

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

<https://doi.org/10.35381/r.k.v10i1.4823>

Análisis de voluntades anticipadas en eutanasia voluntaria y no voluntaria en Ecuador y comparación internacional

Analysis of advance directives in voluntary and involuntary euthanasia in Ecuador and international comparison

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán
alvaro.peralta@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0005-2714-4471>

Juan Carlos Álvarez-Pacheco
jalvarezp@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7019-9129>

Recibido: 20 de junio 2025
Revisado: 10 de julio 2025
Aprobado: 15 de septiembre 2025
Publicado: 01 de octubre 2025

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

RESUMEN

El presente artículo se realizó con el objetivo de analizar las voluntades anticipadas en eutanasia voluntaria y no voluntaria en Ecuador y comparación internacional. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, basado en la revisión bibliográfica y el análisis documental. Los resultados y los hallazgos confirman que en Ecuador existe un vacío normativo respecto a las voluntades anticipadas en el contexto de la eutanasia, a pesar de que la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional abrió la puerta a la eutanasia activa voluntaria bajo condiciones estrictas. Este vacío genera inseguridad jurídica para pacientes y profesionales de la salud, pues no existen aún procedimientos claros ni un marco legal que regule su validez y aplicación. En conclusión, la despenalización de la eutanasia activa voluntaria en Ecuador representa un hito jurisprudencial, pero solo una Ley de Voluntades Anticipadas permitirá consolidar este avance dentro del derecho médico.

Descriptores: Eutanasia; autonomía; derechos humanos; bioética; paciente. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

Analysis of advance directives in voluntary and involuntary euthanasia in This article was written with the aim of analyzing advance directives in voluntary and involuntary euthanasia in Ecuador and comparing them internationally. The research was conducted using a qualitative approach, based on a review of the literature and documentary analysis. The results and findings confirm that there is a regulatory gap in Ecuador regarding advance directives in the context of euthanasia, even though Constitutional Court Ruling No. 67-23-IN/24 opened the door to voluntary active euthanasia under strict conditions. This gap creates legal uncertainty for patients and health professionals, as there are still no clear procedures or a legal framework to regulate its validity and application. In conclusion, the decriminalization of voluntary active euthanasia in Ecuador represents a jurisprudential milestone, but only an Advance Directives Law will consolidate this advance in medical law.

Descriptors: Euthanasia; autonomy; human rights; bioethics; patient. (UNESCO Thesaurus).

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

INTRODUCCIÓN

El derecho a una muerte digna ha cobrado especial relevancia en el debate jurídico y bioético contemporáneo, particularmente en torno a la eutanasia activa y las voluntades anticipadas. A nivel internacional, Bélgica se ha consolidado como el país más avanzado en esta materia: desde la aprobación de su Ley de Eutanasia en 2002, permite la eutanasia tanto en adultos como en menores bajo condiciones estrictas de sufrimiento físico o psicológico intolerable, con consentimiento informado y supervisión médica. Su legislación contempla, la validez de las voluntades anticipadas por un periodo de cinco años, lo que garantiza que los deseos del paciente sean respetados incluso si pierde la capacidad de expresarlos posteriormente. Países como los Países Bajos, Canadá, España y Colombia han seguido caminos similares, incorporando mecanismos legales que regulan la eutanasia y las directrices anticipadas, aunque con diferencias procedimentales y de alcance.

En Ecuador, hasta hace poco, la eutanasia estaba prohibida y no existía reconocimiento legal expreso de las voluntades anticipadas en el ámbito sanitario. Un giro fundamental ocurrió el 7 de febrero de 2024, cuando la Corte Constitucional del Ecuador emitió la Sentencia No. 67-23-IN/24, que reinterpreta el alcance del delito de homicidio en el Código Orgánico Integral Penal (Asamblea Nacional de Ecuador, 2014).

En esta histórica decisión, la Corte declaró la constitucionalidad condicionada del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal, que consagra la inviolabilidad de la vida, aclarando que no se aplicará dicho artículo a los médicos que practiquen la eutanasia activa bajo ciertas condiciones: 1. que sea un médico quien ejecute la conducta tipificada, 2. que la persona exprese su consentimiento inequívoco, libre e informado o, en su defecto, a través de su representante cuando no pueda manifestarlo, solicitando acceder a un procedimiento de eutanasia activa, y 3. que el padecimiento provenga de un sufrimiento intenso originado en una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible, o en una enfermedad que sea grave e incurable (Corte Constitucional del Ecuador, 2024). Dicho acto, realizado para aliviar sufrimientos médicos insopportables, no

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

constituye una actuación arbitraria o ilegítima de acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador.

La Corte reconoce que el derecho a la vida no se reduce a la mera supervivencia biológica, sino que abarca la calidad de vida y la dignidad; en casos de sufrimiento extremo debido a enfermedad grave e incurable o lesión irreversible, resulta injustificado imponer la prolongación forzada de la existencia (Asamblea Nacional del Ecuador, Ley Orgánica de Salud Mental, 2023). En consecuencia, se amparó el derecho de las personas a una vida digna y a tomar decisiones informadas sobre su propio proyecto de vida, incluyendo la opción de poner fin al sufrimiento mediante eutanasia, siempre que la solicitud sea libre, inequívoca e informada por parte del paciente afectado. Esta sentencia, por primera vez, abrió la posibilidad de practicar la eutanasia activa voluntaria en Ecuador sin incurrir en sanción penal, marcando un hito en la jurisprudencia nacional (Asamblea Nacional del Ecuador, Ley Orgánica de Salud Mental, 2023).

No obstante, el fallo dejó en evidencia un vacío normativo significativo: Ecuador carece de una ley que regule las voluntades anticipadas y su vínculo con la eutanasia. La Corte Constitucional al dictar la sentencia ordenó medidas para subsanar esta laguna legislativa: (a) dispuso que el Ministerio de Salud Pública elabore en un plazo de 2 meses un reglamento técnico para los procedimientos de eutanasia activa, y (b) encomendó a la Defensoría del Pueblo la presentación de un proyecto de ley en un plazo de 6 meses para regular integralmente la materia, el cual deberá ser discutido y aprobado por la Asamblea Nacional en un máximo de 12 meses.

Actualmente, por tanto, la práctica de la eutanasia activa voluntaria es jurídicamente posible en Ecuador bajo los parámetros fijados por la Corte, pero no existe aún un marco legal que defina procedimientos detallados ni reconozca formalmente la validez de documentos de voluntad anticipada en este contexto. La ausencia de legislación sobre voluntades anticipadas genera incertidumbre: ¿qué ocurre si un paciente terminal previamente expresó de forma escrita o verbal que no desea prolongar su vida en ciertas condiciones, pero no puede reiterarlo al encontrarse inconsciente? ¿Es jurídicamente

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

vinculante esa manifestación previa de voluntad? ¿Cómo deben actuar los médicos ante una solicitud de eutanasia si el paciente ya no está consciente, pero dejó instrucciones anticipadas? Este vacío normativo provoca inseguridad jurídica, limita el ejercicio efectivo del derecho a la autodeterminación y deja en situación de vulnerabilidad tanto a pacientes como a médicos. La propia Corte reconoció que corresponde al legislador asumir el reto de crear un marco normativo claro que garantice seguridad jurídica, respete la autonomía de los pacientes y delimite las responsabilidades médicas y legales en la aplicación de la eutanasia y las decisiones de final de vida (Alvarado-Vélez, 2025).

MÉTODO

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, basado en la revisión bibliográfica y el análisis documental. Este método permitió abordar el objeto de estudio desde una perspectiva integral, contrastando distintas fuentes jurídicas, bioéticas y médicas. La elección del enfoque cualitativo se justifica en la necesidad de comprender los marcos normativos y doctrinarios que sustentan el debate sobre la eutanasia activa y las voluntades anticipadas, situando en el centro el principio de dignidad humana y la autonomía del paciente.

Estrategias de recolección de datos

La recopilación de información se efectuó mediante una búsqueda exhaustiva en bases académicas reconocidas como SciELO, Scopus y Web of Science. Se utilizaron palabras clave en español e inglés tales como eutanasia activa, voluntades anticipadas, bioética, derecho a morir dignamente, advance directives, right to die with dignity. Se revisaron documentos jurídicos y normativos disponibles en portales oficiales, incluyendo fallos de la Corte Constitucional del Ecuador, la legislación española, la regulación colombiana, el marco normativo neerlandés y la legislación canadiense, con especial énfasis en textos publicados entre 2001 y 2024

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Proceso de muestreo

Se utilizó un muestreo intencionado, seleccionando documentos que abordaran específicamente la intersección entre eutanasia y voluntades anticipadas. La muestra incluyó literatura académica revisada por pares, normativa estatal (Código Orgánico Integral Penal, Asamblea Nacional del Ecuador, 2014; Ley Orgánica de Salud Mental, Asamblea Nacional del Ecuador, 2023), resoluciones constitucionales (Corte Constitucional del Ecuador, 2024), tratados internacionales como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina Convenio de Oviedo (Consejo de Europa, 1997) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015). Se consideraron guías prácticas elaboradas por autoridades de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022) y documentos comparativos de países pioneros como España (Ministerio de Sanidad, 2021; Comité de Bioética de España, 2022). Este proceso aseguró la incorporación de enfoques legales, éticos y médicos desde una perspectiva comparada, permitiendo una comprensión integral del fenómeno y de los vacíos normativos que aún persisten en el contexto ecuatoriano (Alvarado-Vélez, 2025).

Análisis de los datos

Los datos recolectados fueron organizados en matrices temáticas que facilitaron la identificación de patrones, convergencias y divergencias entre diferentes sistemas jurídicos. El análisis comparado permitió resaltar buenas prácticas en España, Colombia y Los Países Bajos, así como vacíos persistentes en Canadá. A partir de este examen, se identificaron modelos normativos aplicables al contexto ecuatoriano, destacando la necesidad de una ley de voluntades anticipadas que complemente la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Validación y limitaciones

Para asegurar la validez de los hallazgos, se empleó triangulación metodológica entre fuentes jurídicas, bioéticas y doctrinarias. No obstante, se reconocen limitaciones: la dependencia de documentos accesibles en bases abiertas puede haber dejado fuera experiencias no publicadas o normativas en proceso de discusión. La escasez de literatura ecuatoriana específica sobre voluntades anticipadas restringe la profundidad local del análisis. Aun así, la diversidad de fuentes internacionales y el análisis comparado proporcionan un sustento sólido para las conclusiones y recomendaciones presentadas.

RESULTADOS

Marco normativo del derecho internacional

En el plano internacional, diversos instrumentos de bioética y derechos humanos respaldan los principios de autonomía, dignidad y consentimiento informado, sentando bases que refuerzan la legitimidad de las voluntades anticipadas. Si bien no existe un tratado vinculante universal que reconozca un derecho a la eutanasia, sí hay estándares que obligan a respetar los deseos del paciente respecto a su atención médica:

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005). Esta declaración, adoptada por aclamación en la UNESCO, establece que las decisiones éticas en medicina deben considerar los derechos humanos fundamentales. En particular, proclama el respeto de la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su propia salud, así como el principio del consentimiento previo, libre e informado para toda intervención médica como constan en los artículos 5 y 6. La situación de quienes no pueden consentir: si una persona pierde la capacidad de decidir, sus deseos anteriormente expresados deben ser tenidos en cuenta y respetados por terceros. Aunque la Declaración de la UNESCO no menciona explícitamente la eutanasia, sí enfatiza que la voluntad previamente manifestada por el paciente, por ejemplo, a través de un documento de directrices anticipadas, es un elemento ético esencial que los Estados y profesionales deben considerar en casos de incapacidad del paciente.

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Convenio de Oviedo (Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina, 1997). Este tratado internacional de bioética en vigor en diversos países europeos reconoce explícitamente las voluntades anticipadas. Su artículo 9 dispone que serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad. Este precepto fue pionero en consagrar el valor jurídico de las instrucciones previas o testamentos vitales, obligando a los médicos a considerar lo que el paciente dejó indicado antes de perder la capacidad. El Convenio de Oviedo consolidó así el principio de autonomía más allá de la conciencia presente, y ha servido de fundamento para legislaciones internas sobre voluntades anticipadas en varios países europeos. En suma, el derecho internacional regional exige respetar la voluntad anticipada del paciente en decisiones sobre su salud, lo cual abarca desde rechazar tratamientos desproporcionados hasta solicitudes anticipadas relativas al final de la vida.

Marco normativo en España

España aprobó en 2021 una legislación integral sobre eutanasia. La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, incorporó al ordenamiento español un nuevo derecho individual: la prestación de ayuda médica para morir en casos de sufrimiento grave por enfermedad incurable o condición crónica e invalidante. Esta ley establece requisitos estrictos: solo pueden solicitar la eutanasia las personas mayores de edad, con plena capacidad en el momento de la solicitud, de forma autónoma, consciente e informada; y deben padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que provoque sufrimiento físico o psíquico intolerable, sin posibilidad de curación o mejoría. La norma prevé un procedimiento garantista, con dos solicitudes escritas separadas por al menos 15 días, evaluaciones médicas por parte del médico responsable y médico consultor y control por una Comisión de Garantía y Evaluación antes y después de cada caso. Se respeta la objeción de conciencia del

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

personal sanitario y se integra esta prestación en el Sistema Nacional de Salud, asegurando igualdad de acceso (Valenciana, 2021).

Un aspecto esencial de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, es que reconoce expresamente la validez de las voluntades anticipadas. La norma parte del reconocimiento de que pueden existir pacientes que, aun cumpliendo los criterios médicos para acceder a la prestación de ayuda para morir, no se encuentren en condiciones de formular una solicitud en el momento oportuno, como ocurre con quienes padecen enfermedades neurodegenerativas avanzadas que conllevan pérdida de conciencia o de capacidad de decisión.

En estos casos, la ley prevé que una directriz anticipada válida pueda sustituir la solicitud presencial. En efecto, el artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021 dispone que, si el paciente no se halla en pleno uso de sus facultades ni puede otorgar consentimiento libre e informado, pero ha suscrito previamente un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, se podrá autorizar la prestación de ayuda para morir conforme a lo establecido en dicho documento, siempre que se cumplan los demás requisitos clínicos, como la existencia de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o una enfermedad grave e incurable debidamente certificada (Ministerio de Sanidad, 2021).

En tales supuestos, no se exige la presentación de las dos solicitudes escritas ni el consentimiento informado inmediato que sí se requieren cuando el paciente se encuentra consciente. Es decir, la voluntad anticipada sustituye estos pasos: la persona puede dejar constancia previa de su decisión de solicitar la eutanasia mediante su testamento vital o documento equivalente. El propio artículo 5.2 habilita al paciente para designar un representante en dicho documento, quien actúa como interlocutor válido ante el médico responsable y puede presentar la solicitud en nombre del paciente incapacitado, aportando la documentación correspondiente.

España garantiza que, incluso cuando una persona ha perdido la capacidad de comunicación o conciencia, no se vea privada del ejercicio de su derecho a la prestación

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

de ayuda para morir, siempre que haya expresado su voluntad de forma fehaciente con anterioridad. En la práctica, cada comunidad autónoma española dispone de registros oficiales de instrucciones previas, donde los ciudadanos pueden inscribir sus voluntades anticipadas, incluyendo la petición de eutanasia bajo determinadas condiciones. Esta coordinación entre la Ley de Eutanasia y las leyes autonómicas sobre voluntades anticipadas asegura coherencia normativa: la decisión del paciente prevalece y el Estado garantiza los mecanismos para respetarla (Ministerio de Sanidad, 2021).

Es necesario destacar que la Ley 3/2021 entró en vigor en junio de 2021, convirtiendo a España en uno de los pocos países con eutanasia legal en el mundo. Desde entonces, se han implementado procedimientos para tramitar solicitudes tanto directas como mediante documentos anticipados. Este modelo español ofrece importantes garantías: por un lado, filtros y evaluaciones para evitar abusos varias confirmaciones de voluntad, consultas médicas, comisión de control, y por otro, la posibilidad de eutanasia no voluntaria en sentido de no manifestada en el momento pero que en realidad sigue siendo voluntaria, pues se fundamenta en la voluntad anticipada del paciente. En España, las voluntades anticipadas tienen pleno valor jurídico en el procedimiento eutanásico, lo que permite dejar instrucciones vinculantes para recibir la eutanasia en caso de pérdida de conciencia, garantizando seguridad jurídica a los profesionales de la salud y respeto a la autonomía del paciente (Comité de Bioética de España, 2022).

Marco normativo en Colombia

Colombia ha sido pionera en Latinoamérica en reconocer el derecho a morir dignamente, a través de decisiones judiciales que despenalizaron la eutanasia e impulsaron su regulación. La Corte Constitucional de Colombia sentó las bases en la sentencia C-239/1997, donde declaró que no era constitucional penalizar a un médico por ayudar a morir a un paciente terminal que lo hubiera consentido de manera libre, informada y reiterada. En ese fallo histórico, la Corte colombiana enfatizó que la protección de la dignidad y autonomía del paciente podía, en circunstancias extremas, justificar la

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

exclusión de responsabilidad penal por homicidio piadoso. No obstante, la Corte exhortó al Congreso a desarrollar una ley sobre el tema; ante la inacción legislativa, fue la misma Corte y el Ejecutivo quienes progresivamente configuraron el marco. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018)

Tras la sentencia C-239/97, una serie de sentencias posteriores ampliaron y concretaron el derecho a la eutanasia en Colombia. Entre ellas, la T-970/2014 ordenó al Ministerio de Salud dictar una regulación para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, lo que derivó en la Resolución 1216 de 2015, primer protocolo administrativo para eutanasia en adultos terminales. Más adelante, la Corte Constitucional emitió la Sentencia C-233/2021, que eliminó el requisito de enfermedad terminal para acceder a la eutanasia: desde 2021, en Colombia también puede solicitarla un paciente que sufra intensamente a causa de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, aunque no esté en fase terminal. Esto amplió el derecho, equiparándolo en alcance a países como Bélgica u Holanda. En el año 2018 se expidió una regulación para eutanasia en pacientes menores de edad (Resolución 825 de 2018), con mayores salvaguardas. En mayo de 2022, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el suicidio médicaamente asistido bajo condiciones estrictas, mediante la Sentencia C-164/2022 (Corte Constitucional de Colombia, 2022). En síntesis, hoy Colombia permite la eutanasia activa voluntaria (desde C-239/1997 y precisada en C-233/2021) y la asistencia al suicidio para personas con sufrimiento causado por enfermedad grave e incurable o condición crónica e imposibilitante, con protocolos médicos y voluntad libre e informada del paciente (Corte Constitucional de Colombia, 1997, 2021, 2022).

En cuanto a las voluntades anticipadas, Colombia ha establecido un mecanismo reconocido legalmente denominado Documento de Voluntad Anticipada (DVA). Conscientes de que un paciente podría perder la capacidad de expresar su deseo llegado el momento, las autoridades sanitarias colombianas reglamentaron el DVA como única forma de consentimiento sustituto para eutanasia. La Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social reguló en detalle la elaboración y aplicabilidad del

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

DVA. En este documento, cualquier persona capaz, en previsión de no poder decidir en el futuro, declara libre y claramente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos al final de la vida. Es un instrumento que garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía de quien lo suscribe, asegurando que su voluntad sea respetada cuando, por determinadas circunstancias, ya no pueda manifestarla directamente. Es importante destacar que el Documento de Voluntades Anticipadas no sustituye la decisión actual si el paciente aún puede expresarla; solo entra en vigor cuando la persona ha perdido sus facultades, sirviendo entonces de guía vinculante para los profesionales de salud (Álvarez Chavarría & Arce Ortega, 2018).

En el contexto específico de la eutanasia, el Documento de Voluntades Anticipadas puede incluir la solicitud anticipada de eutanasia. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia señala que en dicho documento pueden plasmarse, entre otras directrices: la solicitud de eutanasia, siempre que se cumplan los requisitos legales vigentes; la negativa a tratamientos desproporcionados; el deseo de recibir o no cuidados paliativos; así como la designación de una persona de confianza que actúe como representante ante el equipo médico si el paciente pierde la capacidad de expresar su voluntad. En este escenario, si el paciente queda inconsciente o incapacitado, su representante puede presentar el DVA ante los profesionales de salud como manifestación fehaciente de su voluntad previamente expresada. Según la normativa colombiana, el DVA constituye la única forma válida de consentimiento sustituto para la eutanasia: es decir, si el paciente no puede dar consentimiento en el momento, sólo se podrá proceder a la eutanasia si éste dejó un DVA explícito solicitándola; no se permite que familiares o terceros decidan sin respaldo en la voluntad anticipada del propio enfermo. Esto protege la autonomía del paciente y brinda seguridad jurídica a los médicos, evitando cualquier intervención sin base legal sólida (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018).

En la práctica, desde 2015 los protocolos colombianos de eutanasia incluyen verificar si el paciente hizo o no un DVA. Si existe, se comprueba que las condiciones clínicas actuales correspondan a lo previsto en el documento. Por ejemplo, un paciente pudo

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

haber dejado escrito: En caso de entrar en estado vegetativo irreversible o demencia en fase terminal, solicito la eutanasia. Si llega ese escenario, el comité médico-científico analiza la procedencia del procedimiento y decide por consenso o mayoría, pudiendo incluso retrotraerse la decisión; ello conforme al esquema colombiano de comités y guías del Ministerio de Salud (Estrella, 2024, pp. 369–370). En cambio, si el paciente no puede expresarse y no existe Documento de Voluntad Anticipada que contenga una solicitud válida, no es posible proceder a la eutanasia; en tal caso, corresponde limitar esfuerzos terapéuticos y brindar cuidados paliativos, pero no realizar eutanasia activa (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018; 2016).

La jurisprudencia colombiana reconoció la muerte digna como derecho fundamental y despenalizó la eutanasia activa voluntaria (C-239/1997), eliminó la exigencia de terminalidad para acceder a la prestación cuando hay sufrimiento por enfermedad grave e incurable (C-233/2021) y despenalizó el suicidio médicaamente asistido bajo criterios análogos (C-164/2022). Sobre esa base, la regulación sanitaria desarrolló procedimientos con comités y formularios, y creó el Documento de Voluntad Anticipada como vía válida de consentimiento anticipado cuando el paciente es incapaz en el momento de la decisión (Res. 2665/2018; materiales oficiales del Ministerio de Salud). En la práctica, el sistema se aplica de forma regular: por ejemplo, se reportaron 271 eutanasias en 2023 y 352 en 2024, con seguimiento público de cifras y procedimientos, lo que evidencia operación transparente y seguridad jurídica. Este modelo muestra el valor de normas claras sobre DVA para respetar la voluntad del paciente y evitar dilemas familiares; para Ecuador, sugiere incorporar un DVA con formalidades y registro como consentimiento válido cuando no exista consentimiento contemporáneo.

Marco normativo en Los Países Bajos

Los Países Bajos (Holanda) fueron el primer país del mundo en legalizar la eutanasia activa, sentando un precedente ya en 2002. Su Ley de Terminación de la Vida a Petición y Suicidio Asistido (2001) entró en vigor el 1 de abril de 2002, despenalizando la eutanasia

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

y el auxilio al suicidio realizados por un médico bajo estrictos criterios de debida diligencia. Conforme a esta ley (y al art. 293 del Código Penal neerlandés), la eutanasia sigue siendo delito salvo que el médico cumpla con todos los requisitos establecidos. Los seis criterios de cuidado incluyen, principalmente: (1) que el médico esté convencido de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada; (2) que el sufrimiento del paciente sea insopportable y sin perspectiva de mejora; (3) que se haya informado plenamente al paciente de su situación y alternativas; (4) que no exista una alternativa razonable para el caso; (5) que un segundo médico independiente evalúe al paciente y confirme que se cumplen los criterios; y (6) que el médico aplique el procedimiento con la debida atención médica., tras la práctica de la eutanasia, el médico debe notificar el caso a una comisión regional de revisión, que verificará el cumplimiento de los requisitos. Estos elementos garantizan que la eutanasia neerlandesa se realice solo en casos excepcionales y de forma controlada. Importante es destacar que en los Países Bajos solo el paciente mismo puede solicitar la eutanasia; la ley prohíbe que un tercero la pida en su nombre sin base en la voluntad del paciente. (Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia, 2022).

En los Países Bajos existe un mecanismo para pacientes que no pueden formular la petición en el momento final: la declaración o directriz anticipada de eutanasia. La ley neerlandesa permite que un paciente de 16 años o más, competente al momento de redactarla, deje una solicitud escrita anticipada que puede sustituir la petición oral actual si posteriormente ya no puede expresar su voluntad. En otras palabras, una directriz anticipada válida del propio paciente puede considerarse una petición válida de eutanasia cuando sobrevenga la incapacidad, siempre que se cumplan los demás criterios legales de “debido cuidado” (Gobierno de los Países Bajos, s. f.; Regional Euthanasia Review Committees, 2022). La ley exige que el paciente describa lo más específicamente posible las circunstancias bajo las cuales querría que se le practicase la eutanasia. Es responsabilidad del paciente discutir este documento con su médico mientras lo elabora o actualiza, de modo que quede incorporado en su historia clínica. No se exige un formato

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

específico; la directriz puede escribirse en términos personales. Gracias a esta previsión legal, en Países Bajos se han podido atender casos, por ejemplo, de pacientes con Alzheimer avanzado cuya voluntad pro-eutanasia constaba por escrito desde etapas previas de la enfermedad (Mangino, 2019).

Es importante aclarar que Holanda no permite la eutanasia sin voluntad del paciente. Si la persona nunca manifestó ese deseo ni verbal ni por escrito, sus familiares no pueden solicitar eutanasia en su nombre, tal solicitud sería ilegal y éticamente no admisible. Así, la figura de la directriz anticipada no contraviene el principio de que la eutanasia debe basarse en la petición del interesado; simplemente extiende la capacidad de hacer valer esa petición cuando el interesado quedó incapacitado. Los médicos neerlandeses, al evaluar un caso de paciente incompetente, revisarán si existe una directriz anticipada de eutanasia; de existir, deberán igualmente constatar que el sufrimiento actual del paciente coincide con lo previsto en la directriz y que se cumplen los demás criterios médicos. Un ejemplo conocido fue el caso de una médica holandesa que en 2016 practicó la eutanasia a una paciente con demencia avanzada, amparada en la declaración anticipada que la paciente había firmado años antes solicitando eutanasia si llegaba a cierto grado de deterioro. Aunque dicho caso generó debate y la justicia confirmó que la doctora actuó conforme a la ley al respetar la voluntad anticipada de su paciente (Miller, 2017).

Marco normativo en Canadá

Canadá representa un modelo del common law donde la legalización de la muerte asistida surgió por vía judicial y luego legislativa, enfocada en el concepto de Medical Assistance in Dying (MAID). En 2015, la Corte Suprema de Canadá (caso Carter v. Canadá) declaró inconstitucional la prohibición absoluta del auxilio al suicidio para personas con enfermedades graves e irreversibles que causen sufrimiento intolerable, reconociendo su derecho a solicitar ayuda para morir bajo ciertos supuestos. En respuesta, el Parlamento canadiense promulgó la Ley C-14 en junio de 2016, que enmendó el Código Penal para permitir la asistencia médica para morir en dos

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

modalidades: (1) eutanasia voluntaria el médico o enfermero administra directamente la sustancia letal a petición del paciente y (2) suicidio asistido el profesional prescribe o proporciona la sustancia para que el paciente se la autoadministre. Inicialmente, Canadá limitó MAID a pacientes adultos, mentalmente competentes, con una condición médica grave e irremediable que les produjera sufrimiento físico o psicológico intolerable y cuya muerte natural fuese razonablemente previsible. Esta última exigencia proximidad a la muerte fue eliminada en 2021 mediante la Ley C-7, tras considerarse discriminatoria: desde marzo de 2021, ya no es necesario estar en fase terminal para acceder a MAID, ampliando el derecho a personas con enfermedades crónicas o discapacidades insopportables, aunque no estén por morir inmediatamente. La Ley C-7 estableció dos categorías de elegibilidad con distintos resguardos: pacientes cuyo fallecimiento es razonablemente previsible proceso expedito y aquellos cuyo fallecimiento no lo es proceso más estricto con evaluaciones psicológicas, periodo de reflexión, etc. En Canadá por ahora solo los adultos ≥ 18 años pueden recibir MAID, quedando excluidos los menores de edad por el momento. También está excluida temporalmente hasta 2027 la elegibilidad por trastornos mentales como única condición, dado un debate en curso sobre ello (Canadá, 2021).

En lo que respecta a las solicitudes anticipadas, Canadá aún no las ha autorizado a nivel federal. La legislación vigente exige que el paciente sea capaz de dar su consentimiento informado tanto al momento de la solicitud como inmediatamente antes de la administración de MAID. De hecho, la ley prevé que el paciente debe tener la oportunidad de revocar su consentimiento en cualquier momento y, justo antes de recibir la inyección o tomar la medicación, se le debe preguntar si confirma su deseo de continuar. Esto ha planteado el problema de pacientes que temen perder la capacidad. Personas con demencia en etapas iniciales: hoy por hoy, no pueden dejar una directriz para que se les aplique MAID en el futuro cuando ya no puedan consentir. No es legal en Canadá efectuar la eutanasia basándose solo en una voluntad anticipada dada con anterioridad. Una ligera excepción introducida por la Ley C-7 es la renuncia al consentimiento final para ciertos

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

casos: si un paciente ya fue evaluado y aprobado para MAID, y su fecha de procedimiento está programada, pero existe riesgo de que pierda la capacidad antes del día indicado, puede acordar por escrito que el médico proceda aun si para entonces el paciente ya no puede reafirmar su consentimiento. Esto se pensó, por ejemplo, para pacientes con enfermedades neurodegenerativas que temían quedar inconscientes tras obtener la aprobación. Sin embargo, fuera de esa situación muy puntual, no se admiten las llamadas advance requests. En palabras del Ministerio de Salud canadiense: "At this time, advance requests for MAID are not legal across Canada." (Dying With Dignity Canada, 2024). La ausencia de regulación de directivas anticipadas en MAID ha sido objeto de amplia discusión pública en Canadá. Muchas voces abogan por permitir que, al menos en casos de enfermedades diagnosticadas como Alzheimer, los pacientes puedan hacer una solicitud anticipada antes de perder la competencia. Provincias como Quebec han dado pasos en esa dirección: en 2023, la Asamblea de Quebec reformó su Ley relativa a los cuidados de fin de la vida para autorizar las peticiones anticipadas de ayuda médica para morir en su jurisdicción. Esta ley provincial que entró en vigor el 30 de octubre de 2024 convierte a Quebec en la primera provincia canadiense en habilitar que médicos proporcionen MAID en virtud de una solicitud hecha por el paciente antes de incapacidad. Sin embargo, a nivel federal todavía no se han modificado las disposiciones del Código Penal que requerirían cambios para reconocer legalmente esas peticiones. Esto crea un conflicto jurídico: la práctica amparada por la ley de Quebec técnicamente contraviene la ley federal penal, exponiendo a los médicos a posibles sanciones. Para atenuar ese riesgo, autoridades de Quebec han emitido lineamientos de no persecución penal de instrucciones a fiscales para no acusar a médicos que actúen conforme a la ley provincial y a la voluntad libre e informada del paciente. Los colegios médicos y el gobierno provincial gestionan con el federal la armonización legal. Se espera que el Parlamento canadiense eventualmente legisle sobre advance requests, dado que en 2024 se llevó a cabo una consulta nacional al respecto y existe un amplio apoyo ciudadano a esta posibilidad (Canadian Association of MAID, 2024).

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Canadá muestra un esquema robusto para la eutanasia/MAID voluntaria con criterios de elegibilidad, solicitud voluntaria y consentimiento informado, pero mantiene un rezago normativo respecto de las solicitudes anticipadas (Government of Canadá–Health Canadá, s. f.; Department of Justice Canadá, s. f.). La experiencia canadiense subraya la necesidad de conciliar el consentimiento final con enfermedades que implican pérdida de competencia; la solución intermedia adoptada, el waiver of final consent para casos ya aprobados cuando la muerte natural es razonablemente previsible, no cubre situaciones como la demencia prolongada (Department of Justice Canadá, 2021; Variath et al., 2022). De hecho, las solicitudes anticipadas de MAID no están permitidas a nivel federal (Health Canadá, 2024/2025), aunque Quebec aprobó en 2024 un marco provincial para advance requests, generando tensión con el Código Penal federal (CMPA, 2024; Health Canadá, 2024). Para Ecuador, esto sugiere incorporar desde el inicio una solicitud anticipada de eutanasia con candados y condiciones a fin de proteger a pacientes que puedan perder la capacidad antes de otorgar consentimiento contemporáneo.

DISCUSIÓN

Vacío normativo en Ecuador y la Sentencia 67-23-IN/24

En Ecuador existe un vacío normativo sobre las voluntades anticipadas, lo cual adquiere especial relevancia tras la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional (2024), que despenalizó la eutanasia activa bajo condiciones estrictas. La Corte reconoció que el derecho a la vida incluye la calidad de vida y la dignidad, y resolvió que no se sancionará a los médicos que practiquen eutanasia en casos de sufrimiento insoportable por enfermedades graves e irreversibles.

El fallo, sin embargo, dejó en evidencia la ausencia de una ley de directrices anticipadas, necesaria para garantizar la autonomía de los pacientes incapaces de expresar su consentimiento. Aunque en abril de 2024 el Ministerio de Salud emitió un reglamento transitorio, este es temporal y ha sido criticado por imponer requisitos adicionales no

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

previstos por la Corte, lo que refleja la fragilidad de la actual regulación (Corte Constitucional, 2024).

En síntesis, la despenalización de la eutanasia ha creado un escenario jurídicamente inédito y frágil, en el que las voluntades anticipadas se vuelven un requisito de facto para aplicar la eutanasia a pacientes incompetentes, pero sin respaldo legal claro. Ello subraya la urgente necesidad de una legislación específica que regule estos instrumentos, brinde seguridad jurídica a médicos y pacientes, y asegure el pleno respeto a la autonomía y dignidad en el final de la vida.

Modelos normativos comparados: España, Colombia, Los Países Bajos y Canadá

El análisis comparado muestra cómo distintas jurisdicciones han regulado la eutanasia y las voluntades anticipadas, ofreciendo lecciones valiosas para Ecuador.

En España, la Ley Orgánica 3/2021 integra expresamente las voluntades anticipadas en el procedimiento eutanásico, garantizando la autonomía del paciente aun en casos de incapacidad. Su fortaleza es la claridad normativa; su debilidad, que exige una formalización explícita previa, dejando sin cobertura a quienes no documentaron su voluntad (Ley Organica 3/2021, 2021).

En Colombia, el derecho a morir dignamente se consolidó a través de la jurisprudencia y resoluciones del Ministerio de Salud. Los Documentos de Voluntad Anticipada son requisito indispensable, lo que protege la autonomía individual, aunque la ausencia de una ley estatutaria específica generó por años inseguridad jurídica y desigualdad en la aplicación (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

En Los Países Bajos, la eutanasia está regulada desde 2002 con criterios estrictos y admite directrices anticipadas incluso en pacientes inconscientes, lo que asegura el respeto de la voluntad previa. Su fortaleza es la seguridad jurídica y la transparencia de controles; su debilidad, los dilemas éticos en casos de demencia avanzada y consentimiento no contemporáneo (Government of the Netherlands, s.f.).

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

En Canadá, el sistema MAID (2016) se aplica con fuertes salvaguardas y desde 2021 se amplió a casos no terminales. Sin embargo, a nivel federal no admite solicitudes anticipadas, salvo en Quebec a partir de 2024. Su fortaleza es el enfoque garantista y progresivo; su debilidad, la falta de regulación nacional sobre directrices anticipadas. En conjunto, estos modelos evidencian que regular las voluntades anticipadas aporta certeza y protección para pacientes y médicos. Mientras España y Los Países Bajos privilegian la autonomía prospectiva, Colombia y Canadá muestran cautela al priorizar el consentimiento presente. Ecuador puede aprovechar estas experiencias para diseñar un marco normativo propio que combine autonomía, dignidad y seguridad jurídica.

Implicaciones jurídicas, éticas y bioéticas

La eutanasia en Ecuador, sin una ley clara sobre voluntades anticipadas, genera múltiples riesgos. En el plano jurídico, la ausencia de normativa específica produce inseguridad para pacientes y médicos, pues solo existen un reglamento transitorio y la sentencia constitucional. Ello genera un margen para decisiones discretionales, interpretaciones contradictorias y eventuales responsabilidades penales, al no contar con normas claras sobre la objeción de conciencia, mecanismos de supervisión ni garantías procesales. Desde la perspectiva ética y bioética, surge una tensión entre autonomía y beneficencia/no maleficencia. Sin directrices anticipadas, se corre el riesgo de frustrar la voluntad del paciente o de caer en abusos, ya sea prolongando de manera innecesaria la vida en sufrimiento o apresurando indebidamente la muerte. Esto puede generar conflictos familiares, dilemas médicos y desigualdades, afectando especialmente a quienes no cuentan con recursos para formalizar documentos.

La despenalización de la eutanasia debe ir acompañada de una ley integral sobre voluntades anticipadas que garantice seguridad jurídica, respete la autonomía y dignidad del paciente, y brinde certeza al personal médico. De lo contrario, se compromete la confianza ciudadana y se corre el riesgo de vulnerar derechos fundamentales en el final de la vida.

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Hacia una legislación ecuatoriana sobre voluntades anticipadas

La regulación de las voluntades anticipadas en Ecuador es indispensable para consolidar el reciente reconocimiento de la eutanasia activa. Una ley específica permitiría proyectar la autonomía del paciente hacia el final de la vida, garantizando que sus decisiones queden expresadas y respetadas incluso en situaciones de incapacidad. Se reforzaría la dignidad humana, al evitar el encarnizamiento terapéutico no deseado y permitir una muerte acorde a los valores del paciente, incluyendo la posibilidad de objeción de conciencia para los profesionales de la salud.

La normativa también aportaría seguridad jurídica, definiendo requisitos claros sobre otorgamiento, contenido, validez y registro de las voluntades anticipadas, así como protecciones para los médicos que actúen conforme a ellas. Inspirada en experiencias comparadas, debería incluir controles éticos y médicos, mecanismos de supervisión, integración con cuidados paliativos y límites para prevenir abusos. De esta forma, se protegería tanto a pacientes como a profesionales, fortaleciendo la confianza en el sistema sanitario y garantizando que el derecho a morir dignamente se ejerza de manera responsable, humana y conforme a los principios constitucionales de autonomía, dignidad y seguridad jurídica (Nafziger, 2022).

Es pertinente reflexionar cómo esta regulación propuesta impactaría positivamente en la protección de pacientes y médicos en Ecuador. Un paciente con una enfermedad degenerativa podría, gracias a la ley, vivir con mayor tranquilidad su presente sabiendo que su futuro está bajo su control en lo posible: si desea todos los esfuerzos médicos, así constará; si prefiere límites o la opción de eutanasia al llegar a cierto punto, así se respetará. Esto elimina incertidumbre y temor al padecimiento prolongado. Igualmente, su familia estaría preventivamente informada de su voluntad, lo que reduce conflictos y sentimientos de culpa cuando llegue el desenlace, ya que seguirán un plan decidido por el mismo paciente. Para los médicos, operar en un marco legislativo claro elimina el dilema de “¿estaré haciendo lo correcto o arriesgándome legalmente?”

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Podrán acompañar a sus pacientes en la planificación anticipada (por ejemplo, muchos médicos de atención primaria o especialistas podrían impulsar conversaciones de planificación de cuidados al final de la vida con sus pacientes, sabiendo que hay base legal para registrar esas decisiones). Esto reafirma la relación de confianza médico-paciente, un elemento esencial de la buena práctica clínica. Con reglas definidas, los médicos contrarios a la eutanasia sabrán que pueden declararse objetores sin perjuicio, y los favorables sabrán en qué condiciones exactas pueden actuar. El resultado esperado es un entorno sanitario más seguro y compasivo, donde ni el paciente se siente abandonado a su suerte ni el médico se siente verdugo o transgresor, sino que ambos participan en un proceso legítimo de aliviar el sufrimiento dentro de los cauces de la ley.

CONCLUSIONES

La investigación confirma que en Ecuador existe un vacío normativo respecto a las voluntades anticipadas en el contexto de la eutanasia, a pesar de que la Sentencia No. 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional abrió la puerta a la eutanasia activa voluntaria bajo condiciones estrictas. Este vacío genera inseguridad jurídica para pacientes y profesionales de la salud, pues no existen aún procedimientos claros ni un marco legal que regule su validez y aplicación.

El análisis comparado evidencia que países como España, Colombia y Países Bajos han integrado las voluntades anticipadas en sus sistemas jurídicos, garantizando la autonomía del paciente incluso en escenarios de incapacidad. En contraste, Canadá presenta limitaciones al no reconocer plenamente las solicitudes anticipadas a nivel federal, aunque provincias como Quebec han comenzado a legislar al respecto. Estas experiencias muestran que la regulación de las directrices anticipadas fortalece la seguridad jurídica y la confianza en los sistemas de salud.

La despenalización de la eutanasia activa voluntaria en Ecuador representa un hito jurisprudencial, pero solo una Ley de Voluntades Anticipadas permitirá consolidar este avance dentro del derecho médico. La experiencia comparada demuestra que dicha ley

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

es viable y necesaria, pues garantiza mecanismos que equilibran el derecho a la vida con el derecho a una muerte digna. Inspirada en los principios constitucionales de autonomía, dignidad y seguridad jurídica, y tomando las mejores prácticas internacionales, esta normativa asegurará que las decisiones de los pacientes sean respetadas incluso en situaciones de incapacidad, protegiendo a la vez a los profesionales de la salud. Su promulgación significaría un paso decisivo hacia un Derecho Médico más humano, que acompañe y respete la voluntad del paciente en el final de la vida.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTO

A todos los factores sociales que influyeron en el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Alvarado-Vélez, J. T.-N. (2025). El reconocimiento del derecho a la muerte en Ecuador: De la jurisprudencia constitucional a la reforma legal. *Estudios constitucionales*, 23(1), 278-295. <https://n9.cl/ie7u>

Álvarez Chavarría, D., & Arce Ortega, J. G. (2018). Voluntades anticipadas para personas adultas con enfermedades en condiciones paliativas: Propuesta de documento. *Revista Terapéutica*, 12(1), 6-14. <https://n9.cl/47um9>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2023). Ley Orgánica de Salud Mental. Quito, Pichincha, Ecuador: Registro Oficial. <https://n9.cl/rzjwe>

Asamblea Nacional de Ecuador. (2014). Código Orgánico Integral Penal, Quito: Lexis. <https://n9.cl/s1o44>

Association, C. M. (2024). Updated Québec MAID legislation CMPA. <https://n9.cl/i27j8>

BOE. (2021). Ley Orgánica 3/2021 de 25 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado de España*, 72, 34037 a 34049. <https://n9.cl/98lptq>

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Canadá, P.d. (2021). Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying). Ottawa: Government of Canada. <https://n9.cl/rm2sr>

Canadian Association of MAID. (December de 2024). Clinical considerations for advance requests for MAID CAMAP. Obtenido de <https://n9.cl/phe8g>

Canadian Medical Protective Association (CMPA). (2024, 30 oct.). Updated Québec MAID legislation. <https://n9.cl/i27j8>

Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. (2022). Código sobre la Eutanasia. Explicación de la Verificación en la práctica. Los Países Bajos. <https://n9.cl/lzj0e6>

Corte Constitucional del Ecuador. (2024). SENTENCIA 67-23-IN/24. Quito, Pichincha, Ecuador: Registro Oficial. <https://n9.cl/47iqq>

Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C-239/97. <https://n9.cl/fdvpq>

Corte Constitucional de Colombia. (2021). Sentencia C-233/21. <https://n9.cl/68i3p>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-164/22. <https://n9.cl/011kca>

Department of Justice Canada. (s. f.). Canada's medical assistance in dying (MAID) law. <https://n9.cl/9p8s52>

Department of Justice Canada. (2021). Part II – Eligibility Criteria for MAID (Bill C-7). <https://n9.cl/rx18j>

Dying With Dignity Canada. (2024). Get the facts on MAID: Advance requests. <https://n9.cl/6tlr7>

Estrella Saltos, R. M. (2024). La eutanasia en Colombia y Ecuador. Derecho a una muerte asistida. Revista LEX, 7(24), 361–379. <https://n9.cl/sqxl94>

Government of the Netherlands. (s.f.). Is euthanasia allowed? Obtenido de Government nl.: <https://n9.cl/rrin0>

Gobierno de los Países Bajos. (s. f.). Is euthanasia legal in the Netherlands? <https://n9.cl/rrin0>

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Government of Canada – Health Canada. (s. f.). Medical assistance in dying: Overview.
<https://n9.cl/m01wyx>

Government of Canada – Health Canada. (2024/2025). National conversation on advance requests. <https://n9.cl/4jdmq>

Government of Québec. (2025). Advance request for medical aid in dying.
<https://n9.cl/znc4o>

Government of Canada – Health Canada. (2024, 28 oct.). Statement on advance requests for MAID. <https://n9.cl/oi7bt>

Mangino, D. N. (2019). Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands Characteristics, legal regulation, and practice. *The American Journal of Geriatric Psychiatry and societal*, 513-522. <https://n9.cl/dbgyf>

Miller, D. D. (2017). Advance euthanasia directives: A controversial case and its implications. *Journal of Medical Ethics*, 187 - 191. <https://n9.cl/lr58e>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Resolución 4006 de 2016 (crea y regula comités científico-interdisciplinarios y reportes). <https://n9.cl/92ofc2>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 2665 de 2018 – Por la cual se regula el Documento de Voluntad Anticipada (DVA). Diario Oficial de Colombia. <https://n9.cl/z8eo1>

Nafziger, J. (2022) Publishing, C. o. (2019). Bioethics and end-of-life decisions. *The American Journal of Comparative Law*, 70, 394–i416. <https://n9.cl/chtr4>

Regional Euthanasia Review Committees (RTE). (2022). Code of Practice (versión en inglés). <https://n9.cl/ui1hu2>

UNESCO.(2005). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.
<https://n9.cl/0bbkm>

Valenciana, G. (2021). Decreto 180/2021, de 5 de noviembre, de regulación e inscripción del documento de voluntades anticipadas en el Registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunitat Valenciana. Valencia: Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, 9218. <https://n9.cl/fsb3I3>

Álvaro Raúl Peralta-Beltrán; Juan Carlos Álvarez-Pacheco

Variath, C., Richards, M., Selby, D., et al. (2022). Health care providers' ethical perspectives on waiver of final consent for MAiD in Canada. *BMC Medical Ethics*, 23, 95. <https://n9.cl/lss8x>

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).