíster en Derecho Administrativo, Magister en derecho constitucional- Docente a tiempo completo y Secretario DEL CEIH (Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos) - Ucacue.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.