

Memorando Nro. AN-HNMP-2024-0026-M

Quito, D.M., 20 de febrero de 2024

PARA: Sr. Mgtr. Henry Fabián Kronfle Kozhaya
Presidente de la Asamblea Nacional

ASUNTO: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL
PACIENTE PARA CALIFICACIÓN Y TRÁMITE PERTINENTE

De mi consideración,

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales contempladas en el numeral uno del artículo 134 de la Constitución de la República del Ecuador, en consonancia con lo previsto en el numeral uno del artículo 54 y el artículo 55 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, presento ante usted como Presidente de la Asamblea Nacional del Ecuador, para que se le dé el trámite legal correspondiente el PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE, acompañado de las firmas correspondientes y el formulario de los ODS.

Con sentimientos de distinguida consideración,

Atentamente,



Mgs. Marcela Priscila Holguin Naranjo
ASAMBLEÍSTA

Anexos:

- ficha_de_verificación_de_cumplimiento_ods-10497334001708449138.pdf
- proyecto_de_ley_organica_de_autonomia_del_paciente_v4_0536348001708449161.ocx

Copia:

Sr. Mgs. Alejandro Xavier Muñoz Hidalgo
Secretario General

Sr. Lcdo. Juan Carlos Aguilar Quintana
Asesor Nivel 1

Sra. Mgtr. Cecilia Fernanda Medina Moreno
Asesor Nivel 2

No. de trámite:

443471

Fecha recepción: **2024-02-20 13:40**

No. de referencia:

AN-HNMP-2024-0026-M

Fecha documento: **2024-02-20**

Remitente:

Marcela Priscila Holguin Naranjo
marcela.holguin@asambleanacional.gob.ec

Revise el estado de su documento
con el usuario **1801774702** en:
<http://dts.asambleanacional.gob.ec>

*Oficio: Uno Pojo
Anexo: 26 Pajos*

PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

De acuerdo con lo señalado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos, por lo tanto, este derecho no implica únicamente el ámbito de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino que este derecho se enmarca en el concepto de la dignidad para poder garantizar el resto de los derechos derivados del mismo¹. Si el derecho a la vida no puede ejercerse de forma digna por cualquier motivo, existe un incumplimiento de este.

Si bien no existen instrumentos internacionales específicos de Derechos Humanos que traten sobre la muerte asistida o el derecho del paciente a no continuar con tratamientos que constituyan una afectación a su voluntad o provoquen mayor sufrimiento lo que implica que es necesaria una limitación del esfuerzo terapéutico, como un derecho a la autonomía del paciente para limitar medidas terapéuticas que prolongan la vida con tratamientos médicos agresivos, extraordinarios, innecesarios, o ineficaces a un paciente, incluso cuando es evidente que esos tratamientos no proporcionarán beneficios significativos o cuando la calidad de vida del paciente se ve gravemente comprometida.

Esencialmente, la limitación del esfuerzo terapéutico implica no continuar con intervenciones médicas en vista de que no hay expectativas razonables de mejoría o curación, y el mantenimiento de tratamientos puede causar más sufrimiento que beneficio.

La limitación al esfuerzo terapéutico es una actuación bioética correcta, pues prevalece el principio de no maleficencia en la actuación sanitaria y "que no es equiparable a la eutanasia, a la omisión del deber de socorro, al abandono del servicio sanitario ni a la denegación de auxilio"², sin embargo el personal de salud tiene el deber y la responsabilidad de informar al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad y los beneficios y complicaciones de los tratamientos, con el fin de que tome decisiones informadas, incluyendo la decisión de dejar un documento con su voluntad vital anticipada, o en el caso de legislaciones que lo permitan solicitar el

¹ Corte IDH. Sentencia del caso Villagrán Morales (Niños de la calle) vs. Guatemala (Fondo) de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

² Gómez Pérez, C., Sánchez García, A. B., & García Capilla, D. J. (2023). Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. *Enfermería global*, 22(71), 586-619.

suicidio asistido bajo ciertos parámetros que se han debatido desde el ámbito de la Filosofía, el Derecho, y la Bioética.

La conexión entre estas áreas del conocimiento radica en las recomendaciones para la toma de decisiones al final de la vida y el respeto por la autonomía del paciente, donde se resalta la importancia de considerar la calidad de vida, los deseos y valores del paciente al tomar decisiones médicas significativas cuando los tratamientos médicos no están alineados con sus preferencias y metas de atención y la forma de vivir una enfermedad que no tiene tratamiento para una mejoría aceptable.

La aplicación del suicidio asistido o la eutanasia varía en función de las legislaciones de cada país, como, por ejemplo, la permisibilidad en el caso de enfermedades terminales que causen un dolor insostenible, o, en otros casos se amplía a enfermedades degenerativas que van mermando la autonomía de la persona y mantienen al paciente con vida solo a través de soportes, pues sin ellos no podrían continuar viviendo.

La eutanasia y la voluntad vital anticipada son conceptos relacionados pero distintos en el ámbito de la legislación médica y de cuidados de la salud que son importantes señalar:

- La eutanasia se refiere a la acción de poner fin deliberadamente a la vida de una persona para aliviar su sufrimiento, especialmente cuando está experimentando una enfermedad terminal o un dolor insoportable.
- La eutanasia puede ser activa, donde se administra algún tipo de sustancia para causar la muerte, o pasiva, donde se retiran los tratamientos médicos que mantienen la vida.
- Las leyes sobre la eutanasia varían en todo el mundo y en algunos lugares puede ser legal en ciertos contextos y bajo ciertas condiciones.

- La voluntad vital anticipada es un documento legal que permite a una persona expresar sus deseos en relación con los tratamientos médicos que desea recibir o no en caso de que llegue a una condición en la que no pueda expresar sus deseos por sí misma y no implica necesariamente la solicitud de la eutanasia, sino que se centra en el derecho del individuo a decidir sobre los tratamientos médicos que desea recibir o rechazar.

Ambos conceptos abordan cuestiones éticas y legales relacionadas con el final de la vida, pero tienen enfoques diferentes.

La diferencia de enfoques entre la eutanasia y la voluntad vital anticipada radican en la naturaleza de las decisiones y acciones involucradas en cada uno de estos conceptos:

La eutanasia implica la toma de una acción directa para poner fin a la vida de una persona, ya sea administrando deliberadamente una sustancia letal (eutanasia activa) o retirando el soporte vital (eutanasia pasiva) y requiere la intervención directa de profesionales de la salud, ya que son quienes administran los tratamientos o retiran el soporte vital según la solicitud del paciente o sus representantes legales.

La Voluntad Vital Anticipada se centra en la expresión anticipada de las preferencias de tratamiento de una persona en caso de que llegue a un estado en el que no pueda comunicarse por sí misma y busca garantizar que los deseos del individuo sean respetados cuando no esté en condiciones de expresar sus preferencias.

Las características comunes en las legislaciones comparadas como Holanda, Bélgica, México (voluntad anticipada) pueden incluir condiciones médicas específicas, el estado mental del paciente y ciertos requisitos de consentimiento informado.

- **Condiciones Médicas:** Muchas legislaciones que permiten el suicidio asistido o la eutanasia requieren que el paciente padezca una enfermedad terminal o una condición médica irreversible que cause sufrimiento insoportable.
- **Capacidad Mental:** Por lo general, se espera que el paciente tenga capacidad mental y sea capaz de proporcionar un consentimiento informado y voluntario. La capacidad para tomar decisiones informadas es un factor clave en las consideraciones bioéticas.
- **Consentimiento Informado:** La mayoría de las legislaciones requieren un consentimiento informado explícito del paciente que busca el suicidio asistido o la eutanasia. Este consentimiento debe ser libre, voluntario y basado en una comprensión completa de las opciones y consecuencias. En materia penal, el consentimiento informado puede constituirse como una causa de justificación. Así lo ha señalado el tratadista Diego Luzón Peña expresando que: *"(...) se puede admitir que en algún caso el consentimiento del sujeto pasivo excluye ya la lesión del bien jurídico"*.
- **Edad Mínima:** Algunas legislaciones establecen una edad mínima para acceder al suicidio asistido o la eutanasia, generalmente 18 años o más, y si son menores de edad se requiere la participación y consentimiento de sus representantes legales o quienes ejercen patria potestad.
- **Evaluación Médica:** Este requisito es indispensable en las principales legislaciones, que han devenido de sentencias previas de las instancias judiciales más altas de los países que han regulado la eutanasia pasiva, la muerte o suicidio asistido, o la voluntad anticipada. Esta exigencia radica en



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

la evaluación médica y otros equipos profesionales del sector salud para confirmar el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad y la idoneidad del paciente para tomar una decisión.

También la legislación comparada ha recogido recomendaciones bioéticas generales como el respeto a la autonomía del paciente que se base en las preferencias y valores de la persona que padece la enfermedad. También está la protección de personas vulnerables y grupos de atención prioritaria, para que las leyes de esta materia salvaguarden a personas con discapacidad, y así prevenir posibles presiones o abusos.

En materia bioética el consentimiento informado y voluntario es el requisito indispensable en cualquier legislación de este tipo, que implique el acceso a información científica, culturalmente adecuada, precisa, actual, que implique una comprensión completa de las opciones, consecuencias y alternativas disponibles.

Finalmente, la evaluación y supervisión médica con la participación de profesionales de la salud en la evaluación y supervisión del proceso es esencial para garantizar el cumplimiento de los criterios establecidos y la aplicación ética de la práctica, así como la transparencia de los procesos para el paciente y su familia, así como el registro adecuado del suicidio asistido.

Legislaciones como las de Canadá cuya Ley sobre la Muerte con Dignidad (Bill C-14) permite la eutanasia y el suicidio asistido bajo ciertas condiciones, y no detalla enfermedades específicas que califican o descalifican automáticamente a una persona para acceder a estos procedimientos. En cambio, la ley establece criterios generales relacionados con la condición médica de la persona y su sufrimiento, sin embargo, es importante recoger lo que señala cuando habla de *problemas de salud graves e irremediables*:

- Tiene una enfermedad, dolencia o minusvalía seria e incurable.
- Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades.
- Su enfermedad, dolencia o minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que considera intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables.
- Su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas, aunque no se haya formulado un pronóstico sobre su esperanza de vida.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) estimó que 17.467 personas murieron en Ecuador en 2018 por enfermedades como cáncer, insuficiencias cardíacas, hepáticas, renales y pulmonares, ELA, Parkinson, Alzheimer, Huntington, y requirieron cuidados paliativos. Esto significa que aproximadamente el 24,6% de los pacientes que fallecen en un año necesitan estos servicios para reducir el sufrimiento.

En 2020, la mayoría de las muertes se concentraron en personas mayores de 64 años, que representan el 28% de este grupo de edad, con un total de 22.872 muertes atribuibles a enfermedades que requieren cuidados paliativos, muchas de ellas debidas al cáncer. Según datos del Registro Nacional de Tumores³ - SOLCA de 2011-2015, el 41% de los pacientes diagnosticados en la ciudad de Quito se encontraban en los estadios III y IV, que ya es una fase grave o irreversible.

En 2020, se registraron 29.273 nuevos casos, y 76.062 eran prevalentes, lo que significa que llevaban padeciéndolo aproximadamente 5 años. En 2019 se produjeron 16.851 muertes por cáncer, siendo los más frecuentes los de estómago, próstata, pulmón, colon y cuello uterino. El cáncer representó el 22,3% de todas las muertes a nivel nacional. 15 123 pacientes murieron de cáncer.

Los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP) atendieron a 2.026 niños y adolescentes con cáncer en el país de enero de 2021 a agosto de 2022. Los cánceres más frecuentes entre las niñas son las leucemias linfoides (34,3%), cerebrales y del sistema nervioso (11,8%) y mieloides (7,5%). Para los chicos, son las leucemias linfoides (38,0%) y las cerebrales y del sistema nervioso (12,3%).

Las principales legislaciones que pueden mostrar el avance en el debate legislativo y bioético sobre la muerte asistida, voluntad anticipada o limitación de medidas terapéuticas que toman en consideración los problemas de salud graves e irremediables y son:

País	Legislación o norma	Enfoque
Países Bajos	Ley de Eutanasia y Asistencia al Suicidio (2002)	Establece condiciones y procedimientos para la eutanasia activa y pasiva.
Bélgica	Ley de Eutanasia (2002)	Regula la eutanasia activa y pasiva bajo ciertas condiciones
Colombia	Sentencia de la Corte Constitucional C-239/97 (1997) Tiene ley desde 2015	Reconoce el derecho a morir dignamente y despenaliza la eutanasia pasiva
Canadá	Ley de Canadá sobre la Muerte Asistida (2016)	Legaliza la eutanasia y el suicidio asistido en ciertas condiciones.
España	Ley de Eutanasia (aprobada en 2021, en vigor desde 2022)	Permite la eutanasia y el suicidio asistido en situaciones específicas.

³ <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/index.jsp> 3/02/2024



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

Suiza	No hay una ley específica para la eutanasia pasiva.	La práctica es legal y se rige por el principio de autonomía del paciente.
Estados Unidos	Leyes varían por estado; algunos permiten Decisiones Anticipadas	El derecho a rechazar tratamientos está reconocido, aunque varía por estado.
Reino Unido	Ley de Decisión de la Corte Suprema Airedale NHS Trust v. Bland (1993)	Reconoce el retiro de tratamiento como una decisión ética y legal.
México	Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal	Las personas pueden expresar sus preferencias en cuanto a los tratamientos médicos que desean recibir o no desean recibir en caso de incapacidad o enfermedad terminal.
Luxemburgo	Ley sobre eutanasia y asistencia al suicidio, que entró en vigencia el 1 de abril de 2009.	El procedimiento se aplica después de recibir la aprobación de dos médicos y un panel de expertos.
Nueva Zelanda	End of Life Choice Act 2019 (Ley de Elección al Final de la Vida de 2019) mediante un referéndum.	Quienes soliciten la eutanasia deberán tener 18 años y necesitarán la aprobación de dos médicos.

Estas legislaciones han resaltado como argumentos el respeto del derecho a la autonomía del paciente para decidir sobre sus propias vidas, incluyendo la elección de poner fin a su sufrimiento si están experimentando una enfermedad terminal e incurable o un dolor físico o psicológico insoportable.

Se señala también el derecho a la dignidad sosteniendo que la muerte asistida o la voluntad anticipada puede ser vista como un medio para preservar la dignidad de una persona al evitar el deterioro extremo y la pérdida de calidad de vida asociada con ciertas enfermedades que también implican sufrimiento personal y de su entorno familiar, incluso costos que no remediarán la situación del paciente.

El alivio del sufrimiento se destaca como un argumento central para aquellos pacientes que enfrentan un dolor insoportable y prolongado, permitiéndoles morir de una manera más compasiva.

En materia de legislación se desarrolló en primera instancia el derecho del paciente a la abstención de tratamientos médicos que podría prolongar la vida, en la que se prefiere y garantiza la muerte natural, sin intervenciones y enfatizando la necesidad de garantizar la calidad de vida antes que la cantidad de años de vida en situaciones específicas como el tipo de enfermedad o la falta de tratamientos que no impliquen el encarnizamiento terapéutico.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

En cuanto a los contenidos de las legislaciones podemos sistematizarlo de la siguiente manera:

Tema/País	Países Bajos	Bélgica	Luxemburgo	Suiza	Alemania (situación 2022)	España (situación 2022)
Requisitos de elegibilidad	Enfermedad terminal	Enfermedad grave	Enfermedad incurable	Enfermedad grave	Enfermedad terminal	Enfermedad grave
Edad mínima	12 años (supervisada)	18 años	18 años	No hay requisito	18 años	18 años
Consentimiento informado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Proceso médico	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos	Asistencia médica	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos
Participación de médicos	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	No hay obligación	Obligatoria	Obligatoria
Supervisión judicial	Sí	Sí	Sí	No hay supervisión	Sí	No hay supervisión

En América Latina podemos sistematizar los siguientes temas que regulan sus distintas normativas en esta materia:

Tema / País	Colombia	México (situación 2022)	Uruguay	Argentina (situación 2022)	Chile (situación 2022)
Requisitos de elegibilidad	Enfermedad terminal	Enfermedad terminal	Enfermedad terminal	Enfermedad terminal	Enfermedad terminal
Edad mínima	No hay requisito	18 años	No hay requisito	No hay requisito	18 años
Consentimiento informado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Proceso médico	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos	Evaluación de médicos
Participación de médicos	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria

En cuanto a las recomendaciones para una legislación que regule el acceso a la muerte asistida o la voluntad anticipada se incluye:

- a) **Requisitos Claros y Estrictos:** La legislación debe establecer criterios específicos que definan las circunstancias en las que se permite la eutanasia. Esto podría incluir criterios relacionados con la enfermedad terminal, el sufrimiento insoportable, y el consentimiento informado.
- b) **Consentimiento Informado:** La legislación debe garantizar que el paciente esté plenamente informado sobre su situación y tenga la capacidad de tomar decisiones informadas. El consentimiento debe ser voluntario y sin presiones externas.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

- c) **Supervisión Médica:** La participación y supervisión médica son aspectos esenciales. La legislación debe requerir la evaluación de profesionales de la salud para asegurar que se cumplan los criterios establecidos y para garantizar la aplicación ética y segura de la muerte asistida o la voluntad anticipada.
- d) **Protección de Grupos Vulnerables:** La legislación debe incluir salvaguardias para proteger a grupos vulnerables, como personas con discapacidades, personas adultas mayores, niñas y niños menores de doce años y aquellos que pueden estar influenciados por factores externos.
- e) **Educación y Formación:** Es importante implementar programas de educación y formación para profesionales de la salud y la sociedad en general, abordando cuestiones bioéticas, legales y médicas.

El 5 de febrero de 2024 la Corte Constitucional del Ecuador en la sentencia 67-23-IN/24 sobre la demanda de inconstitucionalidad del artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal sobre homicidio, resolvió declarar la constitucionalidad condicionada de dicho artículo y como excepción a la antijuridicidad se encuentra la actuación de un médico que asista al paciente en la eutanasia activa, en el supuesto de que esta persona haya expresado de manera **libre, inequívoca e informada** su decisión o sea a través de sus representantes, cuando no pueda expresarlo por sí mismo, y solo cuando el padecimiento sea por una **lesión necesariamente corporal grave e irreversible o una enfermedad que sea grave incurable**.

La Corte Constitucional en su sentencia señala sobre la constitucionalidad condicionada que:

1. La aplicación de la sanción del delito de homicidio al médico que realiza un procedimiento de eutanasia activa es incompatible con los derechos a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad del paciente que sufre intensamente y solicita poner fin a su vida. Esto porque en este caso la protección absoluta del derecho a la vida afectaría de manera irrazonable otros derechos relevantes para el paciente. (La vida es protegida de su afectación arbitraria como lo señala la Convención Americana de Derechos Humanos)
2. La privación de la vida que ocurre en un procedimiento de eutanasia activa no puede considerarse como arbitraria o ilegítima ya que surge de la voluntad y consentimiento del titular del bien jurídico protegido, quien ante intensos sufrimientos solicita poner fin a su vida. Por tanto, no aplicaría el fin de proteger la vida ante privaciones arbitrarias que persigue el delito de homicidio. Esto parte de la Teoría de la libre disponibilidad del bien jurídico protegido, pues el derecho a la

vida no es un derecho absoluto y tiene excepciones como por ejemplo la legítima defensa, el estado de necesidad y en este caso la eutanasia activa.

3. Resulta irrazonable e injusto obligar a una persona que padece intensos sufrimientos a mantenerse con vida en contra de su voluntad, cuando existen opciones más compasivas y acordes a su dignidad a las que podría acceder para cesar ese padecimiento, como la eutanasia activa, por este motivo la Corte Constitucional reconoce que también se afecta el derecho a la vida digna o decorosa y al libre desarrollo de la personalidad (autonomía).

4. La eutanasia activa se presenta para estos pacientes como una alternativa **razonable** y piadosa frente a prolongar indefinidamente sus dolores y deterioro ante enfermedades o lesiones graves e irreversibles. Por ello, impedirles esta opción afectaría su derecho a la vida digna.

5. La Corte Constitucional en el razonamiento sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad señala que este derecho "implica la capacidad de cada individuo para configurar su propio proyecto de vida". (párrafo 59) El proyecto de vida es para la Corte Interamericana de Derechos Humanos una de las dimensiones más importantes del Derecho a la libertad porque mediante la intervención de terceros o con aquiescencia del Estado es posible causar daño a una persona en sus decisiones sobre cómo llevar su vida, ya sea frustrando sus planes y decisiones, retardando su concreción o menoscabándolo en alguna medida.

En la sentencia se establece que sus efectos son inmediatos, además ordena que la Defensoría del Pueblo elabore un proyecto de ley en un plazo de 6 meses, y en 12 meses máximo la Asamblea Nacional apruebe dicha ley. Además de 2 meses desde la notificación de la sentencia el Ministerio de Salud Pública del Ecuador debe elaborar un protocolo médico que regule los procedimientos de la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria hasta que entre en vigencia la ley que expida la Función Legislativa.

La sentencia 67-23-IN/24 en el párrafo 103 señalan cinco parámetros para que consten en el proyecto de ley que debe analizar, debatir y aprobar la Asamblea Nacional y son:

1. Establecer los **mecanismos para la comprobación** de que exista consentimiento libre, inequívoco e informado, que podría incluir mecanismos de verificación del consentimiento previo o posterior al padecimiento provocado por la lesión corporal grave e irreversible o la enfermedad grave e incurable.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

2. **Mecanismo del consentimiento de representantes** en el caso de que las personas no puedan expresar su voluntad con las salvaguardas necesarias para el paciente.
3. **El procedimiento** para que el médico pueda realizar esta intervención.
4. El procedimiento técnico y médico para verificar que se cumplan con los requisitos de **que el paciente padezca sufrimiento intenso provocado exclusivamente por una lesión de carácter corporal que sea grave e irreversible o por una enfermedad que necesariamente deberá ser grave e incurable**
5. El respeto y salvaguarda a la **objeción de conciencia** del médico, más no existe objeción de conciencia institucional.

EL PLENO DE LA ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR

CONSIDERANDO:

Que, reconociendo que la dignidad inherente y los derechos humanos de cada persona son el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

Que, recalcando que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica, y que la autonomía individual y la toma de decisiones libres y voluntarias que son esenciales para el pleno ejercicio de los derechos humanos, conforme al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ratificado por la República del Ecuador.

Que, considerando que el artículo 5 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes prohíbe el sometimiento de cualquier persona a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y reconociendo que la prolongación innecesaria del sufrimiento como consecuencia de una enfermedad terminal o incurable podría constituir en una violación de dicha prohibición.

Que, la importancia del respeto a la privacidad y la vida con dignidad como derechos humanos, de acuerdo con el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos internacionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos que reconocen la protección de la vida privada como esencial para la libertad individual.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

Que, la Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 4 señala que el derecho a la vida estará protegido y nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente; así como en su artículo 5 reconoce y garantiza la dignidad inherente de todo ser humano, por lo que la eutanasia activa no constituye una afectación arbitraria al derecho a la vida y se relaciona con el derecho a la dignidad, autonomía de la persona.

Que, tomando en consideración los principios éticos y de derechos humanos establecidos en el Informe Belmont (1978) y la Declaración de Ginebra sobre la Ética Médica, y reconociendo la importancia de aplicar estos principios en el contexto de la atención de la salud y el final de la vida, es fundamental respetar el principio de la autonomía del paciente, conforme a los estándares éticos y legales en el ámbito médico, y en línea con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Que, la Corte Constitucional mediante sentencia 67-23-IN/24 de 5 de febrero de 2024 dispone a la Asamblea Nacional que en el plazo máximo de 12 meses contados desde la presentación del proyecto de ley que debe elaborar la Defensoría del Pueblo, conozca, discuta y expida la ley que regule los procedimientos eutanásicos con los más altos estándares generales establecidos en la sentencia

Que, en el ejercicio de la atribución contemplada en el numeral 6 del artículo 120, y el artículo 134, numeral 1, de la Constitución de la República, expide el siguiente

PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Artículo 1.- OBJETO. – La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios de salud, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica, para ejercer el derecho del paciente a la terminación de la vida a petición propia como expresión y respeto de la voluntad del paciente peticionario.

También es objeto de esta ley garantizar que el paciente peticionario acceda a la información científica, sin imposiciones y laica para ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, sea un paciente con una enfermedad terminal o incurable no terminal pero cuya situación sea irreversible que provoque la pérdida de autonomía, escasa calidad de vida o cualquier tipo de sufrimiento no aceptado por el paciente.

Se garantizará en todo momento al paciente peticionario el otorgamiento de tratamientos de los cuidados paliativos para el cumplimiento de sus decisiones, y se



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

prohíbe cualquier tratamiento que sea considerado adecuación de los esfuerzos terapéuticos que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirvan al mejor interés del paciente peticionario.

Artículo 2.- ÁMBITO. – La presente Ley es de orden público e interés social por lo que se aplica en todo el territorio nacional.

Artículo 3. PRINCIPIOS. – Los principios que deberán ser tomados en cuenta son los siguientes:

1. La dignidad humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley, especialmente cuando no se trate de un padecimiento de sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad de salud está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 4.- DEFINICIONES. –

1. **Asistentes sociales:** Se entenderán como asistentes sociales a las personas profesionales de la salud en varias ramas que apoyarán al asesor del paciente en el informe sobre la situación psicológica y médica del paciente peticionario.
2. **Autonomía vital:** La autonomía vital consiste en la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico, y para determinar en qué condiciones y hasta cuándo está dispuesta a soportar un padecimiento irremediable, en ocasiones con dolores extremos, y que desde su perspectiva afecte su dignidad personal.
3. **Consentimiento informado:** La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
4. **Cuidados Paliativos:** Cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias, así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología. Los cuidados paliativos tienen como objetivo aliviar el dolor en la medida de lo posible y no acelerar la muerte, pues tienen fines distintos con la eutanasia.
5. **Enfermedad terminal:** Enfermedad que provoque padecimiento o sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible o una enfermedad que sea grave e incurable.
6. **Adecuación de los esfuerzos terapéuticos:** La adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía, dolor, sufrimiento no aceptable por el paciente o no sirven al mejor interés del paciente y no representa una vida digna para éste.
7. **Eutanasia:** Tiene por fin principal terminar con la vida de una persona que por voluntad propia o de un tercero, en caso de incapacidad para manifestar su consentimiento, decida solicitar un procedimiento eutanásico activo o pasivo para no continuar con sufrimiento insoportable provocado por una lesión corporal grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable.
8. **Eutanasia activa:** La eutanasia activa es el procedimiento que a petición de parte o por un representante en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad es realizado por un médico para poner fin a la vida de quien padece sufrimiento insoportable proveniente de una lesión corporal grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable.
9. **Eutanasia pasiva:** Consiste en la interrupción o rechazo de los tratamientos médicos que conllevan a acelerar la muerte de manera que la causa del deceso siempre será la enfermedad subyacente y constituye el derecho del



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

- paciente a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.
10. Eutanasia activa voluntaria: Donde el paciente expresa la decisión de morir a través de un procedimiento eutanásico.
 11. Eutanasia activa avoluntaria: Donde no se puede conocer la voluntad del paciente por la imposibilidad de expresarla, por ejemplo, en los casos en los que las personas se encuentran en estado vegetativo, coma permanente y, en su lugar, quien consciente es un representante bajo los parámetros de esta ley.
 12. La Comisión Zonal para la protección de los derechos de autonomía del paciente: Es la Comisión a la que se refiere el art. 8 de la presente Ley.
 13. Médico asesor del paciente: Se entenderá como asesor del paciente al médico al que se ha consultado sobre la intervención de otro médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente.
 14. Médico independiente: Médico que será elegido por el paciente para realizar la verificación de requisitos que constan en el artículo 7. Su identidad se mantendrá como información declarada reservada y solo podrá acceder a esta información la Comisión Zonal para la protección de los derechos de autonomía del paciente.
 15. Objeción de conciencia sanitaria: Derecho individual de los profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones éticas o morales y afectan su derecho a la libertad de conciencia y pensamiento. No existe objeción de conciencia institucional por lo que se debe garantizar a través de un profesional el servicio de asistencia al paciente peticionario de la eutanasia activa.
 16. Paciente peticionario: Paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible, cuya decisión de terminación de su vida se basa en el consentimiento libre e informado.
 17. Personal de salud: Profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud.
 18. Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir.
 19. Problemas de salud graves e irremediables: Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando, a la vez: tiene una enfermedad, dolencia o incapacidad seria e incurable; o su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades; o su enfermedad, dolencia o incapacidad o la disminución avanzada e irreversible

de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que considera intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables. Todo esto implica que su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas, aunque no se haya formulado un pronóstico sobre su esperanza de vida.

20. Reanimación: Conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones o signos vitales.
21. Voluntad vital anticipada: Instrumento, otorgado ante notario público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.

Artículo 5.- DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA LA EUTANASIA ACTIVA O PASIVA- Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de la eutanasia activa o pasiva a través de la expresión libre, inequívoca y voluntaria a través de la expresión de la voluntad anticipada o ante el médico asesor como lo establece esta ley.

La decisión de solicitar la prestación de la eutanasia activa o pasiva se basará en el consentimiento libre, inequívoco y voluntario fundamentado en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo de salud responsable.

En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente, junto al documento del consentimiento informado.

En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

Para poder recibir la prestación de eutanasia activa o pasiva será necesario que el paciente peticionario formule una solicitud de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, ante el comité zonal para la protección de los derechos de autonomía del paciente para que se designe un médico asesor que inicie el procedimiento.

Artículo 6.- CONDICIONES PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE EUTANASIA ACTIVA O PASIVA. – El paciente peticionario puede recibir asistencia médica para morir sólo si cumple todos los requisitos:

1. Tener al menos 18 años y ser capaz de tomar decisiones con respecto a su salud.
2. Padecer problemas de salud grave e irreversible o una enfermedad que sea grave e incurable, que sean lesiones necesariamente de carácter corporal.
3. Haber requerido voluntariamente la asistencia médica la eutanasia activa o pasiva, sin sufrir presiones externas.
4. Prestar consentimiento informado para recibir la ayuda médica.
5. Realizar la solicitud por escrito sea por sí mismo o través de sus representantes.

Si la persona que solicita la ayuda médica se encuentra incapaz de firmar la solicitud, otra persona, que tenga al menos 18 años de edad y sea su representante o apoderado y que comprenda la naturaleza de la solicitud, puede hacerlo en presencia de la persona y en su nombre.

Artículo 7.- REQUISITOS DE CUIDADO Y ESFUERZO PROFESIONAL. – La o el asesor del paciente llegará a la conclusión de que la necesidad del paciente peticionario puede ser aplicada de manera voluntaria cuando:

- a. Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable en la medida que afecta la dignidad humana y el derecho a una vida sin sufrimiento innecesario y sin expectativas de mejora.
- b. Ha informado al paciente de la situación en la que se encuentra y de sus perspectivas de futuro, opciones médicas, tratamientos o cuidados paliativos.
- c. El paciente ha concluido y expresado que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra y no desea que un tratamiento prolongue un proceso de dolor o sufrimiento no aceptable para su dignidad como ser humano.
- d. Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su informe por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos a los que se refieren los literales a), b) y c)

El médico podrá atender la petición de un paciente que cuente al menos con dieciocho años, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad, pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó previamente una declaración por escrito que contenga su voluntad vital anticipada para la terminación de su vida. Se aplicará por analogía los requisitos de cuidado a los que se refieren los literales anteriores.

Artículo 8.- LAS COMISIONES ZONALES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE. – El ministerio rector de la política de salud pública conformará comisiones zonales para la protección de los derechos de autonomía del paciente y la selección de sus miembros para su conformación la realizará la Comisión Nacional de Bioética en Salud.

Las comisiones zonales para la protección de los derechos de autonomía del paciente estarán compuestas por tres miembros con sus respectivos suplentes, de los cuales al menos uno deberá ser jurista delegado por el Consejo de la Judicatura, y que a la vez será presidente, un médico delegado del ministerio rector de la política pública de salud y un experto en cuestiones bioéticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto delegado de la Defensoría del Pueblo.

El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados para un periodo de seis años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de seis años.

Cada comisión tendrá una secretaria y prosecretaría, todos ellos con perfil profesional del área del Derecho, que serán nombrados por la máxima autoridad del ministerio rector de la política pública de salud. El secretario también hará las veces de asesor en las reuniones de la comisión.

Artículo 9.- COMPETENCIA DE LAS COMISIONES ZONALES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE. -

- a) La comisión juzgará en un plazo máximo de diez días si el informe del médico asesor se encuentra con la fundamentación del cumplimiento de los parámetros del artículo 7 de esta ley previo a que el sistema de salud intervenga para la asistencia de la terminación de la vida a petición del paciente.
- b) La comisión podrá solicitar al médico asesor que complemente su informe por escrito u oralmente para juzgar convenientemente el caso de solicitud.

- c) La comisión podrá convocar a una reunión de carácter reservada al médico independiente que ha verificado los requisitos del artículo 7 de esta ley para conocer detalles de la solicitud del paciente peticionario.
- d) La comisión verificará la fecha de solicitud y si se ha mantenido su voluntad en el tiempo con un período de 25 días antes de que conozca el pleno de la comisión. El médico asesor expresará si la solicitud es voluntaria, libre de la influencia de otras personas y complementará la evaluación con otros medios como conversaciones con el paciente peticionario o identificará la existencia de su voluntad anticipada escrita o registrada en la historia clínica.
- e) La comisión también es competente para remitir a la Comisión Nacional de Bioética en Salud casos ya resueltos para evaluar la actuación del profesional médico, el personal asesor médico y el médico independiente que verificará el procedimiento de consentimiento informado al paciente peticionario.
- f) La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su juicio.

Artículo 10.- RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN ZONAL. - El dictamen se aprobará por mayoría simple de votos y estén todos los miembros principales presentes.

Los miembros principales, los miembros suplentes, el secretario y el prosecretario de la comisión zonal se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio.

Artículo 11.- DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA O PASIVA. - Las denegaciones de la prestación de muerte asistida o voluntad anticipada para no recibir un tratamiento específico, deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada que incluyan los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y conste por escrito el motivo de la denegación por la comisión zonal.

Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días desde la solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de tres días una reclamación ante un juez de garantías penales para establecer que no contraviene el artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal y se continúe con el trámite de acceso al servicio médico.

Artículo 12.- REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA O PASIVA. - Una vez recibida el dictamen positivo, la realización de la prestación de muerte asistida o voluntad anticipada para no recibir un tratamiento específico, debe hacerse con el máximo cuidado por parte de los profesionales de la salud con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de muerte asistida o voluntad anticipada.

La muerte como consecuencia de la prestación de muerte asistida o voluntad anticipada para no recibir un tratamiento específico tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma para fines estadísticos internos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

El procedimiento se realizará en establecimientos de salud de tercer nivel habilitados para cuidados crónicos, respetando siempre la elección del paciente, si el procedimiento quiere que se realice en un ámbito hospitalario o ambulatorio, con un equipo multidisciplinario que incluya un médico especialista, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses.

Los centros médicos hospitalarios que realicen la prestación de muerte asistida o voluntad anticipada para no recibir un tratamiento específico adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

Artículo 13.- PRESENTACIÓN DE INFORMES. - Una vez al año, las comisiones zonales presentarán ante el ministerio rector de la política pública en salud, un informe común del trabajo realizado durante once meses.

El informe contendrá al menos:

- a. El número de casos muerte asistida a petición propia o autonomía anticipada que se les haya notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen;
- b. La naturaleza de estos casos;

c. Los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

Artículo 14.- EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA PARA LA EUTANASIA ACTIVA. – Todas las personas que residan en el Ecuador podrán establecer mediante documento escrito ante notario público su voluntad anticipada para la eutanasia activa, a partir de los 18 años y con previa consejería de las comisiones zonales para la protección de los derechos de la autonomía del paciente.

El documento de voluntad anticipada contará con un formato elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, avalado por la Defensoría del Pueblo y el Consejo de la Judicatura y deberán contar con las siguientes formalidades y requisitos:

1. Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante un notario público.
2. La comparecencia de dos testigos.
3. El nombramiento de un representante y su suplente, para velar por el cumplimiento de la voluntad de la persona firmante en los términos del propio documento.
4. La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados, su decisión de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando padezca de un sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable y, por razones médicas no pueda continuar ejerciendo la autonomía de su cuerpo.

Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada cuando es otorgado en contravención a lo dispuesto por esta Ley y esté realizado bajo influencia de amenazas contra el suscriptor o sus bienes, o contra la persona o bienes de sus parientes por consanguinidad sin limitación de grado, y por afinidad hasta el segundo grado, cónyuge o conviviente.

Artículo 15. – REVOCATORIA DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA El Documento de Voluntad Anticipada podrán ser revocados en cualquier momento mediante la manifestación de la voluntad con las mismas formalidades que señala esta Ley para su otorgamiento.

No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículo 16.- OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE Y SU SUPLENTE. - Son obligaciones del representante y llegado el caso de su suplente:

1. La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el suscriptor en el Documento de Voluntad Anticipada;
2. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;
3. La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios o modificaciones que realice el suscriptor al Documento de Voluntad Anticipada;
4. La defensa del Documento de Voluntad Anticipada o Formato, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del suscriptor y de la validez de este; y,
5. las demás que establezca el reglamento a esta ley.

Artículo 17. – CAUSAS DE EXCUSA DEL REPRESENTANTE O SUPLENTE. - Pueden excusarse de ser representantes:

1. El pleno ejercicio de su objeción de conciencia expresado en el caso;
2. Los trabajadores públicos bajo el Código del Trabajo y funcionarios públicos;
3. Los militares y policías en servicio activo;
4. Las personas que, por el mal estado habitual de salud, no puedan atender debidamente su representación;
5. Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido;
6. Las personas que tengan conflicto de intereses como administrador de sus bienes, tutores o curadores en otros temas con la misma persona; y
7. Las personas que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

Artículo 18. – CUMPLIMIENTO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA. - Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada, deberá asentar en la historia clínica de la persona peticionaria o paciente peticionario, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su conclusión, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirá el tratamiento en Cuidados Paliativos que el personal de salud correspondiente determine y el paciente que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar nuevamente recibir el tratamiento curativo como forma de revocatoria implícita.



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículo 19. - PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD. –

Las unidades de salud que realicen la prestación de eutanasia activa o pasiva adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

Con este objetivo deberán contar con sistemas de custodia de las historias clínicas de los pacientes peticionarios e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 20.- CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA EUTANASIA PASIVA. -

Si el médico asesor considera que la pérdida de la capacidad del paciente peticionario para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar una declaración anterior que conste en su historia clínica de no recibir tratamiento que se comprenda razonablemente como eutanasia pasiva.

El médico asesor ante la solicitud del representante legal de un paciente primero certificará si el paciente se encuentra o no en el pleno uso de sus facultades para expresar su consentimiento libre, voluntaria y consciente.

En el caso de que no exista el documento de voluntad anticipada podrá solicitar al representante legal documentos equivalentes legalmente reconocidos para que conozca la comisión zonal de su jurisdicción, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de eutanasia activa avoluntaria según lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho, por el médico asesor se hará conforme a los protocolos de actuación que se determine por el ministerio rector de la política pública de salud.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir, no existe un documento de voluntad anticipada ni registros de solicitud de eutanasia pasiva en su historia

clínica, los equipos médicos adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida del paciente.

DISPOSICIÓN GENERAL ÚNICA. - La información que exprese el paciente peticionario en el caso de solicitar la eutanasia activa, así como la persona que exprese mediante documento su voluntad anticipada será de carácter reservada y deberá ser manejada así por las autoridades y personas particulares que intervienen en los procesos.

Cualquier estadística deberá llevarse sin que se pueda identificar a las personas intervinientes en el cumplimiento de esta ley.

DISPOSICIONES REFORMATARIAS:

DISPOSICIÓN REFORMATORIA PRIMERA: Refórmese el segundo inciso del artículo 30 del Código Orgánico Integral Penal de la siguiente forma:

"Tampoco existe infracción penal cuando se actúa en los siguientes casos: a) Cumplimiento de una orden legítima y expresa de autoridad competente; b) Cumplimiento de un deber legal, debidamente comprobado; y, c) Cumplimiento de la voluntad del titular del bien jurídico protegido en los casos regulados por la ley".

DISPOSICIÓN REFORMATORIA SEGUNDA: En el artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal agréguese los siguientes incisos al final del artículo:

"Ningún profesional médico o equipo de salud será imputable de homicidio por el hecho de prestar asistencia médica para morir que atienda la decisión de un paciente peticionario para acceder a la eutanasia activa, bajo el deseo expresado y serio de la persona por sí mismo o a través de su representante legal, que exprese el consentimiento inequívoco, libre e informado por el padecimiento de sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible o una enfermedad que sea grave e incurable"

DISPOSICIONES TRANSITORIAS:

DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA. - En el plazo máximo de 60 días el Presidente de la República emitirá el Reglamento General a la presente ley.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA. - El Ministerio de Salud Pública en el plazo máximo de 60 días dictará el acuerdo ministerial que reglamente la selección y funcionamiento de las comisiones zonales para la protección de los derechos de



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

autonomía del paciente, así como el mecanismo para administrar y registrar la información de los documentos de voluntad anticipada, sus revocatorias o modificaciones.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA. - En el plazo máximo de 180 días el Ministerio de Salud Pública del Ecuador dictará el acuerdo ministerial correspondiente al nuevo Código de Ética Médica que considerará los precedentes de la Corte Constitucional sobre salud y vida digna, así como los más altos estándares de la bioética, mediante un proceso de socialización y participación ciudadana.

DISPOSICION DEROGATORIA ÚNICA. – Se derogan todas las normas que se opongan a la presente ley orgánica, especialmente el artículo 90 del Código de ética médica dictado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 1992.

DISPOSICIÓN FINAL. - La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.


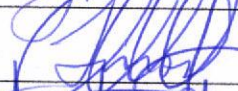
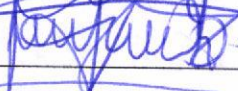
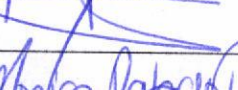
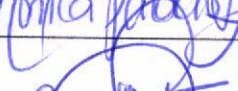



Dado y suscrito en la sede de la Asamblea Nacional, ubicada en el Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha, a los... días del mes de... de 2024

f.) Presidente

f.) Secretario General

FIRMAS DE APOYO A LA INICIATIVA DEL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Conforme al artículo 54 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa

NÚMERO	ASAMBLEÍSTA	CÉDULA	FIRMA
1	Jahirén Noriega	1721921359	
2	Alexandra Arce	0916424682	
3	Johanna Ortiz	1104184260	
4	Xavier Jacinto B.	1713408316	
5	Marica Palacios J.	0103188603	
6	Victoria Deantonio	0926047481	
7	Nataly Morillo	1718909748	
8	Johnny Tenan	1715061656	

Marim Costa 0104194903

FICHA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN INICIATIVAS LEGISLATIVAS

Nombre del Proyecto de Ley y/o reforma: PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Proponente de la iniciativa legislativa: MARCELA PRISCILA HOLGUÍN NARANJO

I. NECESIDAD DEL PROYECTO O INICIATIVA LEGISLATIVA

1. ¿Responde este proyecto de Ley y/o reforma a una necesidad jurídica?

- Dar respuesta a alguna resolución de la Corte Constitucional o instancias de organismos jurisdiccionales internacionales

2. ¿Responde este proyecto de Ley y/o reforma a una necesidad programática y/o derecho?

- Salud

3. ¿Qué normas legales vigentes se verían afectadas o deberían derogarse o reformarse con la aprobación de la norma propuesta?

Código Orgánico Integral Penal, Código de ética médica

II. ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA

4. ¿El ámbito de la propuesta de Ley y/o reforma y sus principios están previstos dentro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo?

¿A qué objetivo del PND se alinea más su contenido?

- Objetivo 6, Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad

5. ¿La propuesta de Ley y/o reforma viabiliza, apoya o complementa de alguna manera los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)?

¿A qué objetivo del Agenda 2030 se alinea más su contenido?

- Objetivo 3, Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

- Objetivo 16, Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

III. REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y PRESUPUESTARIAS

6. ¿La propuesta de Ley y/o reforma da lugar a alguna carga y/o impacto económico en:

- _Ninguno

IV. REPERCUSIONES SOCIALES

7. ¿Qué población se vería beneficiada?

- Población nacional

Otros: Persona que expresando su consentimiento inequívoco, libre e informado o a través de su representante cuando no pueda expresarlo, solicite acceder a un procedimiento de eutanasia activa por el padecimiento de sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente corporal grave e irreversible o una enfermedad que sea grave e incurablef

V. EFECTOS Y/O REPERCUSIONES POLÍTICAS

8. ¿Qué función/es y/o entidad/es se encargarán de implementar la propuesta de Ley y/o reforma?

- Función Ejecutiva

-SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS

-MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

- Función Judicial

-CONSEJO DE LA JUDICATURA

-FISCALIA GENERAL DEL ESTADO

- Función de Transparencia y Control Social

-DEFENSORIA DEL PUEBLO

- Corte Constitucional

-CORTE CONSTITUCIONAL

9. ¿Es posible identificar posibles efectos secundarios negativos, conflictividad o consecuencias no deseadas de su propuesta?

NO