

Washington, D.C., 7 de diciembre de 2023

Corte Constitucional del Ecuador

José Tamayo E10 25 y Lizardo García
Quito, Ecuador

REFERENCIA: Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN. **AMICUS CURIAE** escrito para el reconocimiento del derecho a la muerte digna en Ecuador.

SEÑORES JUECES Y SEÑORAS JUEZAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR:

Desde la Iniciativa Salud y Derechos Humanos del Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown (en adelante, "Instituto O'Neill") nos permitimos presentar el siguiente documento en calidad de *amicus curiae* en la acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN presentada ante la Corte Constitucional del Ecuador (en adelante, la "Corte" o la "Honorable Corte"), a favor del reconocimiento del derecho a la muerte digna.

El Instituto O'Neill es una institución sin fines de lucro situada en la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown en Washington, D.C. La misión del Instituto O'Neill consiste en proveer soluciones innovadoras a los problemas más críticos de salud a nivel nacional y global. La Iniciativa Salud y Derechos Humanos (en adelante, la "Iniciativa") es una de las unidades de trabajo del Instituto O'Neill, enfocada en el estudio de la relación entre la salud y los marcos jurídicos nacionales e internacionales que protegen los derechos humanos. A partir del trabajo académico, de la asistencia técnica y del uso estratégico del derecho, el equipo de la Iniciativa busca contribuir a un entendimiento más profundo de las distintas formas en las que dichos marcos pueden ser utilizados para mejorar la salud.

Una de las áreas de trabajo de la Iniciativa se centra en la participación en procesos legales y en litigios nacionales e internacionales, con el fin de proteger y promover el derecho a la salud y otros derechos relacionados. Las modalidades de trabajo en el área incluyen la representación directa de víctimas individuales y colectivas, la presentación de *amici curiae* en procesos nacionales e internacionales, y la prestación de asistencia técnica a socios involucrados en litigios.

En ese contexto, considerando que el vínculo entre los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, y la muerte digna es un tema transversal de la presente causa, consideramos relevante presentar argumentos desde el derecho comparado, la bioética y el derecho internacional de los derechos humanos (en adelante, el "DIDH") que, esperamos, puedan contribuir a la discusión al interior de la Corte. Cabe destacar que Silvia Serrano Guzmán, Oscar A. Cabrera, Natalia Acevedo Guerrero, y Patricio López Turconi no formamos parte del proceso en autos, sino que nos constituimos en *amicus curiae* de acuerdo al artículo 12 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional.

Tabla de Contenidos

1. Introducción	3
2. La despenalización de la eutanasia es compatible con la ética médica	4
3. La despenalización de la eutanasia es compatible con el derecho internacional de los derechos humanos	8
3.1. Sistema universal de derechos humanos	8
3.2. Sistema europeo de derechos humanos	11
4. El derecho a la muerte digna a la luz del marco jurídico de protección de los derechos humanos.....	14
4.1. Derecho a la vida	15
4.2. Derechos a la vida privada, a la autonomía y a la libertad personal	17
4.3. Derecho a la integridad personal	18
4.4. Derecho a la salud	18
5. Algunas salvaguardas para la despenalización de la eutanasia	21
5.1. Salvaguardas procedimientos y tiempos estipulados de respuesta	21
5.2. La protección del consentimiento libre, informado, explícito e inequívoco	24
5.3. Estipulaciones sobre sobre objeción de conciencia	26
6. Requisitos de la enfermedad para acceder a servicios al final de la vida	27
7. Conclusión	28
8. Referencias.....	30

Amicus Curiae ante la Corte Constitucional del Ecuador

Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN

1. Introducción

El presente *amicus curiae* se enmarca en la acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN, presentada por Paola Roldán Espinosa, quien está enfrentando una difícil situación en Ecuador debido a una enfermedad degenerativa sin cura.¹ Paola está luchando por el reconocimiento de su derecho a una muerte digna mediante una declaración de constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), para que se considere inaplicable y no punible la práctica de la eutanasia cuando se cumplan ciertos requisitos.² El caso de Paola se suma a otros casos, tanto en la región como en el mundo, en los cuales individuos enfrentan obstáculos legales o administrativos para evaluar sus opciones para lograr una muerte digna. En este sentido, es crucial crear las condiciones jurídicas que permitan la toma de estas decisiones de manera libre e informada, con base en un plan de vida definido de manera autónoma y a partir de la vivencia propia de los límites de la dignidad.

Nuestra intervención se enfoca en destacar diversos pronunciamientos, tanto en el derecho comparado como en el DIDH, que indican que **el reconocimiento del derecho a una muerte digna, en el sentido propuesto en la acción N. 67-23-IN (despenalización) es, al menos, compatible con las obligaciones internacionales de Ecuador en materia de derechos humanos**. También plantearemos algunos argumentos conforme a los cuales **la despenalización de la eutanasia no es sólo compatible sino requerida por las normas nacionales e internacionales de derechos humanos**.

Con ese fin, realizaremos un análisis detallado de ciertas autoridades en ética médica, bioética y derechos humanos que permiten concluir que la despenalización de la eutanasia en casos como el presente es un tema de derechos humanos compatible con la ética médica y que las preocupaciones que se pueden desprender de su práctica, pueden abordarse adecuadamente mediante una serie de garantías procesales robustas destinadas a prevenir posibles abusos. Siguiendo esa perspectiva, abordaremos algunos ejemplos de salvaguardas utilizadas en el derecho comparado, resaltando tanto sus riesgos como sus beneficios.

Como punto preliminar, subrayamos que existen diversas interpretaciones sobre el alcance del concepto de "muerte digna", tanto en la literatura jurídica como en la filosofía y la bioética. En la demanda de inconstitucionalidad ante esta Honorable Corte, el término se ha utilizado principalmente para referirse al suicidio asistido u otras formas de eutanasia activa. No obstante, "muerte digna" también puede entenderse como la toma de decisiones autónomas al final de la vida (por ejemplo, la posibilidad de establecer voluntades anticipadas), la limitación del esfuerzo

¹ Carolina Mella, "La lucha de Paola Roldán por tener una muerte digna en Ecuador: 'Reconozcan este derecho que me corresponde'", *El País América*, 22 de noviembre de 2023, <https://elpais.com/america/2023-11-22/la-lucha-de-paola-roldan-por-tener-una-muerte-digna-en-ecuador-reconozcan-este-derecho-que-me-corresponde.html>.

² "Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN", 8 de agosto de 2023, 41.

terapéutico, el acceso a cuidados paliativos o medicamentos para disminuir el dolor, así como otros enfoques que eviten el ensañamiento terapéutico.³

A los fines de este *amicus curiae*, utilizaremos el concepto de “derecho a la muerte digna” para referirnos, en términos generales, a la posibilidad de tomar decisiones libres y autónomas sobre cuándo poner fin a la propia vida, así como el acceso a los medios para ello, en el contexto de una enfermedad terminal o una condición de salud que provoque severos sufrimientos físicos o mentales incompatibles con la dignidad.⁴ Ello sin perjuicio de nuestro enfoque específico en la figura de la eutanasia activa, de acuerdo con los términos de la acción de inconstitucionalidad.

2. La despenalización de la eutanasia es compatible con la ética médica

Los vínculos entre bioética y derecho han experimentado un extenso desarrollo, especialmente en el DIDH. Se ha concebido a los principios de la bioética como el contenido mínimo o el piso común que garantiza la prestación de servicios de salud en condiciones éticas.⁵ Además, el respeto a los valores de la ética médica ha sido considerado como parte de uno de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, específicamente el de la aceptabilidad.⁶ En este contexto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha reconocido que, con el objetivo de equilibrar la asimetría de poder existente, la relación entre médicos y pacientes debe estar gobernada por principios de ética médica, incluyendo la autonomía del paciente, el deber de actuar con beneficencia, no maleficencia y la justicia.⁷ De igual modo, en el Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* (2007), la Corte IDH reconoció que la profesión médica está “(...) sujeta a obligaciones éticas y jurídicas de gran relevancia, y a expectativas sociales de primer orden. Al médico le concierne la preservación de valores fundamentales del individuo y de la humanidad en su conjunto”.⁸

Por lo tanto, consideramos que, para cuestiones como la del fin de la vida, la ética médica y el derecho deben ser consideradas como disciplinas complementarias y altamente relevantes. Justamente pensando en esa complementariedad, una primera dimensión del debate ante esta Honorable Corte se vincula a la pregunta sobre si la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido es compatible con el papel de los médicos y los objetivos de la profesión. Para comprender este aspecto, es esencial abordar las normas que rigen la ética de la medicina en Ecuador y explorar cómo pueden ser interpretadas a la luz de los debates contemporáneos sobre la ética médica y la asistencia al final de la vida.

³ Silvia Serrano Guzmán y Oscar A. Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”, en prensa, 1–2.

⁴ *Ibid.*, 2.

⁵ Raanan Gillon, “Defending the Four Principles Approach as a Good Basis for Good Medical Practice and Therefore for Good Medical Ethics”, *Journal of Medical Ethics* 41, n° 1 (1 de enero de 2015): 111–16, <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102282>.

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

⁷ Caso *I.V. vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 30 de noviembre de 2016).

⁸ Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 22 de noviembre de 2007).

Como fuera explicado por los demandantes, el artículo 201 de la Ley Orgánica de Salud de Ecuador establece que los profesionales de la salud deben “brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”.⁹ Al mismo tiempo, una interpretación formalista y puramente literal del Código de Ética de Ecuador podría dar lugar a una aparente contradicción con la despenalización de la eutanasia. Dicho Código establece como deber de los médicos el cuidado de las personas enfermas, haciendo hincapié en que su “responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo.”¹⁰ Además, el artículo 90 del mismo Código refiere específicamente a la eutanasia, advirtiendo que “[e]l médico no está autorizado para abreviar la vida del enfermo. Su misión fundamental frente a una enfermedad incurable será aliviar[rla] mediante los recursos terapéuticos del caso”.¹¹ Para los demandantes, el objetivo de la medicina “debería ser aliviar el sufrimiento, no luchar o combatir la muerte”, por lo que el Código de Ética plantea una visión de la medicina que vulnera el principio de autonomía de las personas y resulta “anacrónico”.¹²

Esta definición de los deberes de los médicos y médicas abre un debate importante sobre la ética inherente a la medicina. La moral médica define lo que puede considerarse ético y lo que determina la integridad profesional de los médicos.¹³ Quienes defienden la existencia de una moral médica argumentan que existen deberes específicos para los médicos que capturan valores e integridad distintivos y que, por lo tanto, son lo que distinguen esta profesión de otras.¹⁴ Algunos autores defienden explicaciones meramente esencialistas e ideas estáticas sobre los objetivos de la medicina,¹⁵ mientras que otros han propuesto modelos que permitan que dichos objetivos puedan ser modificados según el contexto y otros factores externos.¹⁶

Por ejemplo, Miller y Brody reconocen que la medicina es parte de un contexto social, por lo que sus objetivos han cambiado y evolucionado junto con la cultura y la historia.¹⁷ Así, reconocen que **la medicina contemporánea tiene nuevos objetivos, que los médicos han adquirido nuevas responsabilidades, y que existen nuevas interpretaciones de los objetivos tradicionales de la medicina.**¹⁸ Ante estas nuevas circunstancias, puede entenderse que lo ético es contextualizar y modificar los objetivos de la medicina tradicionalmente concebidos.

⁹ Congreso Nacional del Ecuador, “Ley Orgánica de Salud (Ley 67)” (2006), art. 201.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Código de Ética Médica (Acuerdo Ministerial 14660-A)” (1992), art. 6.

¹¹ *Ibid.*, art. 90.

¹² “Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN”, 10.

¹³ Tom L. Beauchamp, “Internal and External Standards for Medical Morality”, *The Journal of Medicine and Philosophy* 26, n° 6 (diciembre de 2001): 604, <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.601.2995>.

¹⁴ Beauchamp, “Internal and External Standards for Medical Morality”.

¹⁵ *Ibid.*, 602 (citando a Pellergino).

¹⁶ Robert M. Veatch, “The Impossibility of a Morality Internal to Medicine”, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 26, n° 6 (1 de enero de 2001): 621–42, <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.621.2996>.

¹⁷ Franklin G. Miller y Howard Brody, “The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective”, *The Journal of Medicine and Philosophy* 26, n° 6 (diciembre de 2001): 581–99, <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.581.2993>.

¹⁸ *Ibid.*

En consonancia con lo anterior, el Hasting Center, un destacado centro de investigación en bioética, ha identificado tres objetivos tradicionales de la medicina que han definido el rol de los médicos en la sociedad a lo largo de la historia. Ellos son: (i) salvar y prolongar la vida; (ii) promover y mantener la salud; y (iii) aliviar el dolor y el sufrimiento.¹⁹ Sin embargo, estos objetivos han estado sujetos a influencias externas y nuevas demandas que requieren interpretaciones actualizadas. El Hasting Center ha destacado diversos factores externos, como el avance científico y tecnológico, la necesidad de equilibrar el enfoque curativo, los desafíos del envejecimiento de la población, las demandas del público y del mercado, las presiones culturales, la medicalización de la vida y el impulso hacia la superación humana.²⁰

En relación con el sesgo curativo,²¹ se ha resaltado la importancia de desafiar la cura como la única finalidad en el cuidado de los pacientes, ya que “las guerras implacables y costosas contra las enfermedades, en particular contra condiciones letales como el cáncer, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares, con demasiada frecuencia han oscurecido la necesidad de atención y compasión frente a la mortalidad”.²² De igual modo, el cambio cultural de las sociedades ha hecho que la medicina se convierta “no simplemente en un medio para afrontar las enfermedades como se entiende clásicamente, sino también en una forma de ampliar las opciones y posibilidades humanas”.²³

Considerando estos factores y los cambios apremiantes que han transformado el papel de la medicina, el Hasting Center ha propuesto cuatro “**objetivos contemporáneos de la medicina**”. Ellos son: (i) la prevención de enfermedades y lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud; (ii) el alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades; (iii) el cuidado y curación de quienes padecen una enfermedad, incluyendo el cuidado de quienes no pueden curarse; y (iv) evitar la muerte prematura y buscar una muerte pacífica.²⁴ Con respecto a este último objetivo, se ha señalado que aunque la misión de los profesionales de la medicina es evitar la muerte prematura, es importante mantener una “sana tensión” con la muerte pacífica con el propósito de aceptarla y posibilitarla. Así, “el tratamiento médico debe proporcionarse de manera que aumente, en lugar de amenazar, la posibilidad de una muerte pacífica”.²⁵ De esta manera, **posibilitar una muerte digna a partir del alivio del sufrimiento y el ejercicio de la autonomía de las personas se convierte también en una responsabilidad de la medicina y, por ende, en uno de sus objetivos.**

En esta línea, diferentes autoridades y académicos en materia de ética médica y bioética han concluido que, siguiendo los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, es imperativo asegurar la provisión de cuidados paliativos, prevenir el sufrimiento físico y mental, evitar prácticas de ensañamiento terapéutico o fútil, y facilitar el acceso a servicios de

¹⁹ “The Goals of Medicine. Setting New Priorities”, *The Hastings Center Report* 26, n° 6 (1996): S1-27.

²⁰ *Ibid.*, S3–6.

²¹ Para una definición detallada de este término, véase “The Goals of Medicine. Setting New Priorities”.

²² *Ibid.*, S4.

²³ *Ibid.*, S5.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*, S13.

eutanasia.²⁶ Autores como Beauchamp y Childress han resaltado especialmente que **los principios de autonomía, beneficencia y justicia, junto con las virtudes de cuidado y comprensión, proporcionan un respaldo ético para la participación médica en la muerte digna**, ya que permiten que las personas tomen decisiones en salud de acuerdo con sus circunstancias, valores y planes de vida. Estas decisiones pueden incluir el rechazo de un tratamiento médico y la solicitud de un procedimiento que acelere o cause la muerte.²⁷ Otros autores, como Karnik y Kanekar, han abogado por una participación más activa de los médicos en este contexto, quienes pueden “(...) promover la comunicación, la educación y el debate relacionados con las preferencias de cuidados al final de la vida y sus implicaciones entre el paciente y sus familias para facilitar una mejor toma de decisiones”.²⁸

La Corte Constitucional de Colombia también se ha referido al rol de los médicos en el fin de la vida. En particular, ha explorado la relación entre el principio constitucional de la solidaridad y el rol de los profesionales en los procedimientos para asistir la muerte. En la sentencia en la que se despenalizó la eutanasia, la Corte afirmó que, en concordancia con dicho principio, las personas pueden optar por socorrer a quien se encuentre en una situación de sufrimiento.²⁹ Más recientemente, en la sentencia C-164 de 2022, la Corte vinculó el principio de solidaridad con el papel de los médicos en este contexto. Según la Corte, en estos casos, “el médico actúa en virtud de la solidaridad, pues su actuación tiene por finalidad la terminación del sufrimiento ajeno y la materialización de la voluntad del paciente. Para ello es clave el papel de la ciencia, cuyos desarrollos y avances permiten un mejor cumplimiento de la labor social, cuando se disminuye el dolor y se brinda alivio con mejores técnicas y mayor atino”.³⁰

Con todo, es posible afirmar que brindar asistencia a las personas al final de la vida, ya sea respetando su autonomía para decidir sobre el rechazo o retiro de un tratamiento, o permitiendo el acceso a prestaciones específicas para morir con dignidad, se ha entendido como compatible con los objetivos contemporáneos de la medicina y con los principios de la ética médica. Por este motivo, la asistencia médica para garantizar la muerte digna **no** es incompatible con lo establecido en el artículo 201 de la Ley Orgánica de Salud de Ecuador, ya que esta práctica se alinea con las labores de los profesionales de la salud, desde sus competencias, los principios bioéticos y los derechos humanos. Como se detalla en la acción de inconstitucionalidad, afirmar

²⁶ Véase, por ejemplo, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance y World Health Organization, *Global Atlas of Palliative Care*, 2nd ed. (London, UK, 2020); Consejo de Europa, “Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida”, 2014; Nancy Berlinger, Bruce Jennings, y Susan M. Wolf, *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care near the End of Life*, 2ª ed. (Oxford: Oxford University Press, 2013); Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, 6th ed (New York: Oxford University Press, 2009); Jonathan D. Santoro y Mariko Bennett, “Ethics of End of Life Decisions in Pediatrics: A Narrative Review of the Roles of Caregivers, Shared Decision-Making, and Patient Centered Values”, *Behavioral Sciences* 8, n° 5 (26 de abril de 2018): 42, <https://doi.org/10.3390/bs8050042>.

²⁷ Beauchamp y Childress, *Principles of biomedical ethics*, 181–85.

²⁸ Sameera Karnik y Amar Kanekar, “Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review”, *Healthcare* 4, n° 2 (5 de mayo de 2016): 24, <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>.

²⁹ Sentencia C-239/97 (Corte Constitucional de Colombia 20 de mayo de 1997).

³⁰ Sentencia C-164/22 (Corte Constitucional de Colombia 11 de mayo de 2022).

lo contrario implicaría adoptar una perspectiva anacrónica y estática sobre los objetivos de la medicina y las cambiantes necesidades de las personas a las que debe servir.

3. La despenalización de la eutanasia es compatible con el derecho internacional de los derechos humanos

Una segunda dimensión del debate se centra en la compatibilidad de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido con las obligaciones internacionales de Ecuador en materia de derechos humanos. Así, esta sección ofrece un resumen de los pronunciamientos relevantes en el DIDH que ayudan a dar respuesta a esta pregunta.

Es importante señalar que el DIDH presenta un desarrollo incipiente en lo que respecta al derecho a la muerte digna en general, con pocos pronunciamientos que se enfocan principalmente en la eutanasia activa y el suicidio asistido. La cuestión ha sido abordada mayormente por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) y ciertos órganos de tratados y procedimientos especiales del sistema de Naciones Unidas. Aunque existen algunas diferencias en la manera en que cada órgano ha tratado el tema, en su conjunto, estos pronunciamientos sugieren que, **cuando se establecen salvaguardas robustas, la despenalización de la eutanasia activa y el suicidio asistido es compatible con las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos**. A continuación, abordaremos cada uno de estos sistemas por separado.

3.1. Sistema universal de derechos humanos

En el ámbito de las Naciones Unidas, los pronunciamientos relevantes sobre la eutanasia y el suicidio asistido han provenido principalmente de las observaciones tanto generales como finales (en el contexto de los informes periódicos) de los órganos de tratados, con alguna mención limitada por parte de los procedimientos especiales.

Aunque son escasas, las referencias al tema apuntan a que la despenalización de la eutanasia no es *per se* incompatible con el derecho a la vida, aunque es indispensable que existan controles previos, medidas de transparencia y otras garantías procesales robustas para evitar el abuso de esta práctica, especialmente en grupos vulnerables como las personas con discapacidad y los niños, niñas y adolescentes (NNA). Estos pronunciamientos se han centrado en, además de ofrecer una interpretación que apunta a la referida compatibilidad, evaluar la situación de aquellos Estados que ya permitían estos procedimientos en mayor o menor grado, sin explorar un posible deber positivo de legalizar o despenalizar estas prácticas.³¹ Esto, sin perjuicio de los argumentos que plantearemos más adelante, conforme a los cuales puede entenderse que la falta de acceso a la muerte digna podría resultar violatoria de diversos derechos.

La *Observación General No. 36 sobre el derecho a la vida* (2019) del Comité de Derechos Humanos (CDH) indica que la protección de la vida bajo el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) no es incompatible con que los Estados permitan la eutanasia o el suicidio asistido en sus ordenamientos jurídicos. Al analizar los vínculos entre la vida, la autonomía personal y la dignidad humana en relación a las medidas estatales para evitar el suicidio, el CDH claramente indicó que:

³¹ Véase Serrano Guzmán y Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”, 3.

(...) En los Estados partes donde se permita que profesionales médicos brinden tratamiento o medios para facilitar la terminación de la vida de adultos que sufran, como los enfermos terminales, aquejados de graves dolores y sufrimiento físico o mental y que deseen morir con dignidad, se debe velar por que existan salvaguardias legales e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos.³²

Se trata de un pronunciamiento relevante para cualquier discusión sobre la legalidad de esta práctica, al menos por dos motivos. Primero, el hecho de que el Comité haya abordado esta práctica en una observación general sobre el derecho a la vida sin condenar su permisión por parte de los Estados indica que el PIDCyP no prohíbe la despenalización. Segundo, esta interpretación establece algunos parámetros sobre el tipo de garantías procesales que esta práctica debería cumplir para proteger la vida, la autonomía y la dignidad. Ciertamente, el CDH se refirió a salvaguardas que reúnan tres condiciones: (i) que sean tanto legales como institucionales; (ii) que sean robustas o sólidas; y (iii) que estén destinadas a verificar el consentimiento libre, informado, explícito e inequívoco de las personas, con el fin de prevenir abusos y presiones indebidas.

Se podría añadir una cuarta condición vinculada a la necesidad de prohibir el uso discriminatorio del procedimiento, y asegurar la no discriminación en la práctica. En su *Observación General N° 6 sobre la igualdad y no discriminación* (2018), el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) mencionó el uso indebido o encubierto de la eutanasia en personas con discapacidad únicamente debido a su discapacidad, como parte del contexto más amplio en el que estas personas ven negada su dignidad, integridad e igualdad.³³ Este comité no formuló recomendaciones concretas en este sentido, pero esta referencia aislada sugiere que, aunque la despenalización no sea en sí misma contraria a la igualdad y no discriminación, los Estados deberían adoptar medidas para prevenir el recurso a la eutanasia por motivos o con efectos discriminatorios.

El análisis de la cuestión ha sido más común durante el examen de los informes periódicos de los Estados.

En un primer momento, el CDH mantuvo una posición moderada, argumentando que la eutanasia y el suicidio asistido sólo serían prácticas problemáticas a la luz del PIDCyP si no estuvieran acompañadas por algún tipo de control ex ante, que podría ser judicial o de otra índole. El primer pronunciamiento al respecto data de 2009, cuando el CDH emitió sus observaciones finales sobre los Países Bajos. En esa oportunidad, y haciendo referencia al derecho a la vida, el Comité instó al Estado a revisar su legislación sobre suicidio asistido para incorporar un mecanismo de revisión judicial que garantice que la decisión del paciente de poner fin a su vida “no se tomó bajo influencia indebida o por error”.³⁴ En una nueva revisión de la legislación de

³² Comité de Derechos Humanos, “Observación general N° 36. Artículo 6: derecho a la vida.”, 3 de septiembre de 2019, párr. 9.

³³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observación general N° 6 sobre la igualdad y la no discriminación”, 26 de abril de 2018, párr. 7.

³⁴ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Países Bajos”, 25 de agosto de 2009, párr. 7.

dicho país en 2019, el CDH reiteró la importancia de que existan garantías procesales robustas, e instó al Estado a “(...) fortalecer las salvaguardias institucionales en la regulación de la eutanasia (suicidio asistido) (...) por ejemplo considerando la posibilidad de establecer un comité ético independiente que lleve a cabo un examen ex ante de las decisiones médicas sobre las solicitudes de terminación de la vida o suicidio asistido”.³⁵

Otros órganos de tratados han mantenido posturas similares durante el examen de informes estatales, poniendo el foco en la necesidad de salvaguardas y controles previos con el fin de evitar abusos y el uso discriminatorio de estas formas de muerte digna.

Por ejemplo, en 2017, el CDPD recomendó a Canadá la creación de mecanismos para vigilar el estricto cumplimiento de las salvaguardas procesales alrededor de la eutanasia y el suicidio asistido. Ello con el fin de asegurar el sistema de apoyos en la toma de estas decisiones, la recopilación de información detallada sobre todas las solicitudes e intervenciones relacionadas, y la prevención de presiones externas o influencias indebidas a personas con discapacidad.³⁶ En sus observaciones finales sobre España, este Comité expresamente instó al Estado a procurar que no existan disposiciones que permitan el recurso a la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones “contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación”.³⁷

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño (CDN) también se ha pronunciado sobre la importancia de controles y garantías procesales en este ámbito. En 2009, durante el examen de la legislación que permite la eutanasia en NNA en los Países Bajos, el Comité recomendó que el Estado adopte todas las medidas necesarias para reforzar los controles de esta práctica. En particular, recomendó asegurar que la práctica en NNA no sea llevada a cabo sin notificación, y que el estado mental y psicológico del niño/a y de los padres o tutores que realizan la petición sea tenido en consideración al momento de aceptar o denegar el acceso a la práctica.³⁸ En 2015, el CDN le reiteró dichas recomendaciones a los Países Bajos, agregando la importancia de producir información de todos los casos de eutanasia en pacientes menores de edad.³⁹ De forma similar, en 2019, el CDN le recomendó a Bélgica asegurar “la revisión y el control más completos posibles de las decisiones sobre la eutanasia en relación con los niños, incluso por parte de un juez, para garantizar que esas decisiones no sean objeto de influencia indebida o de malentendidos”.⁴⁰

En cuanto a los procedimientos especiales, la cuestión ha sido tratada principalmente por la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas,

³⁵ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Países Bajos”, 22 de agosto de 2019, párr. 29.

³⁶ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observaciones finales sobre el informe inicial del Canadá”, 5 de agosto de 2017, párr. 24.

³⁷ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España”, 13 de mayo de 2019, párr. 7.

³⁸ Comité de los Derechos del Niño, “Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de los Países Bajos”, 27 de marzo de 2009, párr. 31.

³⁹ Comité de los Derechos del Niño, “Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Países Bajos”, 16 de julio de 2015, párr. 29.

⁴⁰ Comité de los Derechos del Niño, “Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Bélgica”, 28 de febrero de 2019, párr. 18.

quien se refirió a la cuestión de la eutanasia y el suicidio asistido en el marco de su visita a Canadá. En esa oportunidad, la Relatora enfatizó en la importancia de contar con un protocolo para demostrar que las personas con discapacidad consideradas elegibles para estos procesos hubieran recibido información sobre otras opciones al final de la vida, incluyendo cuidados paliativos o alternativas basadas en la comunidad.⁴¹

De lo dicho hasta el momento, es posible afirmar que el PIDCyP y otros tratados del sistema universal de los que Ecuador es parte y que establecen el derecho a la vida no constituyen obstáculo alguno para la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido, siempre que existan salvaguardas robustas. Al contrario de como afirmaron algunos de los amicus curiae presentados en la audiencia pública en el caso Nro. 067-23-IN⁴², **no es correcto argumentar que las pretensiones de la demanda sean incompatibles con el derecho a la vida en los términos del reconocimiento de los derechos humanos protegidos internacionalmente.**

3.2. Sistema europeo de derechos humanos

El sistema europeo es el que cuenta con más pronunciamientos sobre el derecho a la muerte digna. En efecto, el TEDH ha emitido al menos seis decisiones de fondo⁴³ que expresamente abordan los temas de eutanasia, suicidio asistido y retiro del tratamiento para soporte vital. Aunque estos pronunciamientos corresponden a un sistema evidentemente ajeno a Ecuador, los mismos son útiles para el análisis de la cuestión.

Tales decisiones no analizan a profundidad si el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, también conocido como Convenio Europeo de Derechos Humanos (en adelante, "CEDH"), crea una obligación positiva de despenalizar y/o legalizar ciertas formas de muerte digna. Esto ocurre debido a la doctrina del margen de apreciación propia del sistema regional en cuestión y que no necesariamente se usa en esos términos en otros sistemas de protección. Sin perjuicio de lo anterior, estas decisiones sí permiten concluir que la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido es compatible con las obligaciones que se desprenden de los derechos a la vida y a la protección de la vida privada, siempre y cuando existan salvaguardas que reúnan ciertas condiciones. Estos precedentes también ofrecen importantes consideraciones sobre el acceso a las formas de muerte digna legalmente previstas, en aquellas jurisdicciones en las que se permita.

Pretty c. Reino Unido (2002) fue el primer caso sobre muerte digna que obtuvo una decisión de fondo por parte del TEDH. Este caso es un precedente crucial para el análisis de la presente

⁴¹ Consejo de Derechos Humanos y Catalina Devandas Aguilar, "Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad con discapacidad sobre su visita a Canadá", 19 de diciembre de 2019, párr. 69, 99.

⁴² Corte Constitucional de Ecuador, Audiencia pública del caso Nro. 067-23-IN, 20 de noviembre de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=ru4v7MrPsdY>

⁴³ Estas decisiones son *Pretty c. Reino Unido*, No. 81519/12, 40547/15, 51218/15, 61276/15, 12995/16, 19138/16, 52032/16, 55072/16, 24510/17, 26747/17, 60448/17, 22122/19, 44686/19 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 29 de abril de 2002); *Haas c. Suiza*, No. 31322/07 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 20 de enero de 2011); *Koch c. Alemania*, No. 497/09 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 19 de julio de 2012); *Gross c. Suiza*, No. 67810/10 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos [GC] 30 de septiembre de 2014); *Lambert y Otros c. Francia*, No. 46043/14 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos [GC] 5 de junio de 2015); *Mortier c. Bélgica*, No. 78017/17 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 4 de octubre de 2022).

acción de inconstitucionalidad, no sólo por su enfoque jurídico sobre la muerte digna, sino también porque comparte ciertas similitudes con el marco fáctico bajo estudio.

Pretty, quien sufría esclerosis lateral y se encontraba paralizada del cuello para abajo, consideraba que las etapas finales y previsibles de su enfermedad serían indignas. Así, solicitó al Reino Unido que autorizara a su esposo a prestarle asistencia para el suicidio sin que éste enfrentara sanciones penales por ello.⁴⁴ Ante la negativa del Estado, Pretty acudió al TEDH alegando la violación de sus derechos a la vida, a la prohibición de tortura y tratos o penas inhumanos o degradantes, al respeto de la vida privada, a la libertad de conciencia, pensamiento y religión y a la prohibición de discriminación.

En su decisión de fondo, el TEDH centró su análisis en el derecho a la vida privada (artículo 8 del CEDH), determinando que las cuestiones sobre la calidad de vida quedan protegidas por este derecho. Con base en esta interpretación, el TEDH no excluyó que la prohibición general del suicidio asistido constituyera una injerencia en el derecho de Pretty al respeto de la vida privada. Sin embargo, la sentencia no ahondó en el análisis de una prohibición total del suicidio asistido al notar que el gobierno del Reino Unido permitía cierta “flexibilidad” en la aplicación de la ley penal en casos individuales.⁴⁵

En *Haas vs. Suiza* (2011), el TEDH abordó la validez de las condiciones de acceso al suicidio asistido en Suiza en un caso de una persona que padecía trastorno afectivo bipolar y consideraba que su enfermedad le impedía vivir con dignidad.⁴⁶ En su sentencia, el Tribunal reafirmó y expandió la conexión entre muerte digna y vida privada, determinando que **“el derecho de una persona a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida, siempre que sea capaz de decidir libremente sobre esta cuestión y actuar en consecuencia, es uno de los aspectos del derecho al respeto a la vida privada”**.⁴⁷ El TEDH notó que, aunque los Estados gozan de un margen de apreciación en lo que respecta a la regulación de las condiciones de acceso a esta práctica,⁴⁸ la liberalización del suicidio asistido debería venir acompañada de “medidas de implementación apropiadas (...) y medidas preventivas”⁴⁹ en tanto “no deben subestimarse” los riesgos de abuso.⁵⁰

En *Koch c. Alemania* (2012), el TEDH reiteró que el artículo 8 del CEDH protege un derecho a decidir de qué manera y en qué momento poner fin a la vida, siempre que el individuo esté en

⁴⁴ *Pretty c. Reino Unido* párrafos 7–9.

⁴⁵ *Ibid.*, párr. 76–78.

⁴⁶ Haas había buscado acceder a la sustancia letal necesaria para poner fin a su vida y contactado a 170 psiquiatras para obtener la orden médica exigida por el derecho interno, sin éxito. Luego, Haas había contactado a varios órganos del Estado solicitando que se le permitiera acceder a esa sustancia sin una orden médica. El Estado había considerado que, en ausencia de dicha orden, no tenía la obligación positiva de crear las condiciones para que Haas pudiera suicidarse sin riesgo de fracaso y sin dolor. Ante la negativa del Estado, Haas acudió al TEDH alegando la violación a su derecho al respeto a la vida privada.

⁴⁷ *Haas c. Suiza* párrafo 51.

⁴⁸ *Ibid.*, párr. 52–53.

⁴⁹ *Ibid.*, párr. 57.

⁵⁰ *Ibid.*, párr. 58.

condiciones de libremente formar su propia voluntad y actuar en consecuencia.⁵¹ Sin embargo, el Tribunal reiteró que los Estados cuentan con un margen de apreciación en este ámbito.⁵²

En *Gross c. Suiza* (2013), el TEDH emitió observaciones cruciales sobre la regulación de salvaguardas procesales en el contexto de la eutanasia y el suicidio asistido. En este caso, el Tribunal tuvo que examinar la negativa de las autoridades suizas a permitir el acceso al suicidio asistido para Alda Gross, argumentando que ella no tenía una enfermedad terminal y, por lo tanto, no cumplía con los requisitos establecidos en las directrices médico-éticas aplicables.⁵³

El TEDH reafirmó que la decisión de Alda Gross quedaba alcanzada por el derecho a la vida privada,⁵⁴ y pasó a analizar si Suiza había proporcionado pautas suficientes para definir en qué condiciones los médicos pueden autorizar el suicidio asistido. El TEDH concluyó, primero, que los lineamientos aplicables al caso no podían ser considerados ley formal en tanto habían sido emitidos por una organización no gubernamental y, segundo, que ello había contribuido a una falta de seguridad jurídica.⁵⁵ Esta ausencia de normativa clara no sólo generó incertidumbre en Gross, sino que también provocó “un efecto paralizador en los médicos que, de lo contrario, se inclinarían a proporcionar a alguien como el solicitante la prescripción médica solicitada”.⁵⁶

Así, el Tribunal concluyó que había existido una violación al derecho a la vida privada en tanto “la ley suiza (...) no brinda suficientes lineamientos que garanticen la claridad en cuanto al alcance” del derecho al suicidio asistido.⁵⁷ Cabe resaltar que el TEDH notó especialmente que las “dificultades para encontrar el necesario consenso político” para definir las salvaguardas y condiciones de acceso a este servicio son inherentes a todo proceso democrático y, por ende, no pueden absolver a las autoridades de su deber de legislar o regular estas cuestiones.⁵⁸

El quinto caso sobre muerte digna en el sistema europeo es *Lambert y Otros c. Francia* (2015). Aunque el debate del caso se enfoca en el retiro del tratamiento de soporte vital, se trata de una decisión en la que el TEDH definió claramente su postura según la cual, en cuestiones relativas al final de la vida, los Estados pueden permitir ciertas formas de muerte digna, y tienen un margen de apreciación para definir los mecanismos que permitan “lograr un equilibrio entre la protección del derecho a la vida de los pacientes y la protección de su derecho al respeto de su vida privada y su autonomía personal”.⁵⁹

El último y más reciente caso en este sentido es *Mortier c. Bélgica* (2022), un precedente de gran importancia para la presente acción de inconstitucionalidad. En esta oportunidad, el TEDH se basó en los pronunciamientos del sistema universal y explícitamente concluyó que **la despenalización de la eutanasia no es per se contraria al derecho a la vida**, siempre que venga acompañada de salvaguardas reforzadas. En los términos del Tribunal:

⁵¹ *Koch c. Alemania* párrafo 52.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Gross c. Suiza* párrafo 21.

⁵⁴ *Ibid.*, párr. 59.

⁵⁵ *Ibid.*, párr. 65.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.*, párr. 67.

⁵⁸ *Ibid.*, párr. 66.

⁵⁹ *Lambert y Otros c. Francia* párrafo 148.

137. El objetivo de despenalizar la eutanasia es, como señaló el Tribunal Constitucional belga, dar a una persona la libre elección de evitar lo que, en su opinión, sería un final de vida indigno y doloroso (...) La dignidad humana y la libertad son la esencia misma del Convenio (...).

138. En estas circunstancias, el Tribunal considera que, si bien no es posible deducir del artículo 2 del Convenio un derecho a morir (...) el derecho a la vida consagrado en dicha disposición **no puede interpretarse en el sentido de que prohíbe por sí mismo la despenalización condicional de la eutanasia.**

139. Para ser compatible con el artículo 2 del Convenio, la despenalización de la eutanasia **debe ir acompañada del establecimiento de garantías adecuadas y suficientes para prevenir los abusos y garantizar así el respeto del derecho a la vida.** A este respecto, el Tribunal también señala que el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha sostenido que la eutanasia **no constituye en sí misma una violación del derecho a la vida** si está rodeada de sólidas salvaguardas jurídicas e institucionales para garantizar que los profesionales médicos apliquen una decisión explícita, inequívoca, libre e informada de su paciente, de modo que todo paciente esté protegido contra presiones y abusos (...).⁶⁰

Al analizar los hechos del caso concreto, el TEDH determinó que las salvaguardas previstas en el ordenamiento jurídico belga eran suficientes y que las mismas habían sido debidamente implementadas en el caso.⁶¹

En conclusión, la jurisprudencia más antigua del TEDH permite concluir que las decisiones individuales sobre cómo y cuándo poner fin a la vida quedan protegidas por el derecho a la vida privada, y que las normas que restrinjan el acceso a ciertas formas de muerte digna podrían ser una injerencia ilegítima en el ejercicio de este derecho siempre que no cumplan con el test de proporcionalidad. Al mismo tiempo, las decisiones más recientes, y especialmente el caso *Mortier*, permiten concluir que **los Estados sí pueden despenalizar ciertas formas de eutanasia y suicidio asistido**, y que ello es compatible con el derecho a la vida en la medida en que existan garantías procesales tendientes a prevenir abusos en el recurso a estas formas de muerte digna. Siguiendo la decisión en *Gross*, una de las garantías más importantes en este contexto será la promulgación de leyes en sentido formal y material que claramente establezcan las condiciones de acceso y que no generen efectos amedrentadores en los médicos.

4. El derecho a la muerte digna a la luz del marco jurídico de protección de los derechos humanos

Los argumentos expuestos hasta el momento han resaltado la compatibilidad de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido con el DIDH, siempre y cuando existan salvaguardas robustas. En esta sección, sostenemos que una interpretación seria del alcance y contenido de los derechos protegidos, tanto en la Constitución ecuatoriana como en el DIDH en general, debe conducir al reconocimiento del derecho a la muerte digna en el sentido planteado en este amicus curiae. Utilizamos el desarrollo jurisprudencial sobre los derechos relevantes en el sistema interamericano de derechos humanos (en adelante, el "SIDH") y en el derecho

⁶⁰ *Mortier c. Bélgica* párrafos 137–139 (traducción no oficial, énfasis agregado).

⁶¹ *Mortier c. Bélgica*.

comparado para destacar cómo estos derechos respaldan la despenalización y sirven como base legal para la misma.⁶²

Con ese fin, iniciaremos destacando que la protección del derecho a la vida no impone un mandato de prohibir la eutanasia o el suicidio asistido. Luego, recopilamos los contenidos de otros derechos protegidos en los tratados de los cuales Ecuador es parte para explicar cómo, de la lectura conjunta de estos tratados, no solo es posible sino necesario derivar un derecho a la muerte digna.

4.1. *Derecho a la vida*

Uno de los argumentos más frecuentes en contra de la despenalización de la eutanasia o el suicidio asistido es que ello sería contrario al mandato de los Estados de proteger la vida.

Junto con los estándares de los sistemas universal y europeo anteriormente citados, este argumento puede ser desacreditado a partir de un análisis detallado del contenido y alcance del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), que establece una sólida protección del derecho a la vida. Este artículo indica que “toda persona tiene el derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, desde el momento de la concepción. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.⁶³

En primer lugar, el propio texto de la CADH deja claro que la protección de la vida no es absoluta. El artículo 4.1 no prohíbe todas las privaciones de la vida, sino solo aquellas que puedan considerarse arbitrarias. Por ejemplo, en el contexto del uso letal de la fuerza por parte de autoridades estatales, los órganos del SIDH han indicado que son arbitrarios aquellos usos que no respetan los principios de finalidad legítima, estricta necesidad y proporcionalidad.⁶⁴ En el contexto de la atención en salud, no todas las muertes han sido automáticamente consideradas como violaciones del derecho a la vida, sino que se ha planteado la necesidad de evaluar en cada caso si se produjeron debido a una atención negligente o a acciones u omisiones estatales.⁶⁵

En segundo lugar, la Corte IDH ya se ha enfrentado a una situación en la cual un Estado argumentó un enfoque de protección absoluta de la vida bajo la CADH como justificación para imponer restricciones a otros derechos. Así, en su sentencia en el caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica* (2012), la Corte IDH dejó claro que: (i) la protección de la vida bajo la CADH no es absoluta, sino que admite excepciones; (ii) que esa protección es incremental; y (iii) que la protección de la vida debe ser ponderada con otros derechos con los que puede entrar en tensión, incluyendo precisamente los derechos a la vida privada y autonomía.⁶⁶ Estos puntos son

⁶² Para una primera versión de este argumento, véase Serrano Guzmán y Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”.

⁶³ “Convención Americana sobre Derechos Humanos” (1969), art. 4.1.

⁶⁴ Véase, por ejemplo, Caso *Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 27 de agosto de 2014).

⁶⁵ Véase, por ejemplo, Caso *Vera Vera y otra vs. Ecuador*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 19 de mayo de 2011); Caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 3 de agosto de 2018).

⁶⁶ Caso *Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 28 de noviembre de 2012).

de particular relevancia para desarticular argumentos que sostienen que la prohibición de la eutanasia o el suicidio asistido es una exigencia del artículo 4.1 de la CADH.

Así, es claro que el artículo 4.1 de la CADH no obliga a los Estados a prohibir la eutanasia y el suicidio asistido. Una interpretación contraria, basada en una supuesta protección absoluta de la vida, iría en contra tanto del texto mismo del tratado como de su interpretación autorizada en múltiples contextos.

Sin perjuicio de ello, cabe destacar que la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido podría ser un mecanismo para materializar el derecho a la vida en su entendimiento de vida digna. Ciertamente, desde hace ya varias décadas, el artículo 4.1 de la CADH ha sido interpretado por la Corte IDH en el sentido de incorporar un derecho a la vida digna. La primera vez que la Corte IDH dio este paso fue en el caso *Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala* (1999), en el que indicó que:

(...) el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)⁶⁷

Posteriormente, en una serie de casos de pueblos indígenas respecto de Paraguay, la Corte IDH profundizó su entendimiento de “vida digna” y señaló que “una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan”.⁶⁸ Agregó que el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria.⁶⁹

En el caso *Vera Rojas y otros v. Chile* (2021), relacionado con la decisión de una aseguradora privada de no continuar proveyendo un tratamiento de hospitalización domiciliaria a una niña con una enfermedad degenerativa que le causó múltiples discapacidades, la Corte IDH declaró la violación del derecho a la vida en el sentido de vida digna.⁷⁰ También en casos relativos a otros derechos sociales como la seguridad social, la Corte IDH ha incluido referencias reiteradas a la

⁶⁷ Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo (Corte Interamericana de Derechos Humanos 19 de noviembre de 1999).

⁶⁸ Caso Comunidad Indígena Yakyé Axa vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 17 de junio de 2005).

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Caso Vera Rojas y otros vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 10 de enero de 2021).

dignidad como parte de los contenidos de esos derechos⁷¹ y en algunos de los casos como parte también del derecho a la vida digna.⁷²

De estos y otros pronunciamientos, es posible concluir que el derecho a la vida obliga a los Estados a asegurar condiciones de vida digna. Como lo ejemplifica el caso *Vera Rojas*, en el contexto de una enfermedad o condición de salud, ello puede implicar el acceso a un esquema de tratamiento que mejore, en la mayor medida posible, la dignidad. Así, consideramos que plantar la existencia de un derecho a la vida digna pero, al mismo tiempo, negar la autonomía de las personas para decidir terminar con una vida que, como consecuencia de una enfermedad, resulta incompatible con su dignidad, sería profundamente contradictorio.⁷³

Si los Estados deben tomar medidas positivas para asegurar condiciones de dignidad, también deberían abstenerse de crear barreras jurídicas para decidir el momento de morir y para acceder a los medios para ello. En estos casos, el punto de partida para proteger la dignidad de las personas es la obligación aún más básica: el deber negativo del Estado de no interferir, mediante prohibiciones legales, en la decisión de poner fin a una vida que resulta indigna conforme a la voluntad de cada persona.

4.2. *Derechos a la vida privada, a la autonomía y a la libertad personal*

Como fuera explicado, el derecho a la vida privada adquiere particular relevancia en el debate sobre la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Como ya indicamos, el TEDH ha considerado que este derecho protege a las decisiones sobre el fin de la vida y que, por lo tanto, los Estados no deberían interferir arbitrariamente en estas decisiones (obligación negativa). Dicha interpretación puede servir como sustento jurídico para la despenalización, en la medida en que se considere que las prohibiciones generales de estos procedimientos constituyen una injerencia arbitraria, por desproporcionada, en este derecho.

En el SIDH, por su parte, el artículo 11 de la CADH incluye una protección de la vida privada, que también ha sido interpretada en el sentido de incorporar un fuerte componente de autonomía. La Corte IDH ha indicado que “el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública”.⁷⁴ A medida que los órganos del SIDH han tratado una mayor diversidad de casos, el derecho a estar libre de injerencias en la vida privada se ha interpretado en el sentido de abarcar diversos aspectos de la vida de las personas, incluyendo “la capacidad para desarrollar la propia personalidad y aspiraciones, determinar su propia identidad y definir sus propias relaciones personales”.⁷⁵ En este contexto, la Corte ha destacado que la vida privada implica, precisamente, “la posibilidad de ejercer la autonomía personal sobre el futuro curso de

⁷¹ Véase, por ejemplo, Caso *Muelle Flores vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 3 de junio de 2019).

⁷² Véase, por ejemplo, Caso *Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (ANCEJUB-SUNAT) vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 21 de noviembre de 2019).

⁷³ Serrano Guzmán y Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”, 20.

⁷⁴ Caso *Escher y otros vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 7 de junio de 2009).

⁷⁵ Caso *Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas párrafo 143.

eventos relevantes para la calidad de vida de la persona”,⁷⁶ lo cual cobra especial relevancia al llegar al final de la vida.

En el SIDH, la autonomía también encuentra respaldo en el derecho a la libertad personal establecido en el artículo 7 de la CADH. Así, la Corte IDH ha indicado que esta disposición incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido.⁷⁷ En virtud de este artículo, cada persona cuenta con un derecho a “auto-determinarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones”.⁷⁸

Esta protección de la vida privada, la autonomía y la libertad, junto con la consiguiente obligación del Estado de no interferir arbitrariamente en ellas, tiene repercusiones directas en el debate sobre la despenalización de ciertas formas de muerte digna. En efecto, este conjunto de derechos está vinculado a una elección de gran trascendencia: la determinación de la cantidad de sufrimiento que resulta aceptable según el plan de vida y concepción de dignidad de cada persona. En esencia, se refiere a lo que cada ser humano considera como el límite de su propia dignidad. Dada la naturaleza especialmente individual e íntima de una decisión de esta índole, el debate sobre la despenalización debería conferir un peso significativo a la protección de estos derechos, ya que están intrínsecamente ligados a la noción de una vida digna.⁷⁹

4.3. *Derecho a la integridad personal*

El derecho a la integridad personal adquiere relevancia en el análisis de la presente causa en la medida en que la declaración de inconstitucionalidad condicionada se vincula a la existencia de condiciones de salud que generan un dolor o sufrimiento físico o mental severo. En ese sentido, tanto el derecho al respeto de la integridad física, psíquica y moral, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, deben ser considerados en la decisión del caso.

En el SIDH, la Corte IDH ha resaltado que las personas pueden ser víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes, e incluso de tortura, en el ámbito de los servicios de salud.⁸⁰ Además, la Corte ha explicado que la vulnerabilidad de las personas en estos entornos puede exacerbarse, ya que “el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o poder”.⁸¹ En esta línea, la Corte IDH ha subrayado la singularidad del sufrimiento físico y mental, explicando que se trata de “una experiencia propia de cada individuo y, en esa medida, va a depender de una multiplicidad de factores que hacen a cada persona un ser único”.⁸²

Así, la relevancia del derecho a la integridad personal y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes en este debate radica en su conexión directa con la situación de las personas que enfrentan condiciones de salud extremas. Por ello, constituye la base para la discusión sobre la despenalización de la muerte digna en contextos de sufrimiento severo. En

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Véase, por ejemplo, *ibid.*, párr. 142.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Serrano Guzmán y Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”, 20.

⁸⁰ Caso *I.V. vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas párrafo 263.

⁸¹ Ibid., párr. 264.

⁸² Ibid., párr. 267.

los términos de la Corte Constitucional de Colombia, “condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano (...) sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto”.⁸³

4.4. *Derecho a la salud*

La acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN realiza algunas observaciones sobre el vínculo entre muerte digna, entendida como acceso a formas de eutanasia activa, y el derecho a la salud. Los demandantes indican que la Corte Constitucional del Ecuador ya ha reconocido este vínculo en tanto ha expresamente determinado que “[l]a finalidad del disfrute del más alto nivel posible de salud contribuye a poner las condiciones dignas de vida y dignas de muerte por sobre la vida en circunstancias de padecimiento y miseria”.⁸⁴

El contenido y alcance del derecho a la salud son especialmente relevantes en el análisis de la muerte digna. Sin embargo, los órganos de protección de derechos humanos han explorado principalmente esta relación en lo que respecta al acceso a los cuidados paliativos, sin establecer directrices claras sobre el vínculo entre salud y eutanasia y suicidio asistido, que son el foco de la presente acción. Por lo tanto, esta sección ofrece un resumen de los argumentos de derecho internacional y comparado que respaldan este vínculo y que, consecuentemente, refuerzan la posición de los demandantes.

En el DIDH, el derecho a la salud ha sido caracterizado como el derecho al disfrute más alto posible de salud física y mental que les permita a las personas vivir dignamente.⁸⁵ De esta caracterización, es posible inferir que existen ciertas enfermedades cuyos efectos en las personas pueden hacer imposible alcanzar un grado de salud integral compatible con su concepción de dignidad. En tales circunstancias, el derecho a la salud debería ser interpretado en el sentido de incluir el derecho a acceder a los medios para aliviar, aún de manera definitiva, el sufrimiento físico o mental severo derivado de este tipo de condiciones de salud.

Más aún, la dimensión de libertad o autonomía del derecho a la salud, expresada en el desarrollo del consentimiento informado en materia de salud,⁸⁶ también es clave en este contexto. Ciertamente, la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la eutanasia y el suicidio asistido implica, en cierta medida, la negativa a continuar con tratamiento, cuidados paliativos u otras formas de aliviar el dolor, al considerar que incluso dichos cuidados no logran condiciones de dignidad. Un entendimiento coherente de la dimensión de libertad o autonomía del derecho a la salud debe incluir esta posibilidad.⁸⁷

En otras palabras, permitir el acceso condicional a ciertas formas de muerte digna puede ser instrumental no solo para garantizar el derecho a la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con el propio cuerpo y a no ser sometido a tratamientos de salud no consensuados,

⁸³ Sentencia C-239/97.

⁸⁴ “Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN”, 19.

⁸⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 14”, párr. 1.

⁸⁶ *Ibid.*, párr. 3.

⁸⁷ Para un mayor desarrollo de este argumento, véase Serrano Guzmán y Cabrera, “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”.

sino también para asegurar “la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”.⁸⁸

En el derecho comparado, la Corte Constitucional de Colombia ha abordado expresamente algunas formas de eutanasia activa (o “prestaciones específicas para morir”) a la luz de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud.⁸⁹ En la sentencia C-233 de 2021, la Corte estableció que el derecho a morir dignamente

(...) es un puente humanitario entre la vida y la muerte construido mediante servicios o prestación de salud, o, de ser el caso, mediante su omisión (en sus dimensiones de cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico o prestaciones específicas para morir) (...)⁹⁰

De acuerdo con esta interpretación, el acceso a los servicios y procedimientos de salud que materializan el derecho a la muerte digna (p. ej., una sustancia letal necesaria para el suicidio asistido) son el medio idóneo, cuando así así lo decida la persona, para aliviar el sufrimiento físico o mental que una enfermedad grave le pueda generar. En ese sentido, se sugiere una relación entre la posibilidad de acceder a ciertas formas de muerte digna y la observancia de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, particularmente la disponibilidad y accesibilidad, aunque no exclusivamente. De hecho, la Corte Constitucional ha afirmado que estos elementos también pueden predicarse respecto del derecho a morir dignamente.⁹¹

Así, a la luz del derecho a la salud, es posible afirmar que, cuando se despenaliza el acceso a ciertas formas de muerte digna, los servicios de salud que materializan este derecho deberían:

- Garantizar la existencia de servicios y profesionales competentes (disponibilidad);
- Ser accesibles para todas las personas en condiciones de igualdad y no discriminación, garantizando la accesibilidad geográfica, en la información y la asequibilidad (accesibilidad);
- Ser respetuosos de las condiciones diferenciales y de la ética médica (aceptabilidad). Cabe destacar que la posibilidad de acceder a distintas formas de muerte digna tiene una relación estrecha con el componente de aceptabilidad, en tanto el respeto por la autonomía y la no maleficencia de los pacientes son principios centrales de la ética médica y la bioética; y
- Estar centrados en el usuario y ser apropiados desde el punto de vista técnico, médico, científico y cumplir con los estándares de calidad (calidad).

⁸⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 14”, párr. 25 (analizando el contenido del derecho a la salud de las personas mayores).

⁸⁹ La Corte Constitucional colombiana ha interpretado a la muerte digna como un derecho multidimensional y multifacético, que comprende distintas opciones de tratamiento médico al fin de la vida. En efecto, la jurisprudencia constitucional ha identificado por lo menos tres formas de ejercer este derecho: los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico –que comprende los supuestos de suspensión y retiro del tratamiento– y las prestaciones específicas para morir –que incluyen la eutanasia activa y la sedación terminal efectuadas por un médico.

⁹⁰ Sentencia C-233/21 (Corte Constitucional de Colombia 22 de julio de 2021).

⁹¹ *Ibid.*, párr. 327.

Siguiendo el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y de distintas facetas del derecho a la muerte digna, la Corte Constitucional ha exhortado a las autoridades estatales, en diferentes y reiteradas ocasiones, a desarrollar un marco técnico y científico que permita el acceso a las prestaciones que materializan este derecho, y que indique a los profesionales de la salud cómo deben actuar en estos casos.⁹² Se trata, en esencia, del desarrollo de disposiciones administrativas que fijen las salvaguardas que protejan el acceso y la voluntad de quienes buscan poner fin a su vida en condiciones de dignidad.

5. Algunas salvaguardas para la despenalización de la eutanasia

Como se dijo anteriormente, el DIDH ha señalado la importancia de que las normas que despenalicen la eutanasia o el suicidio asistido o que regulen su práctica, incluyan o sean acompañadas de salvaguardas que cumplan con ciertas condiciones mínimas.⁹³ En el ámbito del derecho comparado, se pueden identificar diversas salvaguardas que han sido establecidas a nivel legislativo o por parte de los Ministerios de Salud, así como normas técnicas específicas. Esta sección ofrece un resumen y categorización de las mismas, con el fin de contribuir a la discusión al interior de esta Honorable Corte.

En general, dichas salvaguardas se han enfocado en: (i) asegurar un proceso que evite dilaciones y proteja a todos los intervinientes; (ii) verificar el consentimiento libre, informado, explícito e inequívoco de las personas, con el fin de prevenir abusos y presiones indebidas; y (iii) reconocer la objeción de conciencia sin que ello perjudique la disponibilidad y accesibilidad de profesionales de salud que presten dichos servicios. A continuación, abordaremos cada categoría por separado. Es importante destacar que varios de estos mecanismos también sirven para prevenir abusos vinculados con el recurso discriminatorio a la eutanasia, especialmente anticipando posibles presiones que puedan enfrentar las personas mayores o aquellas con discapacidad, como se explicó anteriormente.

5.1. Salvaguardas procedimientos y tiempos estipulados de respuesta

Algunos países han optado por desarrollar procesos específicos para tramitar las solicitudes de eutanasia o suicidio médicamente asistido, adoptando enfoques que varían en cuanto al momento del control, ya sea previo o posterior al procedimiento.

Ciertos Estados han creado instancias y comités específicos para el **análisis ex ante** de las peticiones de eutanasia activa o suicidio asistido.

En Colombia, por ejemplo, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1216 de 2015 y la Resolución 971 de 2021, creando los “Comités Científicos Interdisciplinarios por el Derecho a Morir con Dignidad”.⁹⁴ Estos comités deben establecerse en todos los hospitales y clínicas con

⁹² Véase, por ejemplo, Sentencia T-970/14 (Corte Constitucional de Colombia 15 de diciembre de 2014).

⁹³ Véase sección 3.1 y 3.2.

⁹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Resolución N° 1216 por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad” (2015); Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia” (2021).

un nivel de capacidad media y alta, y estar conformados por un médico con experiencia diferente a la del médico tratante, un abogado y un psicólogo clínico o psiquiatra. Una vez el médico tratante reciba alguna solicitud de eutanasia y haga una valoración inicial de las condiciones, debe activar el Comité en el marco de 24 horas. Posteriormente, el Comité debe estudiar la solicitud de eutanasia y dar respuesta en máximo 10 días calendario. Los Comités también tienen la obligación de guiar a los pacientes y médicos a través del proceso.⁹⁵

En España, el paciente puede solicitar directamente a su médico tratante el procedimiento de eutanasia, quien deberá consultarlo con un “médico consultor” para asegurar el cumplimiento de requisitos.⁹⁶ Una vez aprobado por el médico consultor, un representante médico y jurídico de la “Comisión de Garantía y Evaluación” deben realizar un control previo en un plazo máximo de dos días.⁹⁷ En caso de que el médico consultor niegue la autorización del procedimiento, el paciente puede recurrir directamente a la Comisión para que ésta verifique si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del suicidio asistido. La Comisión debe pronunciarse en el plazo de 7 días calendario. Si es desfavorable, se puede recurrir ante la misma Comisión (con distinta composición) o la justicia contencioso-administrativa.⁹⁸

En otros contextos, se ha establecido que el criterio del médico tratante puede ser suficiente. En Luxemburgo, por ejemplo, existe la obligación de que el médico que recibe la solicitud consulte con otro médico sobre la gravedad e incurabilidad de la afección. El médico consultado debe examinar al paciente y asegurarse de que su sufrimiento físico o psicológico cumpla con los requisitos de acceso al servicio (ser constante, insoportable y sin perspectivas de mejora) y redactar un informe sobre sus hallazgos.⁹⁹

En Canadá, se establecieron dos tipos de salvaguardas: una para personas cuya muerte natural es razonablemente previsible, y otras para aquellas que no presentan una muerte previsible. Para las primeras, la ley exige la presentación de una solicitud por escrito, la cual debe estar firmada por un testigo independiente y ser aprobada por dos profesionales independientes.¹⁰⁰ Para las segundas, se establece un período mínimo de evaluación de 90 días, durante el cual también dos profesionales independientes deben evaluar aspectos sobre pérdida de capacidad y la elegibilidad para acceder al procedimiento.¹⁰¹

⁹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 1216 por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.

⁹⁶ Congreso de los Diputados de España, “Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia” (2021), art. 8.3.

⁹⁷ Ibid., art. 10.

⁹⁸ Ibid., arts. 7, 10.

⁹⁹ Cámara de Diputados de Luxemburgo, “Ley de 16 de marzo de 2009 sobre eutanasia y suicidio asistido” (2009), arts. 2, párr. 2 inc. 3.

¹⁰⁰ Government of Canada, “Bill C-7: An Act to Amend the Criminal Code (Medical Assistance in Dying)” (2021), art. 1(3), 1(4), <https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/pl/charte-charte/c7.html>.

¹⁰¹ Ibid., art. 1(7) Este periodo se puede reducir si hay acuerdo entre los profesionales que pueden ser médicos o enfermeras y deben tener experiencia en la afección que está causando el sufrimiento de la

Otros Estados han optado por modelos de **control ex post** que se llevan a cabo después de realizar el procedimiento de eutanasia o suicidio asistido. Estos modelos pueden operar por sí solos o en complemento a los controles **ex ante**.

En Bélgica, a pesar de que el médico tratante tiene la obligación de consultar sobre la gravedad y el carácter incurable de la patología que afecta al paciente antes de practicar la eutanasia, la legalidad de la solicitud se determina mediante un informe que este profesional debe enviar después de llevar a cabo el procedimiento.¹⁰² El médico debe enviar un documento de registro confidencial a la Comisión Federal de Control y Evaluación, la cual verifica si la eutanasia ha respetado las condiciones y procedimiento previsto en la ley. En caso de duda, la Comisión puede, por mayoría simple, aprobar que se levante el anonimato y pedirle al médico tratante que proporcione más elementos.¹⁰³

En los Países Bajos, el médico que recibe la solicitud para practicar la eutanasia puede consultar a otro experto cuando tiene dudas sobre si un paciente cumple con los requisitos previstos en la ley.¹⁰⁴ Luego de realizar el procedimiento, el médico tratante debe informar cada caso a la Comisión Regional de Evaluación de la Eutanasia (RTE), compuesta por un juez, un médico y un experto en ética. La RTE tiene la responsabilidad de evaluar si la eutanasia informada se ha llevado a cabo de acuerdo con las condiciones establecidas. Si la RTE determina que la eutanasia no se llevó a cabo de acuerdo con las condiciones legales de diligencia debida, trasladará el caso y su dictamen a la fiscalía.¹⁰⁵

Si bien la creación de procesos claros para la solicitud y trámite de los procedimientos de eutanasia tienen el fin de facilitar la oportunidad en el acceso a este servicio, algunos factores en su diseño y composición pueden terminar generando barreras. Por ejemplo, las intervenciones de comités pueden llegar a constituirse en prácticas dilatorias por parte de la institución prestadora de salud y de los profesionales de salud intervinientes cuando ocasionan tiempos de espera injustificados.¹⁰⁶ Por eso, es recomendable establecer plazos razonables para la deliberación.

Además, reconociendo las tensiones que la eutanasia puede implicar en ciertos contextos, los miembros de comités pueden terminar usando posturas personales, morales o religiosas sobre el tema. Por esto, **es crucial que en las regulaciones se prevenga que las decisiones se tomen con base en posiciones morales o religiosas de carácter individual, o que busquen, a partir de ellas, ejercer presiones o desincentivar una decisión de acceso a la muerte digna.** Así, se recomienda tener en cuenta los criterios de transparencia, participación y

persona. No se requiere un nivel de especialidad por parte de los profesionales que evalúen los requerimientos.

¹⁰² Parlamento Federal de Bélgica, “Ley relativa a la eutanasia” (2002), art. 3§2.

¹⁰³ Ibid., arts. 7–8.

¹⁰⁴ Estados Generales de los Países Bajos, “Ley de 12 de abril de 2001, sobre la evaluación de la terminación de la vida a pedido y del suicidio asistido y por la que se modifica el Código Penal y la Ley de funerales” (2002); Real Asociación Médica Holandesa (KNMG), *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, 5ª ed., 2012.

¹⁰⁵ Estados Generales de los Países Bajos, Ley de 12 de abril de 2001, sobre la evaluación de la terminación de la vida a pedido y del suicidio asistido y por la que se modifica el Código Penal y la Ley de funerales, arts. 3 y ss.

¹⁰⁶ Véase, por ejemplo, Sentencia SU096/18 (Corte Constitucional de Colombia 17 de octubre de 2018).

diversidad a la hora de conformar este tipo de comités. Estos comités deben ser conformado con un rango amplio de profesionales, buscando que las posturas personales de sus miembros no terminen obstaculizando el acceso y se usen criterios objetivos y no sesgados. Los Estados deberían adoptar regulaciones claras sobre la composición y estructura de estos comités y fijar, además, un mecanismo de responsabilidad para situaciones en las que se hubiera negado el acceso a prestaciones de salud de forma arbitraria, ilegal o de otra forma injustificada.¹⁰⁷

Las prácticas dilatorias o que terminen obstaculizando el acceso a los servicios al final de la vida podrían representar una amenaza a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, especialmente si los mismos son prestados por terceros o instituciones privadas de salud. Eventualmente, ello podría comprometer la responsabilidad internacional de los Estados por incumplimiento de su obligación de proteger el derecho a la salud.¹⁰⁸ Por esto, **es esencial que los Estados adopten medidas para evitar que dichos mecanismos se conviertan en obstáculos o barreras de acceso al servicio.**

5.2. *La protección del consentimiento libre, informado, explícito e inequívoco*

Un segundo tipo de salvaguardas apuntan a proteger el consentimiento de las personas. Al ser un procedimiento irreversible, se ha entendido que es necesario contar con un consentimiento reiterado y libre de cualquier influencia o presión externa.

En Colombia, por ejemplo, las personas deben dar su consentimiento a la hora de realizar la solicitud y reiterarlo una vez el Comité Científico la apruebe.¹⁰⁹ La ley española también exige que la persona realice dos solicitudes para acceder al procedimiento con una separación de 15 días entre ambas.¹¹⁰ Este también es el caso de Bélgica, en donde el médico debe asegurarse que la persona realiza la solicitud de forma “voluntaria, reflexiva y reiterada, y que no es el resultado de ninguna presión externa”.¹¹¹ Por esto, la ley belga sugiere la importancia de que el médico mantenga varias conversaciones con la persona en diferentes momentos durante el curso de la enfermedad. Además, establece que todas las solicitudes deben hacerse por escrito y estar firmadas y fechadas por el propio paciente. En casos en los que el paciente no pueda completar la solicitud escrita, un apoderado mayor de edad puede redactarla en nombre del paciente. En la solicitud, el apoderado debe explicar por qué el paciente no puede formular su propia solicitud, asegurando así que el proceso sea transparente y respete la voluntad del paciente en la medida de lo posible.¹¹²

¹⁰⁷ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 24 sobre las obligaciones de los Estados en el contexto de las actividades empresariales”, 8 de octubre de 2017, párr. 21, 38.

¹⁰⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 14”, párr. 35.

¹⁰⁹ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.

¹¹⁰ Congreso de los Diputados de España, Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, art. 5(c).

¹¹¹ Parlamento Federal de Bélgica, Ley relativa a la eutanasia.

¹¹² Ibid.

Las jurisdicciones de Estados Unidos donde se permite la eutanasia o el suicidio asistido¹¹³ también cuentan con mecanismos para proteger el consentimiento. Por ejemplo, todos los estados que permiten la práctica requieren al menos una solicitud oral y una escrita, siendo necesaria la firma de dos testigos independientes, con la excepción de California.¹¹⁴ En Oregon, uno de los testigos debe ser un médico.¹¹⁵ Además de la reiteración del consentimiento, algunas regulaciones han considerado importante otorgar un periodo de espera que garantice que la persona esté segura de su decisión. Todos los estados en los que es legal la eutanasia, excepto California y Nuevo México, requieren que transcurran al menos 15 días entre la primera solicitud oral y la solicitud escrita o la segunda solicitud oral (el requisito varía según la jurisdicción). Maine, Nueva Jersey, Hawái, el Distrito de Columbia y Washington también requieren 48 horas entre el momento en que se realiza la segunda solicitud y el momento del procedimiento.¹¹⁶ California redujo recientemente el período de espera de 15 días a 48 horas entre la primera y la segunda solicitud.¹¹⁷

De igual modo, la mayoría de legislaciones en el derecho comparado establecen la necesidad de garantizar que las personas puedan consentir, ya sea mediante el uso de directivas anticipadas o mediante el consentimiento informado directo. Cuando se trata de consentimiento directo, se han fijado estándares sobre la “capacidad mental” de las personas. A modo de ejemplo:

- En Colombia, la regulación del Ministerio de Salud establece que las personas deben contar con “capacidad y competencia mental”.¹¹⁸ No obstante, recientemente la Corte Constitucional se refirió a este requisito, aclarando que esto no excluye a las personas con discapacidades. En esa oportunidad, la Corte aclaró que el consentimiento para el fin de la vida presupone la capacidad de la persona para comprender su situación de salud y debe ser libre, informado e inequívoco. Sin embargo, la validez del consentimiento no debe analizarse de manera abstracta ya que requiere la exploración contextual de la situación de cada persona. Así, afirmar que una persona con discapacidad no tiene

¹¹³ Actualmente 10 estados de Estados Unidos y el Distrito de Columbia permiten alguna forma de asistencia médica para la muerte Compassion and Choices, “States Where Medical Aid in Dying is Authorized”, accedido 5 de diciembre de 2023, <https://www.compassionandchoices.org/resource/states-or-territories-where-medical-aid-in-dying-is-authorized>.

¹¹⁴ “California Health & Safety Code § 443.2. Request to receive aid-in-dying drug; eligibility; request to be made solely by individual” (2018).

¹¹⁵ “Oregon’s Death with Dignity Act” (1994), cap. 127.

¹¹⁶ Véase, por ejemplo, California Health & Safety Code § 443.2. Request to receive aid-in-dying drug; eligibility; request to be made solely by individual; “End-of-life Options Act of New Mexico” (2021); “Washington Death with Dignity Act” (2008); “New Jersey Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act” (2019).

¹¹⁷ California Health & Safety Code § 443.2. Request to receive aid-in-dying drug; eligibility; request to be made solely by individual.

¹¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.

capacidad y se le debe o no permitir acceder a los cuidados al final de la vida es contrario a su derecho a la autonomía y al derecho a morir con dignidad.¹¹⁹

- Canadá también exige que los pacientes sean capaces de tomar decisiones con respecto a su propia salud. La persona debe confirmar expresamente su consentimiento inmediatamente antes de recibir el procedimiento. Además, la ley establece que si la persona tiene dificultades para comunicarse, el médico tendría que tomar todas las medidas necesarias para proporcionar un medio confiable mediante el cual la persona pueda comprender la información proporcionada y comunicar su decisión.¹²⁰
- La ley de los Países Bajos exige que la decisión sea “bien considerada”, pero eso no incluye un requisito oficial de capacidad mental.¹²¹
- Bélgica también exige que la solicitud sea “bien considerada” y que el paciente sea jurídicamente competente y consciente en el momento de realizar la solicitud.¹²²

En todos los casos, se ha establecido la posibilidad de que la persona retire su consentimiento y desista del procedimiento en cualquier momento del proceso.

5.3. *Estipulaciones sobre sobre objeción de conciencia*

Un tercer grupo de disposiciones busca conciliar la práctica de procedimientos al final de la vida y la objeción de conciencia.

En el caso de Colombia, se ha señalado que esta figura “debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y **solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico**. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud”.¹²³ De igual modo, se ha previsto que los profesionales que pertenecen a los Comités Científicos por el Derecho a Morir Dignamente no pueden ser objetores de conciencia y deben declarar posibles conflictos de interés con el tema de muerte digna de forma previa.¹²⁴

¹¹⁹ Sentencia T-048/23 (Corte Constitucional de Colombia 3 de julio de 2023).

¹²⁰ Government of Canada, Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), art. 1(5).

¹²¹ Estados Generales de los Países Bajos, Ley de 12 de abril de 2001, sobre la evaluación de la terminación de la vida a pedido y del suicidio asistido y por la que se modifica el Código Penal y la Ley de funerales; Real Asociación Médica Holandesa (KNMG), *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*.

¹²² Parlamento Federal de Bélgica, Ley relativa a la eutanasia.

¹²³ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia, art. 16.

¹²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución N° 1216 por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, art. 6.

La ley de Bélgica también prevé la objeción de conciencia para estos procedimientos, aunque establece una obligación de informar al paciente, o cualquier persona de confianza, a más tardar dentro de los siete días siguientes a la primera solicitud. En caso de ser un profesional objetor, la ley establece un deber de derivar a otro médico designado por el paciente o por la persona de confianza. En cualquier caso, el médico objetor deberá proporcionar los datos de contacto de un centro o asociación especializada en el derecho a la eutanasia y, a solicitud del paciente o de la persona de confianza, podrá enviar el expediente médico dentro de los cuatro días siguientes.¹²⁵ Este también es el caso de Luxemburgo que incorpora la posibilidad de hacer objeción de conciencia y dispone que “[e]l proveedor de atención médica puede negarse a cuidar a un paciente por razones personales o profesionales”, pero “no puede vincularse en modo alguno a consideraciones discriminatorias” y se debe garantizar la continuidad del tratamiento dentro de lo posible.¹²⁶

Como explicamos anteriormente, entender la toma de decisiones sobre el fin de la vida como parte del derecho a la salud trae consecuencias concretas para la objeción de conciencia y sus límites. En virtud del derecho a la salud, y en caso de despenalizar la eutanasia en los términos propuestos en la presente acción, Ecuador tendrá la obligación internacional de garantizar la accesibilidad y disponibilidad del procedimiento. Un derecho a la objeción de conciencia de alto alcance podría interferir en el cumplimiento adecuado de estos deberes, al convertirse en una barrera de acceso a los servicios. Se debería regular estrictamente el ejercicio de la objeción de conciencia individual, y no institucional, y limitarla a quienes intervienen *directamente* en el procedimiento o servicio de salud solicitado o indicado.¹²⁷

6. Requisitos de la enfermedad para acceder a servicios al final de la vida

Por último, vale la pena referirse a los requisitos de enfermedad propuestos en la acción de inconstitucionalidad. Para los demandantes, el caso de Paola muestra la necesidad de despenalizar la asistencia para garantizar la muerte digna cuando se reúnan dos condiciones: (i) un padecimiento de intenso sufrimiento físico o emocional; y (ii) un diagnóstico de enfermedad o lesión grave incurable. Estos requisitos se alinean con las disposiciones del derecho comparado que han despenalizado la asistencia para la muerte digna y han sido analizados por otras cortes en la región.

Por ejemplo, en los Países Bajos, la ley no requiere que el padecimiento sea terminal; por el contrario, se exige que la persona experimente un sufrimiento desesperado o insoportable, sin pronóstico de recuperación y sin alternativas razonables.¹²⁸ De manera similar, la ley en Bélgica establece como requisitos que el paciente se encuentre en una situación médica desesperada y

¹²⁵ Parlamento Federal de Bélgica, Ley relativa a la eutanasia, art. 14.

¹²⁶ Cámara de Diputados de Luxemburgo, Ley de 16 de marzo de 2009 sobre eutanasia y suicidio asistido, art. 6.

¹²⁷ Véase ONU Mujeres, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (México), “La Objeción de Conciencia No Debe Significar Un Obstáculo o Retroceso Para El Ejercicio Efectivo de Los Derechos Humanos”, 6 de abril de 2018, <https://mexico.unfpa.org/es/news/comunicado-de-prensa-la-objeci%C3%B3n-de-conciencia-no-debe-significar-un-obst%C3%A1culo-o-retroceso-para>.

¹²⁸ Estados Generales de los Países Bajos, Ley de 12 de abril de 2001, sobre la evaluación de la terminación de la vida a pedido y del suicidio asistido y por la que se modifica el Código Penal y la Ley de funerales, art. 2.

reporte un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, que no puede aliviarse, y que resulta de una condición patológica accidental o grave e incurable.¹²⁹ En Luxemburgo también se reitera este estándar y la ley establece como requisito que la persona debe estar en "una situación médica sin expectativas", reportar un sufrimiento físico o psicológico que no tenga perspectivas de mejora y que sea resultado de una enfermedad accidental o patología.¹³⁰

En Canadá, la decisión *Truchon and Gladu v. Canada and Quebec* (2019) del Tribunal Superior de Quebec, consideró inconstitucionales los criterios de "previsibilidad razonable de la muerte natural" o de "fin de la vida" en este contexto por considerarlos muy restrictivos y violatorios el derecho de los canadienses a la vida, la libertad y la seguridad.¹³¹ En respuesta a esa decisión, la legislación canadiense fue modificada para permitir la eutanasia cuando: (i) exista una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e incurable (excluyendo una enfermedad mental hasta el 17 de marzo de 2024¹³²); y (ii) exista un estado de disminución irreversible de la capacidad y/o un sufrimiento físico o psicológico duradero e intolerable que no puede aliviarse en condiciones que la persona considera aceptables.¹³³

La Corte Constitucional de Colombia también se ha referido a los requisitos para acceder a la eutanasia en el país. A través de la sentencia C-239 de 1997, la Corte había sentado los requisitos de consentimiento del paciente y realización por un médico que certifique el padecimiento de una enfermedad terminal.¹³⁴ No obstante, en el 2021 la Corte estudió una nueva demanda que argumentaba que exigir el requisito de enfermedad terminal excluía a las personas que, a pesar de no presentar una enfermedad terminal, tuvieran circunstancias de salud extremas y sufrimientos intensos. En C-233, la Corte afirmó que la "condición de enfermedad terminal constituye una barrera al ejercicio fundamental del derecho a la muerte digna, una restricción desproporcionada a la dignidad humana, en sus dimensiones de autonomía e integridad física y moral".¹³⁵ Así, la Corte eliminó el requisito de enfermedad terminal para acceder a un procedimiento de eutanasia en Colombia y ordenó al Ministerio de Salud reformar sus protocolos técnicos al respecto.

¹²⁹ Parlamento Federal de Bélgica, Ley relativa a la eutanasia, art. 3.

¹³⁰ Cámara de Diputados de Luxemburgo, Ley de 16 de marzo de 2009 sobre eutanasia y suicidio asistido, art. 2.

¹³¹ *Truchon c. Procureur général du Canada*, No. 500-17-099119-177 (Superior Court 11 de septiembre de 2019).

¹³² Si bien Canadá decidió incluir situaciones psiquiátricas como depresión y trastorno de personalidad dentro de los criterios de elegibilidad para la eutanasia, se optó por la exclusión temporal de dos años para brindar tiempo adicional para estudiar cómo se puede brindarse este servicio de manera segura, garantizando existan salvaguardas adecuadas. El Gobierno de Canadá estableció un Panel de Expertos en fin de la vida y enfermedades mentales encargado de hacer recomendaciones sobre protocolos, orientación y salvaguardas. El informe final del Panel de Expertos se presentó en el Parlamento el 13 de mayo de 2022 y en diciembre de 2022, el Gobierno anunció que buscaría extender por un período adicional la exclusión de elegibilidad original de dos años. El 9 de marzo de 2023, la legislación para ampliar la exclusión temporal de elegibilidad por enfermedad mental recibió la aprobación y entró en vigor de inmediato. Como resultado, las personas que padecen únicamente una enfermedad mental y que cumplen con todos los demás criterios de elegibilidad ahora serán elegibles para acceder a la eutanasia a partir del 17 de marzo de 2024.

¹³³ Government of Canada, Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

¹³⁴ Sentencia C-239/97.

¹³⁵ Sentencia C-233/21 párrafos 469–482.

7. Conclusión

Este documento ha explicado que el reconocimiento de la muerte digna, en el sentido propuesto en la presente acción (despenalización), es compatible con la ética médica y el DIDH, siempre que venga acompañado de salvaguardas que reúnan ciertas condiciones. Además, se ha destacado que la exigencia de despenalización puede derivarse de varios derechos protegidos tanto internacionalmente como en la Constitución ecuatoriana, incluyendo el derecho a la vida digna, a la integridad personal, a la salud, a la privacidad y a la libertad y autonomía.

En esta intervención, también hemos explicado que, siguiendo el DIDH, las salvaguardas deben ser legales e institucionales, sólidas y destinadas a verificar que se proteja la voluntad y el consentimiento libre de las personas. De este modo, hemos mostrado cómo en el derecho comparado se han desarrollado medidas que permiten garantizar un proceso que evite dilaciones, verificar el consentimiento libre, informado, explícito e inequívoco, y reconocer la objeción de conciencia, garantizando al mismo tiempo la accesibilidad del servicio. Es importante que esta Honorable Corte tenga en consideración que la regulación de dichas salvaguardas no debería traducirse en barreras para el acceso a los servicios médicos necesarios para la garantía del derecho a la muerte digna. Por último, ratificamos que los requisitos de enfermedad incurable y la existencia de sufrimiento físico o psicológico, establecidos en la demanda, están alineados con lo que han establecido las legislaciones y decisiones constitucionales de otros países.

Con todo, consideramos que el análisis del caso de Paola Roldan cuyo deseo de morir dignamente ha sido suficientemente explicado en la acción N. 67-23-IN, es una oportunidad para que esta Honorable Corte reconozca que las decisiones sobre el fin de la vida tienen una relación ineludible con el derecho a la salud. De igual modo, a través de una decisión alineada con el DIDH, la ética y los estándares en el derecho comparado, la Corte puede garantizar que existan los mecanismos necesarios para prevenir abusos y proteger los derechos de las personas que deseen acceder a la eutanasia o suicidio asistido.

Expresamos nuestra gratitud por la oportunidad de intervenir en este importante proceso. Esperamos que nuestros insumos ayuden a fortalecer el estudio del caso y de la figura de la muerte digna en general y, en última instancia, conduzcan a obtener la solución más alineada con los derechos humanos para Paola Roldán.

Quedamos a su disposición para responder a cualquier pregunta que la Corte Constitucional del Ecuador pueda tener en relación con este documento.

Cordialmente,



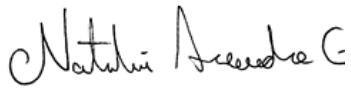
Silvia Serrano Guzmán

Abogada y Co-Directora de la Iniciativa Salud y Derechos Humanos
O'Neill Institute for National and Global Health Law, Universidad de Georgetown



Oscar A. Cabrera

Abogado y Co-Director de la Iniciativa Salud y Derechos Humanos
O'Neill Institute for National and Global Health Law, Universidad de Georgetown



Natalia Acevedo Guerrero

Abogada y Consultora Senior

O'Neill Institute for National and Global Health
Law, Universidad de Georgetown



Patricio López Turconi

Abogado y Asociado

O'Neill Institute for National and Global Health
Law, Universidad de Georgetown

8. Referencias

- “Acción de inconstitucionalidad N. 67-23-IN”, 8 de agosto de 2023.
Audiencia pública del caso Nro. 067-23-IN.(Corte Constitucional de Ecuador, 20 de noviembre de 2023)
- Beauchamp, Tom L. “Internal and External Standards for Medical Morality”. *The Journal of Medicine and Philosophy* 26, n° 6 (diciembre de 2001): 601–19.
<https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.601.2995>.
- Beauchamp, Tom L., y James F. Childress. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- Berlinger, Nancy, Bruce Jennings, y Susan M. Wolf. *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care near the End of Life*. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- California Health & Safety Code § 443.2. Request to receive aid-in-dying drug; eligibility; request to be made solely by individual (2018).
- Cámara de Diputados de Luxemburgo. Ley de 16 de marzo de 2009 sobre eutanasia y suicidio asistido (2009).
- Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 22 de noviembre de 2007).
- Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 28 de noviembre de 2012).
- Caso Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (ANCEJUB-SUNAT) vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 21 de noviembre de 2019).
- Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 17 de junio de 2005).
- Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo (Corte Interamericana de Derechos Humanos 19 de noviembre de 1999).
- Caso Escher y otros vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 7 de junio de 2009).
- Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 27 de agosto de 2014).
- Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 30 de noviembre de 2016).
- Caso Muelle Flores vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 3 de junio de 2019).
- Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 3 de agosto de 2018).
- Caso Vera Rojas y otros vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 10 de enero de 2021).
- Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte Interamericana de Derechos Humanos 19 de mayo de 2011).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000.
- . “Observación general N° 24 sobre las obligaciones de los Estados en el contexto de las actividades empresariales”, 8 de octubre de 2017.
- Comité de Derechos Humanos. “Observación general N° 36. Artículo 6: derecho a la vida.”, 3 de septiembre de 2019.

- . “Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Países Bajos”, 25 de agosto de 2009.
- . “Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Países Bajos”, 22 de agosto de 2019.
- . “Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España”, 13 de mayo de 2019.
- Comité de los Derechos del Niño. “Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Países Bajos”, 16 de julio de 2015.
- . “Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de los Países Bajos”, 27 de marzo de 2009.
- . “Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Bélgica”, 28 de febrero de 2019.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. “Observación general N° 6 sobre la igualdad y la no discriminación”, 26 de abril de 2018.
- . “Observaciones finales sobre el informe inicial del Canadá”, 5 de agosto de 2017.
- Compassion and Choices. “States Where Medical Aid in Dying is Authorized”. Accedido 5 de diciembre de 2023. <https://www.compassionandchoices.org/resource/states-or-territories-where-medical-aid-in-dying-is-authorized>.
- Congreso de los Diputados de España. Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (2021).
- Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud (Ley 67) (2006).
- Consejo de Derechos Humanos, y Catalina Devandas Aguilar. “Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad con discapacidad sobre su visita a Canadá”, 19 de diciembre de 2019.
- Consejo de Europa. “Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida”, 2014.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).
- End-of-life Options Act of New Mexico (2021).
- Estados Generales de los Países Bajos. Ley de 12 de abril de 2001, sobre la evaluación de la terminación de la vida a pedido y del suicidio asistido y por la que se modifica el Código Penal y la Ley de funerales (2002).
- Gillon, Raanan. “Defending the Four Principles Approach as a Good Basis for Good Medical Practice and Therefore for Good Medical Ethics”. *Journal of Medical Ethics* 41, n° 1 (1 de enero de 2015): 111–16. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102282>.
- Government of Canada. Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying) (2021). <https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/pl/charter-charte/c7.html>.
- Gross c. Suiza, No. 67810/10 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos [GC] 30 de septiembre de 2014).
- Haas c. Suiza, No. 31322/07 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 20 de enero de 2011).
- Karnik, Sameera, y Amar Kanekar. “Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review”. *Healthcare* 4, n° 2 (5 de mayo de 2016): 24. <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>.
- Koch c. Alemania, No. 497/09 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 19 de julio de 2012).
- Lambert y Otros c. Francia, No. 46043/14 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos [GC] 5 de junio de 2015).
- Mella, Carolina. “La lucha de Paola Roldán por tener una muerte digna en Ecuador: ‘Reconozcan este derecho que me corresponde’”. *El País América*, 22 de noviembre de 2023. <https://elpais.com/america/2023-11-22/la-lucha-de-paola-roldan-por-tener-una-muerte-digna-en-ecuador-reconozcan-este-derecho-que-me-corresponde.html>.
- Miller, Franklin G., y Howard Brody. “The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective”. *The Journal of Medicine and Philosophy* 26, n° 6 (diciembre de 2001):

- 581–99. <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.581.2993>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Código de Ética Médica (Acuerdo Ministerial 14660-A) (1992).
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución N° 971 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia (2021).
- . Resolución N° 1216 por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad (2015).
- Mortier c. Bélgica, No. 78017/17 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 4 de octubre de 2022).
- New Jersey Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act (2019).
- ONU Mujeres, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (México). “La Objeción de Conciencia No Debe Significar Un Obstáculo o Retroceso Para El Ejercicio Efectivo de Los Derechos Humanos”, 6 de abril de 2018. <https://mexico.unfpa.org/es/news/comunicado-de-prensa-la-objeci%C3%B3n-de-conciencia-no-debe-significar-un-obst%C3%A1culo-o-retroceso-para>.
- Oregon’s Death with Dignity Act (1994).
- Parlamento Federal de Bélgica. Ley relativa a la eutanasia (2002).
- Pretty c. Reino Unido, No. 81519/12, 40547/15, 51218/15, 61276/15, 12995/16, 19138/16, 52032/16, 55072/16, 24510/17, 26747/17, 60448/17, 22122/19, 44686/19 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos 29 de abril de 2002).
- Real Asociación Médica Holandesa (KNMG). *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. 5ª ed., 2012.
- Santoro, Jonathan D., y Mariko Bennett. “Ethics of End of Life Decisions in Pediatrics: A Narrative Review of the Roles of Caregivers, Shared Decision-Making, and Patient Centered Values”. *Behavioral Sciences* 8, n° 5 (26 de abril de 2018): 42. <https://doi.org/10.3390/bs8050042>.
- Sentencia C-164/22 (Corte Constitucional de Colombia 11 de mayo de 2022).
- Sentencia C-233/21 (Corte Constitucional de Colombia 22 de julio de 2021).
- Sentencia C-239/97 (Corte Constitucional de Colombia 20 de mayo de 1997).
- Sentencia SU096/18 (Corte Constitucional de Colombia 17 de octubre de 2018).
- Sentencia T-048/23 (Corte Constitucional de Colombia 3 de julio de 2023).
- Sentencia T-970/14 (Corte Constitucional de Colombia 15 de diciembre de 2014).
- Serrano Guzmán, Silvia, y Oscar A. Cabrera. “El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa”, en prensa.
- “The Goals of Medicine. Setting New Priorities”. *The Hastings Center Report* 26, n° 6 (1996): S1-27.
- Truchon c. Procureur général du Canada, No. 500-17-099119-177 (Superior Court 11 de septiembre de 2019).
- Veatch, Robert M. “The Impossibility of a Morality Internal to Medicine”. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 26, n° 6 (1 de enero de 2001): 621–42. <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.621.2996>.
- Washington Death with Dignity Act (2008).
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, y World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care*. 2nd ed. London, UK, 2020.