



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas Escuela Profesional de Derecho

Análisis del testamento biológico a nivel iberoamericano y su viabilidad en el contexto peruano, 2024

Tesis presentada por:

Rodriguez Arroyo, Sebastian Said

ORCID: 0009-0000-8792-3809

para optar el Título Profesional de Abogado

Asesor (a):

Dra. Hurtado Reynoso, Verónica Pilar

ORCID: 0000-0002-6776-5740

Arequipa - Perú
2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DERECHO

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Marzo del 2026

Dictamen: 014458-C-EPDD-2026

Visto el borrador del expediente 014458, presentado por:

2019802041 - RODRIGUEZ ARROYO SEBASTIAN SAID

Titulado:

**ANÁLISIS DEL TESTAMENTO BIOLÓGICO A NIVEL IBEROAMERICANO Y SU VIABILIDAD EN EL
CONTEXTO PERUANO, 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

ABOGADO

**29424785 - CATACORA MOLINA MARY LUZ
DICTAMINADOR**



**40191503 - FAJARDO PASSANO PATRICIO MARCELO
DICTAMINADOR**



**29535743 - ESCARZA BENITEZ JULIO ERNESTO
DICTAMINADOR**



ANÁLISIS DEL TESTAMENTO BIOLÓGICO A NIVEL IBEROAMERICANO Y SU VIABILIDAD EN EL CONTEXTO PERUANO, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	7%	3%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María	<1%
	Trabajo del estudiante	
3	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.uns.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
5	www.coursehero.com	<1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	<1%
	Trabajo del estudiante	
7	www.abogadosdeherencias.pe	<1%
	Fuente de Internet	
8	www.wma.net	<1%
	Fuente de Internet	
9	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja	<1%
	Trabajo del estudiante	
10	qdoc.tips	<1%
	Fuente de Internet	
11	Submitted to Universidad Andina del Cusco	<1%
	Trabajo del estudiante	
12	repositorio.unprg.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
13	www.informatica-juridica.com	<1%
	Fuente de Internet	
14	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA	<1%
	Trabajo del estudiante	

Dedicatoria

Dedicada a mi alma mater, la Universidad Católica de Santa María por su excelencia académica y gran aporte a la sociedad además de a la memoria de mi querida tía Karla Verónica Arroyo Gonzales, por su incondicional apoyo.



Agradecimientos

A mis docentes, en todo este arduo proceso formativo, contribuyendo con sus enseñanzas al desarrollo de esta investigación y a mi familia, en especial a mis padres, Aigner Rodriguez Padilla y Erika Fabiola Arroyo Gonzales por el incesante apoyo recibido en todas mis etapas formativas.



RESUMEN

La presente investigación analiza la viabilidad jurídica de regular el testamento biológico en el Perú mediante un estudio de derecho comparado de las experiencias legislativas de España, Portugal, Argentina y México, incorporando además consideraciones constitucionales, bioéticas, sociales y culturales propias del contexto peruano; se desarrolla con enfoque cualitativo, de tipo exploratorio y comparativo, utilizando el método dogmático-jurídico y el análisis documental de normas, doctrina especializada y estándares internacionales de derechos humanos y bioética. El estudio comparado evidencia que la eficacia de las directivas anticipadas en los países examinados se sustenta en tres ejes replicables: la formalización escrita con garantías de autenticidad, capacidad y libre manifestación de voluntad; la existencia de registros nacionales o sistemas de inscripción accesibles al personal sanitario para consulta oportuna; y la designación de un representante sanitario que actúe como garante de la voluntad del paciente. En el caso peruano, se identifica un vacío normativo relevante, pues si bien se reconoce de forma general el derecho del paciente a aceptar o rechazar tratamientos, no existe un procedimiento específico que permita expresar y hacer exigible esa voluntad de manera anticipada, lo que incrementa la incertidumbre y los conflictos en decisiones clínicas de fin de vida. En consecuencia, la tesis concluye que la regulación del testamento biológico es jurídicamente viable y necesaria en el Perú, siempre que se adecúe al marco constitucional y se diseñe con sensibilidad frente a la diversidad sociocultural del país, además, propone lineamientos para un anteproyecto de ley de directivas anticipadas que incorpore dichos mecanismos, junto con recomendaciones de implementación orientadas a la creación de un registro nacional interoperable, el despliegue de campañas de sensibilización ciudadana y la capacitación dirigida a profesionales de la salud y del derecho, a fin de asegurar una aplicación efectiva del instrumento como garantía de la dignidad humana, la autonomía del paciente y el derecho a una muerte digna.

Palabras claves:

Testamento biológico, directivas anticipadas, derecho comparado.

ABSTRACT

This research analyzes the legal feasibility of regulating the living will (advance healthcare directive) in Peru through a comparative law study of the legislative experiences of Spain, Portugal, Argentina, and Mexico, while also incorporating constitutional, bioethical, social, and cultural considerations specific to the Peruvian context; it follows a qualitative, exploratory, and comparative approach, using the legal-dogmatic method and documentary analysis of legislation, specialized doctrine, and international human rights and bioethics standards. The comparative findings show that the effectiveness of advance directives in the examined countries rests on three transferable pillars: written formalization with safeguards for authenticity, capacity, and free and informed will; the existence of national registries or registration systems accessible to healthcare professionals for timely consultation; and the designation of a healthcare representative who ensures compliance with the patient's expressed wishes. In Peru, a significant regulatory gap is identified: although the legal framework generally recognizes the patient's right to accept or refuse medical treatment, it lacks a specific procedure to express and enforce such will in advance, increasing uncertainty and conflict in end-of-life clinical decision-making. Accordingly, the thesis concludes that regulating the living will in Peru is both legally viable and necessary, provided it is aligned with the constitutional framework and designed with sensitivity to the country's sociocultural diversity, and it proposes guidelines for a draft law on advance healthcare directives that incorporates these mechanisms, together with implementation recommendations focused on creating an interoperable national registry, conducting public awareness campaigns, and training healthcare professionals and legal practitioners to ensure the effective application of the instrument as a guarantee of human dignity, patient autonomy, and the right to die with dignity.

Key words:

Living will, advance directives, comparative law.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I.....2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....2

1. Descripción del problema3

2. Objetivos.....4

3. Hipótesis4

4. Justificación.....4

CAPÍTULO II:10

MARCO TEÓRICO10

1. Estado del arte.....11

2. Bases teóricas18

CAPÍTULO III:.....46

METODOLOGÍA46

1. Enfoque.....47

2. Nivel47

3. Diseño.....48

4. Método49

5. Unidades de estudio50

6. Técnicas e instrumentos50

7. Procedimientos.....51

8. Aspectos éticos52

CAPÍTULO IV:54

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....54

1. Fundamentos jurídicos del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina55

2. Formalidades jurídicas del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina57

3. Cuadro comparativo de formalidades:.....61

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....70

CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS	85



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cuadro comparativo de formalidades.....	62
--	----



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	90
Anexo 2: Cuadro comparativo	91



INTRODUCCIÓN

En un escenario de transformaciones constantes, donde la ciencia y la medicina avanzan con una velocidad que a veces sobrepasa la discusión pública, se abren —casi inevitablemente— nuevas interrogantes éticas y jurídicas sobre la autonomía y los derechos de los pacientes. Este debate se vuelve especialmente sensible cuando la persona atraviesa una situación de incapacidad para decidir sobre su propio tratamiento, ya sea por una condición terminal o por una discapacidad permanente que limita, de manera significativa, su posibilidad de expresar una voluntad actual.

En ese punto, el testamento biológico se vuelve especialmente relevante como herramienta jurídica; permite que una persona deje constancia, con anticipación, de los cuidados y tratamientos que desea aceptar o rechazar si llega un momento en el que decidir ya no sea posible. No es un asunto menor. En el fondo, lo que sostiene este instrumento es una idea muy humana; que la dignidad no quede en suspenso cuando el cuerpo o la conciencia ya no responden como antes. En el Perú, sin embargo, la ausencia de una regulación específica deja este asunto en un terreno normativamente incierto, y esa indefinición no es inocua; abre espacio a dilemas éticos, a tensiones familiares y a decisiones clínicas que, por falta de reglas claras, pueden terminar apartándose de lo que el propio paciente habría querido.

A partir de esta problemática, el proyecto se apoya en el derecho comparado para mirar de cerca cómo han regulado el testamento biológico España, Portugal, México y Argentina, y así detectar coincidencias, diferencias de fondo y tendencias que vienen tomando fuerza. Con ese mapa en la mano, el objetivo es evaluar si el Perú puede construir su propio marco normativo; no una copia automática de modelos ajenos, sino una regulación pensada con criterio jurídico y con atención real a nuestras particularidades legales, éticas, culturales y sociales.

En esa misma línea, la investigación aspira a aportar fundamentos útiles para el diseño de políticas públicas orientadas a fortalecer la autonomía del paciente, de modo que su voluntad sea reconocida y efectivamente observada en momentos críticos, y que la atención médica permanezca alineada con sus valores, convicciones y decisiones previamente expresadas. En última instancia, esta tesis no solo pretende visibilizar un vacío normativo dentro del sistema jurídico peruano, sino también abrir —con serenidad y rigor— un debate que el país necesita; el de la dignidad humana y el derecho a decidir en escenarios de alta complejidad médica, donde lo jurídico y lo profundamente personal se encuentran, sin escapatoria, cara a cara.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Descripción del problema

La problemática que pretendo abordar con el testamento biológico nace, sobre todo, en esos momentos en que la medicina exige decidir con rapidez, pero el paciente ya no puede hacerlo por sí mismo. Cuando una situación de inconsciencia o incapacidad de hecho le impide expresar su voluntad, las decisiones sobre tratamientos y cuidados quedan en manos de terceros, y ahí es donde aparecen tensiones éticas y jurídicas que no siempre se resuelven respetando lo que la persona habría querido. En muchos casos, los individuos pueden enfrentarse a enfermedades graves, accidentes o condiciones que les impiden comunicar su voluntad y preferencias en cuanto a tratamientos médicos futuros. Dicha falta de comunicación puede generar conflictos éticos, emocionales y legales para los profesionales de la salud y más aún para los familiares, así como dar lugar a intervenciones médicas que el paciente no habría deseado.

Además, en el contexto peruano, donde no existen disposiciones legales claras sobre la toma de decisiones en estas circunstancias, suelen presentarse discrepancias entre los familiares, los médicos y otras personas involucradas, lo que puede resultar en disputas, dilemas éticos y decisiones poco acertadas para el bienestar del paciente.

En ese punto, el testamento biológico se vuelve una herramienta legal especialmente útil; permite que la persona deje por escrito, con anticipación, su voluntad y sus preferencias sobre tratamientos médicos para el caso de una futura discapacidad que le impida decidir. Al fijar instrucciones claras —y, en la medida en que el marco normativo lo permita, con efectos vinculantes— ayuda a recortar la incertidumbre y a prevenir conflictos justo en los momentos más delicados, cuando la urgencia clínica y la carga emocional suelen desordenar cualquier decisión. Y su valor va más allá de lo práctico; refuerza la dignidad humana, porque orienta la atención sanitaria hacia lo que el paciente realmente quiso, no hacia lo que otros creen, interpretan o suponen en su nombre.

Durante los últimos cinco años se ha consolidado una tendencia regional hacia la formalización de las directivas anticipadas; al menos siete países latinoamericanos cuentan hoy con un registro nacional operativo y protocolos de consulta clínica, lo que confirma la expansión de este derecho y su pertinencia para la agenda biojurídica peruana (Buedo, 2023).

Entonces, surge una cuestión central; ¿de qué manera el análisis comparado de la regulación del testamento biológico en países de Iberoamérica puede esclarecer sus puntos de encuentro, sus diferencias y los principales desafíos que enfrentan estos sistemas al momento de ordenar la toma de decisiones médicas cuando el paciente se encuentra en situación de discapacidad? Y, sobre esa base, ¿cómo puede ese aprendizaje orientar, en el caso peruano, el diseño de políticas públicas y de un marco normativo que proteja efectivamente la voluntad del paciente y asegure una atención sanitaria coherente con sus deseos, convicciones y valores?

2. Objetivos

2.1 Objetivo Principal:

- Explorar y analizar la viabilidad de regular el testamento biológico en el Perú mediante un estudio de derecho comparado de las experiencias legislativas de España, Argentina, México y Portugal, considerando su compatibilidad con el marco jurídico peruano y los elementos bioéticos, sociales y culturales propios de la realidad nacional.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los fundamentos jurídicos del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina.
- Comprender la regulación sobre las formalidades jurídicas del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina.
- Analizar el estado actual de la regulación testamentaria de este tema en el Perú.

3. Hipótesis

Dada la naturaleza exploratoria de la presente investigación, no es necesario precisar una hipótesis en el presente trabajo de investigación.

4. Justificación

4.1 Relevancia académica

La presente investigación llena un vacío evidente en la literatura peruana sobre directivas anticipadas, al ofrecer una comparación longitudinal y multivariable de los marcos vigentes en España, Portugal, México y Argentina entre 2002 y 2024. Frente a los estudios locales que se han limitado a resúmenes descriptivos, este trabajo propone

una matriz analítica inédita que cruza tres variables —formalización autenticada, registro electrónico interoperable y representación sanitaria— con indicadores de eficacia (tiempos de localización, conflictos reportados y litigios). Esa matriz no solo robustece el enfoque comparado en derecho médico-sanitario latinoamericano, sino que también ofrece un modelo replicable para futuras tesis y artículos que aborden la regulación de la autonomía del paciente en otros órdenes jurídicos.

Además, al entrelazar de forma deliberada el derecho comparado, la bioética y el análisis de políticas públicas, la tesis no se queda en la discusión normativa “pura”, sino que construye un marco teórico realmente interdisciplinario; conecta los principios de dignidad y autonomía con lo que ocurre —y se decide— en la práctica clínica. En esa misma línea, la ruta metodológica que se propone (un diseño transversal, con una ventana histórica claramente delimitada y criterios de exclusión formulados desde el inicio) suma rigor y hace visible el proceso de investigación, algo que en trabajos jurídicos de corte normativo no siempre se valora como corresponde. En conjunto, el estudio busca aportar al debate académico latinoamericano con evidencia organizada y una conceptualización más fresca sobre un tema que, en el Perú, todavía está en etapa de construcción.

Adicionalmente, el enfoque exploratorio de esta investigación tiene un valor práctico que no es menor; permite dejar instaladas bases conceptuales y, sobre todo, un camino metodológico para estudios futuros sobre el testamento biológico en el Perú. Al revisar experiencias legislativas ya consolidadas y someterlas a una lectura crítica desde nuestra realidad jurídica, bioética y sociocultural, el trabajo no pretende “cerrar” el tema, sino abrirlo con orden. Por eso mismo, habilita investigaciones posteriores —empíricas, socio jurídicas y constitucionales— que puedan medir percepción ciudadana, observar cómo se resuelven estos casos en la práctica clínica y evaluar el impacto institucional de las directivas anticipadas. En esa medida, la tesis no solo alimenta el debate normativo; también funciona como punto de partida para construir, de manera progresiva, una agenda académica nacional sobre derechos del paciente y toma de decisiones al final de la vida.

4.2 Relevancia jurídica

En el Perú, la Ley General de Salud reconoce —en términos generales— el derecho del paciente a aceptar o rechazar tratamientos; sin embargo, no desarrolla un procedimiento claro para otorgar, registrar y hacer exigibles las directivas anticipadas. Ese “silencio”

normativo termina creando un vacío que, en la práctica, deja a pacientes, médicos y familiares expuestos a desacuerdos de interpretación y, en escenarios críticos, a controversias que incluso pueden derivar en cuestionamientos por mala praxis o por posible afectación de derechos fundamentales. Por eso, mirar de cerca la experiencia de España, Portugal, México y Argentina resulta útil; en esos ordenamientos suele incorporarse la formalización escrita, algún tipo de registro público y la figura del representante, mecanismos que han demostrado aportar seguridad y eficacia a la voluntad anticipada del paciente. Ahora bien, conviene matizar el caso español; la convivencia de una norma estatal básica con diecisiete regulaciones autonómicas ha producido un nivel de fragmentación que puede debilitar la eficacia “extraterritorial” del documento; de hecho, la doctrina reciente advierte que esa dicotomía debería corregirse mediante criterios uniformes de inscripción y consulta electrónica, precisamente para proteger la seguridad jurídica tanto de pacientes como de profesionales (Ortiz, 2024).

Este aporte cobra especial peso en el plano constitucional. En el Perú, la jurisprudencia ha afirmado con claridad la dignidad humana y la autonomía personal como principios estructurantes del ordenamiento, pero todavía no existe un pronunciamiento que delimite su alcance concreto cuando se trata de decisiones vinculadas al fin de vida. En ese escenario, la tesis no se queda en la crítica; plantea un anteproyecto de ley que dialoga con modelos comparados y se apoya en estándares de derechos humanos — como la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Observación General N° 14 del Comité DESC—, ofreciendo insumos técnicos útiles tanto para el trabajo legislativo como para la futura argumentación ante el Tribunal Constitucional. Con ello, se aprecia una hoja de ruta normativa para el Perú, capaz de integrar garantías sustantivas, mecanismos de supervisión y procedimientos que resulten compatibles con nuestra normativa jurídica.

4.3 Relevancia social

Los estudios publicados en 2024 sobre la Ciudad de México describen un perfil bastante elocuente de quienes recurren a la voluntad anticipada —por ejemplo, se ha reportado que predominan mujeres mayores de sesenta años y que el registro capitalino ya concentra decenas de miles de inscripciones—, lo que no solo revela la demanda social del instrumento, sino también la urgencia de estrategias de difusión y acompañamiento especialmente dirigidas a grupos etarios vulnerables (Moncaleano Sáenz, 2024). En contraste, cuando no existe una ley de directivas anticipadas, la decisión sobre tratamientos invasivos o medidas de soporte vital puede terminar desplazándose —a

veces con angustia y sin claridad— hacia familiares que no conocen con certeza lo que el paciente hubiera querido; y ahí aparecen, casi inevitablemente, tensiones médico-familiares, intervenciones desproporcionadas, sobrecostos y un cuidado que se aleja de los valores personales que deberían guiar el final de la vida. La experiencia comparada sugiere que contar con formalización escrita, designación de un representante y mecanismos de registro/consulta (como ocurre en la regulación local de la Ciudad de México) aporta trazabilidad, reduce decisiones improvisadas en el momento crítico y favorece una atención más alineada con los objetivos del paciente.

Asimismo, la propuesta parte de un dato que en el Perú no se puede ignorar; somos un país diverso en lo cultural y también en lo religioso. Precisamente por eso, permitir que cada persona deje expresado —antes de una situación crítica— su propio sistema de valores y preferencias frente a la atención médica no impone una sola visión sobre la vida o la muerte, sino que reconoce la pluralidad y, con ello, puede fortalecer la confianza en las instituciones sanitarias. A la vez, contar con reglas previsibles disminuye la carga emocional (y muchas veces económica) que recae sobre quienes cuidan, porque reduce discusiones y decisiones improvisadas en momentos de alta tensión. En el fondo, se promueve una cultura de planificación anticipada más madura, que ayuda a sostener la cohesión familiar y aporta al bienestar colectivo.

4.4 Análisis Comparativo Internacional:

El estudio comparativo con países de Iberoamérica como España, Portugal, México y Argentina es fundamental para identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas que puedan ser aplicadas en el contexto nacional peruano. Estos países ya cuentan con regulaciones sobre el testamento biológico que han demostrado ser efectivas en varios aspectos. Por lo que se debe analizar cómo han abordado las cuestiones legales, éticas y prácticas asociadas al testamento biológico para así proporcionar un marco valioso para una eventual propuesta legislativa en el Perú.

4.5 Marco Legal Actual en Perú:

En el Perú, hablar de decisiones médicas al final de la vida todavía significa moverse en un terreno poco delimitado. No porque falten principios, sino porque faltan reglas operativas: ¿quién decide, con qué documento, en qué momento y con qué garantías? Esa ausencia de un marco específico no se queda en el plano académico; en la práctica, instala incertidumbre en el paciente y su entorno, y deja al personal de salud actuando muchas veces entre la urgencia clínica y el riesgo legal. Y en ese margen de duda,

pueden terminar indicándose tratamientos que buscan “hacer lo correcto”, pero que no necesariamente coinciden con la voluntad auténtica del paciente. Por eso, una ley que regule el testamento biológico tendría un efecto directo sobre ese vacío, dar reglas claras y ofrecer protección legal a todas las partes involucradas, con el objetivo de que la atención médica sea coherente con la decisión anticipada y los valores de la persona.

4.6 Promoción del Derecho a la Autonomía de la Voluntad:

El testamento biológico se apoya en un eje que, en el derecho, es difícil discutir; la autonomía de la voluntad. En términos sencillos, este principio reconoce que cada persona tiene la capacidad —y el derecho— de tomar decisiones libres y conscientes sobre su propia vida, y eso incluye, de manera muy directa, todo lo que toca su salud y su bienestar. Por eso, dentro del testamento biológico, la autonomía adquiere un peso particular; permite que el individuo deje expresados, con anticipación, sus deseos y preferencias sobre los tratamientos médicos que estaría dispuesto a recibir o a rechazar si llega a una situación de enfermedad terminal o de discapacidad que le impida decidir en ese momento.

4.7 Aspectos Éticos y Culturales:

La investigación no puede limitarse al plano normativo; también tiene que mirar, con seriedad, los factores éticos y culturales propios del Perú. La manera en que se comprende la muerte —y, por extensión, cómo se toman decisiones al final de la vida— no es uniforme; cambia según la región, la comunidad, las tradiciones familiares y las creencias religiosas o espirituales. Por eso, una propuesta legislativa responsable debe ser sensible a esa diversidad y prever espacios reales de consulta y participación ciudadana, no como un trámite, sino como una garantía de legitimidad. Solo así la norma tendría posibilidades de ser inclusiva y de reflejar, de la forma más certera posible, los valores y convicciones que identifican a la sociedad peruana.

4.8 Contribución Académica y Profesional:

Esta investigación tiene un valor académico que se siente, porque no se limita a describir normas; aporta al derecho comparado y a la bioética al analizar cómo distintos sistemas han intentado proteger la voluntad del paciente en escenarios de alta vulnerabilidad. Y, en el plano profesional, su utilidad es concreta; puede funcionar como una guía de referencia para legisladores, personal de salud y abogados vinculados al derecho médico, ofreciendo criterios y orientaciones aplicables para diseñar, interpretar y aplicar un marco de directivas anticipadas en el contexto peruano. Además,

contribuirá en gran medida al debate público sobre cómo debemos manejar las decisiones al final de la vida en un mundo cada vez más complejo y tecnológico que nos ofrece un abanico amplio de opciones.

4.9 Delimitación del estudio

El análisis comparado se circunscribe a España, Portugal, México y Argentina, países que han promulgado leyes específicas sobre directivas anticipadas entre 2002 y 2024 y disponen de registros operativos que garantizan la consulta clínica en tiempo real. La selección se justifica por dos motivos que se complementan. Primero, se trata de países insertos en un entorno jurídico civilista comparable al peruano, lo que hace más viable trasladar —con las debidas adaptaciones— categorías y técnicas normativas. Segundo, en estos casos existe un volumen apreciable de desarrollo doctrinal y evidencia empírica, suficiente para analizar resultados, identificar buenas prácticas y evaluar con mayor solidez qué elementos podrían funcionar en el contexto nacional.

El estudio se enmarca en un tramo temporal claramente delimitado; toma como punto de partida la Ley 41/2002, de 14 de noviembre del mismo año, sobre autonomía del paciente, y fija como fecha de cierre el 1 de enero de 2024, corte que además se alinea con la sustentación prevista de esta tesis. Con ello, el análisis gana orden y coherencia, porque permite seguir la evolución normativa desde su momento fundacional hasta su desarrollo más reciente. Ese marco temporal no solo ordena el análisis, sino que deja ver con claridad dos momentos: una primera etapa de adopción normativa (2002–2012) y una segunda de consolidación y ajustes (2013–2024). Con ello, se obtiene una lectura más “en perspectiva”, capaz de seguir la evolución de la regulación y apreciar —con mayor fineza— cómo se proyecta en la práctica y en sus efectos.

Se dejan fuera los países iberoamericanos que aún carecen de una ley específica o se encuentran en fase de anteproyecto. De este modo se evita comparar marcos normativos heterogéneos por grado de madurez y se concentra el enfoque en modelos consolidados que ofrecen evidencia verificable para su eventual adaptación al contexto peruano.



CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO

1. Estado del arte

El tema propuesto en la presente investigación constituye una novedad en el ámbito jurídico peruano, lo que lo sitúa en el marco de una investigación exploratoria. Para ello, se revisarán los estudios previos que abordan específicamente el testamento biológico en el contexto latinoamericano, son escasos; sin embargo, se hallan aportes teóricos y empíricos relacionados con la autonomía de la voluntad y las directrices anticipadas con marcadas diferencias en su aplicación. Este enfoque permite establecer un puente entre conceptos fundamentales del derecho y la práctica médica contemporánea.

Cabeza de Vaca Pedrosa (2017) plantea el derecho a morir con dignidad desde un anclaje operativo, no meramente teórico: las voluntades anticipadas (VA). En su enfoque, allí se concreta la autonomía, porque permiten que el paciente —mientras conserva plena capacidad— deje establecidas decisiones sobre tratamientos que aceptaría o rechazaría ante un escenario terminal. De ese modo, la voluntad no se “apaga” cuando la persona ya no puede expresarse, y la actuación médica no queda determinada solo por lo técnicamente disponible, sino por lo que resulta razonable para ese paciente según sus valores y convicciones.

Bajo esa lógica, las voluntades anticipadas (VA) no son solo un “documento”, sino un parámetro ético para orientar la actuación sanitaria cuando la tecnología abre más opciones de intervención que las que, necesariamente, tienen sentido para el paciente. En su lectura teórico-analítica, sustentada en literatura ética y bioética, Cabeza de Vaca Pedrosa (2017) sostiene que estas directrices cumplen una doble función: primero, protegen derechos fundamentales al mantener operativa la autonomía cuando la persona ya no puede expresar su decisión; y segundo, humanizan la práctica clínica, porque obligan a que las decisiones terapéuticas se ajusten a la voluntad personal —y no solo a la inercia de “hacer todo lo posible”— en escenarios de máxima vulnerabilidad. Por eso concluye que un derecho a morir con dignidad respaldado por VA representa un avance relevante: preserva la dignidad al asegurar un margen de control sobre un tramo íntimo y decisivo de la existencia.

Mi investigación se instala en otro terreno: el peruano, donde el problema no es tanto justificar el concepto como volverlo viable. Aquí todavía hay vacíos normativos que, en la práctica, dejan a pacientes, familias y equipos médicos tomando decisiones sin un marco claro que ordene responsabilidades, procedimientos y garantías. Y eso vuelve

más áspera la discusión: “muerte digna” deja de ser una consigna y se convierte en una pregunta incómoda sobre cómo se sostiene la autonomía cuando la fragilidad es máxima. A esto se añade una barrera jurídica directa: el Código Penal mantiene tipificada la figura del “homicidio piadoso” (Art. 112), lo que evidencia que el país carece de una regulación sanitaria específica capaz de encauzar estas decisiones con procedimientos, controles y seguridad jurídica.

Este debate, además, ya no es puramente teórico. Porque cuando Ana Estrada recibió la eutanasia el 21 de abril de 2024, el debate salió de las mesas. Ahí se vio con claridad que las categorías jurídicas no viven solo en la norma: trazan límites, habilitan o restringen actuaciones institucionales y, en última instancia, condicionan decisiones que atraviesan la vida cotidiana de las personas. Con ese antecedente como telón de fondo, la tesis plantea un análisis crítico de las reformas que el Perú tendría que asumir para construir un sistema de directrices anticipadas propio: no un “trasplante” automático de modelos comparados, sino una regulación coherente con el marco constitucional y, al mismo tiempo, sensible a las particularidades culturales y sociales del país, orientada a fortalecer la protección de derechos en contextos de especial vulnerabilidad.

Sobre el derecho a una muerte digna, (Elguera Somocurcio, 2016) señala que el derecho a morir dignamente es una manifestación del respeto a la autonomía y dignidad de toda persona a determinar las condiciones y el momento de su muerte, especialmente en situaciones de enfermedad terminal o gran sufrimiento. Desde esa perspectiva, el derecho consiste en reconocerle a la persona la facultad de determinar libre y conscientemente las circunstancias de su muerte —y, en ciertos casos, incluso el momento— en situaciones como enfermedad terminal o gran sufrimiento. Su análisis, de corte teórico-normativo y apoyado en principios bioéticos y jurídicos, muestra cómo algunos Estados han ido incorporando este derecho como una consecuencia coherente del reconocimiento de la autodeterminación personal. En esa línea, sostiene que abrir espacio a la decisión del paciente no es solo una opción moralmente plausible, sino una forma concreta de hacer operativos los principios de autonomía y dignidad, de modo que la persona conserve el control de sus decisiones precisamente cuando más frágil es su situación; por eso lo describe como un “imperativo ético y jurídico” orientador de una medicina respetuosa de la voluntad del paciente. Mi investigación, sin embargo, aterriza el problema en un terreno distinto: el del sistema de salud peruano, donde no existe un marco normativo específico que respalde y encauce este derecho, lo que

vuelve difícil —y a veces incierta— su implementación. Mientras Elguera trabaja con el derecho a morir dignamente como un concepto ya consolidado en experiencias comparadas, este estudio se concentra en identificar y explicar por qué, en el Perú, su reconocimiento tropieza con barreras legales, culturales y sociales que siguen condicionando el debate y frenando su desarrollo. Este análisis busca arrojar luz sobre las dificultades inherentes a su implementación y, a partir de ello, planteo reformas normativas que no solo amparen la dignidad y la autonomía de los pacientes en las etapas más delicadas de su existencia, sino que también impulsen un sistema de salud que sea más accesible, éticamente consciente y alineado con los valores universales de los derechos humanos, colocando al individuo en el centro de todas las decisiones.

Para Yarleque-Cardoza (2016), el testamento biológico destaca por una razón muy concreta: le devuelve al paciente la posibilidad de decidir, incluso cuando ya no pueda hacerlo en el momento crítico. Al permitir que la persona deje fijada con anticipación —de manera libre y consciente— su posición frente a determinados tratamientos, este instrumento se convierte en una garantía práctica de autonomía y, a la vez, en una expresión coherente de la muerte digna. La atención médica, bajo esta lógica, no debería avanzar por simple rutina o “por inercia”, sino alinearse con los valores y preferencias del propio paciente, aunque ello suponga rechazar intervenciones que solo prolonguen el sufrimiento sin un beneficio proporcional.

Desde una mirada descriptiva y doctrinal, la autora revisa los fundamentos bioéticos y normativos que dan sustento a estas directivas y deja planteado un punto esencial: su valor se expresa en dos dimensiones complementarias. De un lado, resguarda la autodeterminación del paciente; del otro, orienta la práctica clínica hacia estándares más éticos y genuinamente humanos, precisamente porque reduce la tendencia a aplicar tratamientos desproporcionados que pueden terminar afectando la dignidad personal. Bajo esa misma lógica, el testamento biológico opera como un punto de encuentro entre lo clínico y lo personal: permite que las decisiones médicas conserven coherencia con la trayectoria vital, las convicciones y las prioridades del paciente, consolidando un modelo de atención más integral y respetuoso.

El contraste es claro y marca el lugar desde el que trabajo. Yarleque-Cardoza analiza el testamento biológico como una figura que ya funciona en experiencias comparadas; mi investigación, en cambio, parte del caso peruano y del “nudo” que todavía lo mantiene

atado: barreras culturales, sociales y jurídicas que frenan su incorporación real. Por eso, el propósito no se queda en enumerar dificultades. La apuesta es más práctica: identificar qué cambios normativos podrían ser viables para proteger efectivamente la autonomía del paciente y empujar, con bases sólidas, un sistema de salud más humano, éticamente coherente y alineado con estándares de derechos humanos.

Forero (2019) entiende las voluntades anticipadas como una forma de “dejar hablado” lo que el paciente querría que ocurra si, llegado el momento, pierde la capacidad de decidir. Se trata de establecer de manera consciente y previa la posición frente a ciertos tratamientos médicos, para que la atención no quede librada únicamente a la urgencia o a la voluntad de terceros. En el fondo, el eje es la autonomía: mantener la coherencia entre la actuación clínica y los valores y preferencias personales del individuo, incluso cuando ya no pueda expresarlos directamente.

Ahora bien, Forero (2019) también es claro en algo que a veces se pasa por alto: el instrumento no funciona solo por existir. Su implementación tropieza con obstáculos frecuentes —formación insuficiente del personal médico, falta de registros centralizados y barreras culturales que frenan su aceptación— y, si esos problemas no se corrigen, lo que promete en teoría puede volverse ineficaz en la práctica. Aun así, el balance que propone es consistente: cuando las voluntades anticipadas se integran de forma adecuada, reducen conflictos éticos y disputas familiares, facilitan la planificación de cuidados paliativos y aumentan la probabilidad de que las decisiones clínicas reflejen, con mayor fidelidad, lo que el paciente realmente prefiere.

En esa línea, el punto no es solo “tener” el instrumento en el papel, sino conseguir que funcione en la práctica. Forero (2019) insiste en que la viabilidad pasa por dos frentes muy concretos: fortalecer la capacitación del personal sanitario y desarrollar políticas públicas que faciliten su integración real en los sistemas de salud, especialmente en países donde aún no existe una regulación específica. Entendidas de ese modo, las voluntades anticipadas no quedan como una protección meramente declarativa; más bien orientan la atención sanitaria hacia un enfoque ético y genuinamente humano, coherente con los principios nucleares de la bioética y con el respeto real —no solo retórico— a la persona.

Moreno Morejón (2020) se aproxima al testamento biológico —o voluntad anticipada—

con una mirada amplia: lo reconstruye desde su trayectoria histórica y lo sitúa, al mismo tiempo, en el plano jurídico y ético del contexto ecuatoriano. En su planteamiento, no es un documento “más”, sino un instrumento que permite que el paciente, mientras conserva plena capacidad legal, deje tomadas decisiones sobre tratamientos médicos para el caso de que, más adelante, una discapacidad le impida decidir. Esa posibilidad se sostiene en la autonomía de la voluntad y en el enfoque de derechos humanos, y por eso el autor lo conecta de forma natural con el consentimiento informado y la autodeterminación del paciente. En lo metodológico, Moreno Morejón (2020) no se apoya en trabajo de campo, sino en una estrategia analítico-argumentativa basada en revisión bibliográfica: toma literatura especializada, la organiza y la usa para sostener una postura jurídica y bioética. Con esa base, el autor refuerza el argumento con dos apoyos bien distintos: por un lado, recurre a antecedentes “emblemáticos” que ordenan el debate y marcan puntos de inflexión —como el caso Cruzan en Estados Unidos—; por otro, incorpora referentes normativos e institucionales ya en funcionamiento, que muestran cómo la voluntad anticipada deja de ser una declaración teórica y se vuelve operativa, como el Registro Nacional de Instrucciones Previas de España. El resultado es un razonamiento compacto y verificable: Moreno Morejón (2020) no defiende el testamento vital solo en el plano de los principios, sino que lo sostiene con una arquitectura tripartita —discusión doctrinal, casos paradigmáticos y mecanismos normativos aplicados— para explicar tanto su factibilidad como las condiciones mínimas que harían posible su implementación real. Sus hallazgos apuntan a un dato clave: aun cuando Ecuador carece de una ley específica sobre voluntades anticipadas, la implementación no queda “bloqueada”, porque puede apoyarse en disposiciones constitucionales y reglas dispersas que reconocen autonomía, dignidad y derechos del paciente. Desde ahí, el autor remata con una conclusión práctica —más que retórica—: si se quiere que la voluntad anticipada sea respetada y no se diluya en la urgencia clínica, hacen falta dos pilares mínimos: un registro nacional que vuelva consultable y verificable la directiva, y capacitación del personal médico para que sepa identificarla, interpretarla y aplicarla. Solo así, sostiene, el instrumento deja de ser un documento declarativo y se convierte en una garantía efectiva de atención digna, centrada en la autodeterminación del paciente, especialmente en escenarios críticos.

Carreño Zúñiga (2019) pone la lupa en una pregunta bastante puntual, pero decisiva: ¿con qué fundamentos jurídicos podría incorporarse el testamento vital al Código Civil

peruano, sobre todo pensando en pacientes con enfermedades terminales? Para responderla, desarrolla un estudio descriptivo y explicativo que cruza tres fuentes —jurisprudencia, entrevistas a especialistas del ámbito legal y revisión documental— y llega a una idea matriz: el testamento vital permite que la persona deje fijada, con anticipación, su voluntad respecto de los tratamientos que aceptaría o rechazaría si, llegado el momento, ya no tuviera capacidad para decidir por sí misma.

El sustento que propone se apoya en dos pilares que atraviesan todo el debate: la autonomía y el derecho a una muerte digna. Bajo esa lógica, el testamento vital no solo ordena la toma de decisiones en momentos críticos, sino que obliga a que la actuación médica se mantenga coherente con los valores y deseos del paciente, evitando intervenciones innecesarias o desproporcionadas que únicamente prolonguen el sufrimiento. Los resultados evidenciaron que, mientras países como España y Estados Unidos cuentan con normativas que regulan esta figura, el Perú aún carece de un marco legal que respalde su implementación; a ello Carreño enfatizó la necesidad de implementar el testamento biológico en la legislación peruana, como una medida para evitar el sufrimiento prolongado de las personas, salvaguardando la voluntad de los pacientes y promoviendo una atención médica ética, respetuosa y acorde con los derechos humanos. Además, propuso el diseño de un marco normativo que establezca registros centralizados y procedimientos específicos, haciendo eficiente y efectivo este instrumento en el sistema de salud del país.

Pascual (2021) examina las voluntades anticipadas —también conocidas como testamento vital o instrucciones previas— desde un cruce ético, deontológico y jurídico, mirando de cerca el caso español y poniéndolo en contraste con la experiencia de Estados Unidos. La idea de fondo es clara: más que un documento “conveniente”, se trata de un mecanismo que permite dejar fijadas decisiones médicas para el supuesto de discapacidad, de modo que la autonomía y los derechos fundamentales del paciente no se diluyan justo cuando ya no puede decidir en el momento. Bajo ese enfoque, los autores sostienen que estas directivas deben asumirse a la vez como un derecho del paciente y como un deber ético-legal para el profesional de salud, siempre dentro de los límites que marque el ordenamiento.

Lo interesante es que, pese a contar con un marco normativo sólido en España, Pascual (2021) advierte que la práctica no siempre acompaña a la norma: persisten barreras

culturales que frenan su uso y, además, no es infrecuente que los profesionales no consulten los registros disponibles, lo que debilita la eficacia del instrumento justo cuando más se necesita. Por ello, el estudio enfatiza dos tareas prioritarias: mejorar la capacitación del personal médico y fortalecer registros centralizados que sean realmente accesibles y operativos. En conclusión, para que este mecanismo funcione con plenitud, resulta indispensable impulsar una sensibilización más amplia —tanto social como profesional— que coloque en el centro el respeto efectivo por la decisión del paciente y la calidad de vida en la etapa final.

Chaverra Castellar (2022) baja el tema a la práctica cotidiana y se pregunta algo muy concreto: ¿qué tanto conocen, de verdad, las y los enfermeros sobre las voluntades anticipadas? Con un estudio observacional y analítico aplicado a 50 profesionales de enfermería en servicios de oncología en Colombia, el autor utiliza un cuestionario para medir ese nivel de comprensión. Los hallazgos muestran un panorama desigual: predomina un conocimiento medio (70 %), mientras que una minoría alcanza un nivel alto (26 %); además, aparece una relación significativa entre la formación de posgrado y una mejor comprensión de este instrumento. Lo más revelador es que, aun estando normadas en Colombia, las voluntades anticipadas tropiezan con obstáculos que no son jurídicos sino operativos: el desconocimiento del personal sanitario sobre su contenido, el marco legal aplicable y los procedimientos concretos para implementarlas. De ahí que los autores pongan el acento en una necesidad urgente: fortalecer la formación académica y la sensibilización del personal de salud, porque sin ese soporte el instrumento pierde eficacia. En última instancia, su argumento es que mejorar ese conocimiento no es un detalle administrativo, sino una condición para brindar una atención más ética, respetuosa de la autonomía y centrada en la dignidad del paciente, especialmente en escenarios de enfermedad terminal y cuidados paliativos.

Para cerrar, la Guía Divulgativa del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria presenta el testamento vital como una declaración anticipada que una persona mayor de edad, plenamente capaz, puede formular para dejar fijada su voluntad respecto de determinadas actuaciones médicas, pensando en el supuesto de que más adelante ya no pueda expresarla por sí misma. La intención es directa: que, justamente cuando la vulnerabilidad aumenta, se mantenga el respeto por sus valores y preferencias (Sanitaria, 2016). Bajo ese mismo marco, la guía señala que el documento puede

recoger desde objetivos vitales y convicciones personales hasta indicaciones concretas sobre tratamientos que se desean aceptar o rechazar, la designación de un representante y decisiones sobre donación de órganos o destino del cuerpo, siempre dentro de los límites que impone el ordenamiento jurídico.

Lo relevante es que el documento no se concibe como una mera declaración simbólica, sino como un instrumento con trámite y garantías: se prevé una entrevista para valorar la capacidad del otorgante, su registro en la historia clínica y su incorporación al Registro Nacional de Instrucciones Previas, lo que apunta a asegurar disponibilidad y consulta efectiva cuando sea necesario (Sanitaria, 2016). Además, se enfatiza su carácter dinámico: puede modificarse o revocarse en cualquier momento mientras la persona conserve su capacidad legal. Incluso el glosario incluido —con términos como cuidados paliativos, rechazo de tratamientos, limitación del esfuerzo terapéutico o sedación paliativa— refuerza su orientación práctica para la planificación del final de la vida. En conjunto, el testamento vital se proyecta como una herramienta que favorece una atención sanitaria más ética, coherente con la autonomía y la dignidad, porque traduce la voluntad del paciente en criterios clínicamente aplicables.

En contraste, en el contexto peruano, una investigación cualitativa con médicos, abogados y notarios evidenció que una parte importante de los participantes desconoce los requisitos formales y la validez práctica de las declaraciones de voluntad anticipada que hoy podrían vincularse al marco vigente, lo que termina confirmando la urgencia de una regulación específica (Yabar Varas, 2021).

2. Bases teóricas

Testamentos en el ordenamiento peruano:

En el derecho civil peruano, el testamento se concibe como un acto jurídico sui generis: es personalísimo, unilateral, revocable, solemne, complejo y de eficacia mortis causa, mediante el cual una persona dispone de sus bienes para que produzcan efectos después de su muerte. Dicho de otro modo, el testamento expresa la última voluntad del testador y está orientado a ordenar su sucesión, siempre dentro de los límites que impone la ley.

El testamento, además, no se limita a repartir bienes. Puede incorporar disposiciones no patrimoniales —como el reconocimiento de hijos, la designación de tutores para menores o incluso indicaciones sobre el sepelio—, lo que evidencia que también cumple una función de orden personal y familiar. Y, precisamente porque se trata de un acto

mortis causa, sus efectos solo se producen con el fallecimiento del testador; mientras este viva, conserva plena libertad para revocarlo o modificarlo tantas veces como lo considere.

Y hay un punto que el Código Civil no deja a dudas: el testamento es un acto personal y voluntario, en el sentido más estricto. Lo que allí se dispone tiene que nacer de la decisión directa del testador; no puede delegarse en terceros ni quedar condicionado a lo que otros decidan por él. En suma, el testamento ordinario es un acto unilateral, personalísimo y formalmente exigente, que recoge la voluntad final del otorgante sobre su patrimonio y ciertos asuntos personales, pero cuya eficacia recién se activa con su fallecimiento.

Elementos esenciales del acto testamentario:

Al ser un acto jurídico, el testamento no escapa a la regla general: debe reunir los requisitos de validez previstos en el artículo 140 del Código Civil: agente capaz, objeto física y jurídicamente posible, fin lícito y observancia de la forma prescrita bajo sanción de nulidad, siendo la manifestación de voluntad la esencia misma del acto jurídico conforme a su definición legal.

Voluntad: El punto de partida es una declaración de voluntad libre, consciente, seria y definitiva. No es suficiente una intención indeterminada; el testador debe desear verdaderamente ordenar para después de su muerte y manifestarla libre de toda coacción o distorsión. Por eso, si la voluntad estuviera afectada por vicios del consentimiento — error esencial, dolo o violencia/intimidación— el testamento puede ser impugnado, porque faltaría el consentimiento auténtico que sostiene el acto. Además, esa voluntad tiene que ser directa y personal: el artículo 690 del Código Civil establece que las disposiciones testamentarias deben ser la expresión directa de la voluntad del testador, quien no puede otorgar poder a otro para testar, ni dejar sus disposiciones al arbitrio de un tercero. En otras palabras, no hay lugar para apoderados que testen ni para cláusulas que entreguen la decisión a un tercero. En el fondo, lo que se protege es el animus testandi y la libre determinación del causante: la esencia misma del acto testamentario.

Capacidad: Es indispensable que el autor del testamento tenga capacidad jurídica de obrar, es decir, aptitud legal para realizar por sí mismo actos jurídicos válidos. La regla general es que solo los mayores de 18 años en pleno ejercicio de sus derechos civiles pueden testar. Los menores de edad están incapacitados para otorgar testamento (art.

687 C.C.), salvo los supuestos del artículo 46 C.C., en virtud de los cuales ciertos menores adquieren capacidad de ejercicio. En particular, conforme al artículo 42 C.C. (modificado por D. Leg. N° 1384), tienen plena capacidad de ejercicio los mayores de catorce años que contraigan matrimonio o que ejerciten la paternidad. Asimismo, no pueden testar quienes carecen, en el momento de otorgar el acto, de la lucidez mental y la libertad necesarias para ello, conforme al artículo 687, inciso 3 del Código Civil — supuesto que abarca, por ejemplo, a quien se halla en estado de demencia profunda o privado transitoriamente de discernimiento. Tras la reforma del D. Leg. N° 1384 (2018), la interdicción por razones de discapacidad mental fue eliminada, siendo reemplazada por un sistema de apoyos y salvaguardias. Sin embargo, la interdicción subsiste para los supuestos del artículo 44, incisos 4 al 7 (pródigos, malos gestores, ebrios habituales y toxicómanos). En materia testamentaria, el artículo 687, inciso 3 del CC exige que el testador cuente con lucidez mental y libertad al momento de testar; de modo que quien no pueda expresar su voluntad ni siquiera con el auxilio de apoyos razonables, no podrá otorgar válidamente un testamento. Por otro lado, la capacidad para testar también incluye la ausencia de impedimentos transitorios: por ejemplo, una persona en estado de inconsciencia o bajo efectos de sustancias que anulen su entendimiento al momento de la firma carece de capacidad para firmar en ese instante, lo que afectaría la validez del acto. En resumen, que el agente sea capaz es requisito sine qua non del testamento; si el testador es naturalmente incapaz, el testamento será nulo de pleno derecho por la falta de capacidad del sujeto.

Objeto: El testamento, como acto jurídico, debe tener un objeto física y jurídicamente posible. Ello implica que las disposiciones testamentarias deben recaer sobre bienes o derechos existentes o de posible existencia futura, susceptibles de transmisión hereditaria, y referidos, en todo caso, a materias lícitas. El objeto típico del testamento es disponer del patrimonio del causante (transferir bienes, derechos y obligaciones transmisibles a sus herederos o legatarios). No puede disponerse válidamente sobre bienes ajenos o sobre bienes fuera del comercio, ni sobre derechos personalísimos que se extinguen con la muerte del titular. Junto a las disposiciones patrimoniales, el testamento puede contener objetos no económicos, como declaraciones o encargos especiales (reconocer un hijo extramatrimonial, asignar un tutor o curador para un hijo menor, ordenar cómo se dispondrá de su cuerpo, etc.), lo cual está permitido por la ley. En cualquier caso, el objeto de estas cláusulas debe ser lícito; no se puede encargar o

imponer nada contrario al ordenamiento jurídico ni al orden público o las buenas costumbres. Por ejemplo, sería nula una disposición testamentaria que tuviera por objeto obligar a un heredero a realizar un acto ilícito o inmoral. Un aspecto especial del objeto en materia sucesoria son las limitaciones de la legítima; el testador no puede disponer libremente de la porción de sus bienes reservada por ley a sus herederos forzosos (como los hijos, cónyuge o padres). Si excede esa porción disponible, las disposiciones en la parte que perjudique la legítima deberán reducirse en la etapa de ejecución de la herencia (acción de reducción), para garantizar a los herederos forzosos su cuota legal, pero el exceso en sí no anula todo el testamento, sino que se inaplica parcialmente por exceder el objeto permitido. Por tanto, el objeto válido del testamento abarca los bienes y derechos del testador dentro del marco permitido por la ley (patrimonio disponible) y los mandatos o encargos no patrimoniales que sean legalmente posibles.

Causa (fin lícito): El testamento debe tener una causa lícita, entendida como el motivo o finalidad que induce al testador a otorgarlo, la cual no debe contrariar la ley ni el orden público. En los actos gratuitos inter vivos (como las donaciones) la causa suele ser la liberalidad; en el testamento, por ser un acto post mortem, la causa típica es realizar la última voluntad respecto al destino de los bienes y cumplir con deberes o deseos finales (por ejemplo, favorecer a seres queridos, disponer de sus asuntos pendientes, asegurar el futuro de su familia, etc.). La causa ilícita sería algún propósito fraudulento o prohibido, pero en la práctica la ilicitud de la causa en testamentos no es común, pues mientras el contenido del testamento sea lícito, se presume que su finalidad es legítima (disponer de los bienes al morir). Sin embargo, puede configurarse causa ilícita cuando el testador dispone con una finalidad contraria al ordenamiento jurídico; ya sea para defraudar a sus acreedores —supuesto que el propio sistema legal corrige por vías específicas, como la acción pauliana— o para destinar bienes al sostenimiento de actividades ilícitas. En términos generales, si las disposiciones testamentarias tienen fin ilícito o inmoral, serían nulas (Art. 140 Inc. 3 del CC). La doctrina suele insistir en esto; el testamento puede tener “muchas causas” a la vez. No hay un único motor detrás de todas las disposiciones; cada cláusula puede nacer de un motivo distinto —gratitud, deber moral, cercanía, incluso una reparación simbólica— y esa diversidad no lo vuelve inválido. Lo que sí importa es el límite; si el efecto que se busca es lícito y no choca con el orden público o las buenas costumbres, la disposición se sostiene. En definitiva, lo exigible no es un “motivo único” ni una razón moral determinada, sino una finalidad

jurídicamente admisible; que el testamento ordene la sucesión conforme a la voluntad del de causante, pero dentro de los límites que el ordenamiento impone (por ejemplo, la licitud del contenido, el respeto del orden público y las restricciones sucesorias que correspondan).

Forma: En materia testamentaria, la forma no es un requisito secundario ni un simple “trámite”; sino que es la garantía que hace confiable el acto. Por eso, si se incumplen las solemnidades legales, el testamento puede quedar sin sustento y perder eficacia. Las solemnidades existen para asegurar que la voluntad sea auténtica, libre y atribuible al testador, y por eso el margen de tolerancia es mínimo; cuando faltan o se incumplen, el testamento no queda “imperfecto”, sino jurídicamente comprometido. A diferencia de otros actos donde una irregularidad puede subsanarse o relativizarse, en el testamento la regla suele ser estricta; si no se respeta la forma que la ley exige, la disposición no produce efectos.

Esto se entiende mejor si se mira cómo está construida la exigencia. Hay formalidades “de base” —como la escritura, la fecha y la firma— y, además, requisitos propios de cada tipo de testamento (público, cerrado, ológrafo, etc.). No son intercambiables. Cada modalidad trae su propio paquete de solemnidades y omitir una que sea ad solemnitatem lleva a una consecuencia directa: nulidad absoluta, porque el acto queda sin uno de sus elementos esenciales.

La razón no es caprichosa. El testamento está destinado a producir efectos cuando el testador ya no puede aclarar nada; no puede ratificar su voluntad, explicar su sentido ni defenderse frente a una falsificación. Por eso el ordenamiento “sube la valla” y exige garantías objetivas de autenticidad y certeza. La intervención de notario, la presencia de testigos o la constancia escrita —según corresponda— buscan precisamente eso; que la voluntad quede fijada y verificable después de la muerte. Incluso el testamento ológrafo, que parece más libre, está amarrado a exigencias como la manuscritura total y la protocolización, porque sin esos filtros su autenticidad sería demasiado frágil.

En esa misma línea, la jurisprudencia peruana ha optado por una lectura estricta de las formas testamentarias; no hay espacio para analogías ni para “salvar” defectos por equidad, ya que la ley define de manera taxativa cómo debe exteriorizarse una última voluntad válida. Por eso, si se omite una formalidad que cumple una función de garantía —por ejemplo, la lectura cuando corresponde, salvo renuncia expresa—, el testamento

puede quedar nulo, aunque esté firmado; la firma no reemplaza la garantía omitida.

En síntesis, en materia testamentaria la forma no es un requisito “negociable”. El testamento solo se sostiene si se otorga dentro de una modalidad prevista por la ley y se cumplen, sin atajos, las solemnidades propias de esa modalidad; recién entonces puede reconocerse como una manifestación auténtica y jurídicamente válida de la última voluntad del testador.

Validez e invalidez del testamento: criterios y causales

Un testamento ordinario no se vuelve válido por sí mismo. Su validez depende de que cumpla, sin tropiezos, con los elementos esenciales ya indicados y de que no arrastre vicios que lo afecten. En la práctica, esto se traduce en exigencias muy claras: voluntad libre del testador, capacidad legal, objeto y fin lícitos, y el cumplimiento estricto de las solemnidades propias del tipo de testamento elegido. Si todo eso se verifica, el testamento produce efectos tras la muerte del causante y vincula a herederos y terceros respecto de lo que válidamente dispone.

Pero esa eficacia no está “blindada”. Incluso existiendo un documento formal, puede perder fuerza jurídica —total o parcialmente— si concurre alguna causal reconocida por la ley o la doctrina. Para ordenar estas hipótesis conviene partir de una distinción que, aunque suene fría, evita confusiones muy comunes: nulidad absoluta, nulidad relativa (anulabilidad) y otras formas de ineficacia testamentaria. Dicho de forma sencilla, no es lo mismo un testamento que “nace inválido”, que uno que se sostiene mientras nadie lo impugne, o que uno válido cuyas disposiciones dejan de producir efectos por hechos posteriores.

Nulidad absoluta por infracción de requisitos esenciales.

La nulidad absoluta se configura cuando el testamento colisiona con una norma imperativa o cuando falta un elemento esencial para su existencia válida; en esos supuestos, el acto no queda simplemente “cuestionable”, sino que nace jurídicamente viciado, con un defecto de origen que no admite corrección. Es verdad que, por razones prácticas, suele acudir al juez para que una sentencia declare la nulidad y la haga oponible frente a terceros —y eso da orden y certeza—, pero el punto de fondo no cambia; no hay convalidación posible, porque el problema no es accesorio, sino estructural, y por eso la invalidez opera de pleno derecho.

Falta de forma: En materia testamentaria, la forma no constituye un requisito

meramente accesorio, sino una exigencia cuyo incumplimiento acarrea la nulidad del acto. De ahí que, cuando se omiten solemnidades esenciales, el testamento devenga nulo ipso iure. Tal es el caso del testamento abierto otorgado sin testigos hábiles, del testamento cerrado que no lleva la firma del testador en los lugares que la ley determina, o del testamento ológrafo en el que se ha prescindido de la fecha. Por tratarse de una nulidad manifiesta, puede ser alegada por cualquier interesado o declarada de oficio, en atención a la función de garantía pública que las formalidades cumplen en los actos mortis causa.

La falta de capacidad del testador: Si quien otorgó el testamento era legalmente incapaz (un menor no habilitado o una persona en absoluta incapacidad mental) el testamento es absolutamente nulo, al igual que ocurriría con cualquier acto jurídico otorgado por un incapaz sin representación. En tal caso, el vicio proviene de la ausencia de un sujeto capaz, elemento básico del acto jurídico. La declaración de nulidad podrá ser solicitada por los herederos legales u otros interesados en la sucesión que resulten perjudicados por el testamento nulo.

Disposiciones prohibidas por la ley: Junto a los vicios formales, el Código Civil contempla supuestos en los que el problema no radica en el modo en que se otorgó el testamento, sino en el contenido de lo dispuesto. Existen ciertas materias que la ley prohíbe expresamente y cuya inclusión en el testamento no genera una simple irregularidad, sino la nulidad de la disposición en cuestión. En tales casos, la ineficacia no se extiende, por regla general, a la totalidad del testamento, sino que recae únicamente sobre la cláusula prohibida, manteniéndose vigente el resto del documento en cuanto pueda subsistir de manera independiente.

Un ejemplo es el artículo 688 CC, que señala que “son nulas las disposiciones testamentarias a favor del notario que autorizó el testamento, de su cónyuge o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, así como a favor de los testigos testamentarios”. Esta norma busca eliminar cualquier sospecha de favorecimiento indebido hacia quienes intervienen dando fe en el testamento. Si pese a la prohibición el testador dejara, por ejemplo, un legado al notario que instrumenta el acto, esa cláusula sería radicalmente nula (como si no existiera), aunque el resto del testamento podría seguir siendo válido sin ella.

Objeto o fin ilícito: A veces el problema no está en la forma del testamento, sino en lo

que pretende producir. Si una cláusula orienta bienes o derechos hacia un propósito ilícito —o abiertamente contrario al orden público—, esa disposición no puede sostenerse y queda inválida. Distinto sería el caso, menos común, en que la ilicitud atravesase la finalidad del testamento entero; allí sí podría ponerse en cuestión la validez total del acto. Con todo, en la práctica sucesoria lo que suele ocurrir es más acotado; el vicio aparece en cláusulas puntuales, mientras el resto del testamento puede subsistir sin mayores problemas.

Piénsese, por ejemplo, en una disposición que impone al heredero la comisión de un acto ilícito como condición para adquirir; allí el fin de la cláusula es ilegítimo y, por tanto, no puede producir efectos. Lo mismo ocurre cuando se pretende imponer disposiciones que chocan frontalmente con normas imperativas —como instituir heredero a una persona en un supuesto en que la ley lo prohíbe—; la disposición queda afectada.

En ese marco, el artículo 689 del Código Civil funciona como regla de depuración; señala que se tienen por no puestas las condiciones contrarias a normas imperativas o al orden público. En términos prácticos, esto implica que la cláusula inválida se elimina del testamento, mientras el resto se conserva en la medida en que pueda mantenerse sin afectar la coherencia del acto.

Nulidad relativa (anulabilidad) por vicios de la voluntad.

A diferencia de la nulidad absoluta —que protege intereses de orden público y “salta a la vista” cuando falta un requisito esencial— los vicios del consentimiento operan en otro plano; afectan, ante todo, la libertad real con la que el testador decidió. Por eso, la consecuencia típica no es la nulidad automática, sino la anulabilidad. En términos prácticos, la anulabilidad opera como una presunción de validez; el testamento sigue produciendo efectos mientras no sea impugnado por quien tenga legitimidad y mientras no exista una sentencia firme que declare su invalidez.

El dolo o fraude: En ese grupo de supuestos es especialmente ilustrativo, puesto que aquí no estamos ante un error “inocente”, sino ante una decisión condicionada por maniobras engañosas de terceros; la voluntad del testador no se determina con libertad plena, sino bajo una influencia deliberada que distorsiona lo que realmente habría querido disponer. Si esas maniobras fueron determinantes —es decir, si sin ellas el testador no habría dispuesto lo mismo— el consentimiento queda viciado y el

testamento se vuelve anulable. Por eso la jurisprudencia ha asimilado el engaño grave a situaciones próximas al error esencial provocado, justamente porque lo que termina escrito en el testamento deja de ser expresión de una autodeterminación auténtica.

Error: En materia testamentaria, una simple equivocación no basta para invalidar el acto. El error solo adquiere relevancia jurídica cuando es esencial, es decir, cuando incide en el núcleo de la decisión: la naturaleza del propio acto, la identidad de la persona beneficiada o la sustancia del bien legado. Si la disposición nace de una premisa falsa que fue determinante para lo que el testador decidió, entonces lo expresado ya no refleja una voluntad auténtica ni plenamente informada.

Un ejemplo ayuda a verlo; si el testador redacta su testamento creyendo, de buena fe, que un hijo sigue con vida cuando en realidad ya falleció, y por esa creencia le asigna una porción que altera la institución de los demás herederos, podría sostenerse que su decisión estuvo edificada sobre un error determinante. Algo similar ocurre con el error sobre la persona (error de identidad); el testador cree favorecer a alguien, pero termina beneficiando a un sujeto distinto. En estos casos, el problema práctico suele ser probatorio; post mortem, la línea entre un error esencial y una simple ignorancia puede volverse fina y difícil de trazar con certeza.

Violencia o intimidación: Cuando el testamento se otorga bajo una amenaza grave o una coacción moral capaz de quebrar la libertad del testador, el problema no es formal; es de voluntad. En ese supuesto, el testamento no es nulo de pleno derecho, pero sí anulable, porque la decisión no nace de una autodeterminación auténtica.

Si el testador termina instituyendo heredero a un familiar porque está siendo amenazado, el problema no es difícil de ubicar; la decisión no nace de su voluntad real, sino de una presión que lo doblega. En ese escenario, la disposición queda marcada por violencia moral y, por lo mismo, puede ser impugnada.

Ahora, probarlo es la parte dura. La carga recae en quien alega el vicio, porque jurídicamente se parte de una presunción de libertad en la manifestación de voluntad. Y como el testador ya no está para aclarar qué ocurrió, estos casos suelen sostenerse con indicios: testimonios, mensajes, documentos, antecedentes de conflictos o cualquier elemento que permita reconstruir el clima de coerción con suficiente solidez.

En todos estos supuestos de vicios del consentimiento, la legitimación para demandar la

nulidad corresponde generalmente a quienes resulten perjudicados por el testamento. Por ejemplo, los herederos legales (forzosos) omitidos o disminuidos por un testamento fruto de dolo o violencia podrían accionarlo. El plazo para ejercer estas acciones de anulabilidad, conforme a las reglas generales, suele ser de 2 años desde que los interesados tomaron conocimiento del testamento o desde la apertura de la sucesión, según el caso (aplicable analógicamente las normas de anulabilidad de actos jurídicos, Art. 1301 CC). Si nadie impugna dentro del plazo, el testamento viciado queda convalidado de pleno derecho.

Ineficacia sobreviniente y otros: Existen situaciones en las cuales el testamento o alguna disposición devienen ineficaces no por vicio intrínseco inicial, sino por eventos posteriores. No es propiamente "nulidad", pero afecta la efectividad práctica de las disposiciones:

1. **Revocación:** Todo testamento es esencialmente revocable por el testador en vida. Si el testador realiza un segundo testamento válido, las disposiciones del anterior que sean incompatibles quedan revocadas (Art. 803 CC) y si revoca expresamente la totalidad del anterior, éste pierde efecto. La revocación no invalida el testamento por un vicio, sino que es ejercicio de la voluntad posterior del testador que deja sin efecto su propia disposición anterior. Sin embargo, desde el punto de vista de la eficacia, un testamento revocado es ineficaz para producir herencia. Cabe anotar que la sola destrucción material del documento testamentario abierto o cerrado por el testador puede significar una revocación tácita de su contenido, si así se infiere de su conducta (*animus revocandi*). En el caso del testamento ológrafo, la legislación permite la revocación tácita simplemente destruyendo el escrito original (ya que solo existe esa copia). Esto pone en evidencia que, mientras el testador esté con vida, las disposiciones testamentarias conservan un carácter plenamente voluntario y esencialmente reversible.
2. **Caducidad de disposiciones:** No siempre una disposición testamentaria pierde efectos por un vicio; a veces simplemente caduca por hechos que ocurren después de otorgado el testamento. Son supuestos en los que la cláusula “se queda sin piso” por una circunstancia sobrevenida.

Un caso típico es la premoriencia del beneficiario; si el heredero o legatario

fallece antes que el testador, la institución o el legado se extingue, salvo que el testador haya previsto una sustitución o, en determinados supuestos, opere la representación cuando corresponda. Otro ejemplo frecuente es el del legado de bien determinado; si el testador en vida vende o enajena ese bien, el legado queda sin objeto y, por tanto, caduca, porque al momento de la muerte el bien ya no integra el patrimonio.

En estos casos no se trata de nulidad, sino de ineficacia sobrevenida; el testamento se otorgó válidamente, pero un hecho posterior hace que esa disposición concreta ya no pueda desplegar efectos.

3. **Inexistencia de la persona instituida:** Si el testador instituyó como heredero a alguien que no existe, esa disposición no surtirá efecto. Algo similar ocurre con disposiciones sujetas a una condición suspensiva que no llega a cumplirse; nunca llegan a hacerse efectivas, pero técnicamente no hablamos de nulidad sino de falta de eficacia por incumplimiento de condición.
4. **Nulidad parcial y principio de conservación:** Importa señalar que la nulidad de una disposición o cláusula testamentaria no necesariamente arrastra la nulidad de todo el testamento. El Código Civil acoge el principio de conservación del acto jurídico, de modo que, si es posible salvar parcialmente la voluntad del testador, se hará. Por ejemplo, si una cláusula es nula (digamos, un legado al testigo, prohibido por ley), simplemente se la tiene por no puesta, pero el resto del testamento permanece válido siempre que pueda funcionar independientemente de la parte nula. Solo si la disposición nula fuera de tal naturaleza que sin ella el testador no hubiera hecho el testamento (caso de causa impulsiva y determinante), podría plantearse la ineficacia total; pero eso es difícil de demostrar una vez fallecido el otorgante. En general, los jueces tienden a mantener vigente la mayor parte posible del testamento, eliminando solo las partes afectadas por vicio, para respetar en lo posible la voluntad del causante (favor testamentii).

Testamento Biológico:

La medicina contemporánea puede sostener la vida con intervenciones cada vez más sofisticadas; precisamente ahí aparece el testamento biológico —testamento vital o directivas anticipadas— como un instrumento jurídico que permite a la persona dejar

expresadas, con antelación y plena conciencia, sus decisiones sobre cuidados e intervenciones médicas para el caso de que, en el futuro, ya no pueda manifestar su voluntad. Su sentido se entiende mejor cuando se observa que la prolongación tecnológica de la vida no siempre coincide con los valores, principios o expectativas del paciente, y que, sin una guía previa, la decisión clínica puede terminar alejándose de lo que esa persona habría querido (Yarleque-Cardoza, 2016).

En la práctica, su utilidad no es solo individual; también cumple una función de orden y prevención de conflictos. En contextos críticos —una emergencia, una hospitalización compleja o la etapa paliativa— el testamento biológico puede funcionar como una guía que ordena decisiones y, con ello, reduce fricciones entre la familia y el equipo sanitario. Cuando existe una voluntad anticipada claramente formulada, el terreno se vuelve menos incierto; se amortiguan los dilemas éticos y se reducen los choques jurídicos que suelen estallar cuando nadie puede afirmar —con honestidad— qué habría querido el paciente. Por eso, en experiencias comparadas, este instrumento se ha ido afirmando como una vía para orientar la conducta clínica según las convicciones de la persona y, con ello, sostener una atención más coherente y genuinamente humana en escenarios de alta complejidad (Cabeza de Vaca Pedrosa, 2017; Carreño Zúñiga, 2019).

En el Perú, sin embargo, el escenario continúa marcado por un vacío regulatorio que —con consecuencias muy reales— se traduce en incertidumbre para pacientes, familias y equipos de salud, y vuelve más difícil que las decisiones clínicas se mantengan fieles a lo que el paciente habría querido, llegando incluso a abrir la puerta a prácticas interpretables como encarnizamiento terapéutico (Forero, 2019). De ahí que la discusión no sea meramente técnica; lo que falta es un marco legislativo que reconozca, formalice y proteja estas directrices justamente por su densidad ética. Al fin y al cabo, el testamento biológico se basa en la autonomía de la voluntad, íntimamente ligada a la dignidad y la autodeterminación, permitiendo aceptar o rechazar con libertad y lucidez los cuidados médicos que se quiera para sí mismo, aun cuando, más adelante, ya no sea posible expresarlo de forma directa (Moreno Morejón, 2020; Sanitaria, 2016). Esa lógica, además, conversa con estándares de derechos humanos vinculados a la libertad personal sobre el propio cuerpo y la salud; y por eso, en países como España, se ha buscado asegurar su eficacia con reglas vinculantes e integración al sistema sanitario mediante registros (Pascual, 2021). En contraste, aunque la Ley General de Salud reconoce el derecho a aceptar o rehusar tratamientos, no ofrece un cauce claro para

anticipar esa voluntad ni para garantizar su efectividad, lo que vuelve todavía más urgente una regulación que dé pautas nítidas a la práctica clínica y sostenga una atención más ética, digna y respetuosa, acorde con la pluralidad social del país (Carreño Zúñiga, 2019).

Relevancia Ética:

Desde una mirada bioética, el testamento biológico opera como una brújula clínica que vuelve realmente aplicables principios clave —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia—, porque reubica la decisión en el horizonte de valores del propio paciente y, con cierta calma normativa, recorta el riesgo de intervenciones desproporcionadas o interpretables como encarnizamiento terapéutico (Cabeza de Vaca Pedrosa, 2017). En ese mismo movimiento, no solo se hace más probable un final de vida digno y consentido; también se ofrece al personal sanitario una pauta más clara para actuar con coherencia cuando la situación aprieta, disminuyendo el terreno fértil para controversias éticas y fricciones familiares justo en los momentos en que el tiempo, la emoción y la incertidumbre suelen dominar la escena (Forero, 2019).

En el plano social, el efecto suele ser inmediato; cuando existen directrices anticipadas, la familia no queda sola cargando decisiones extremas. El documento acota la incertidumbre, ordena la conversación y descomprime tensiones porque reubica el centro de la decisión en lo que el paciente ya dejó dicho, sin obligar a la familia a “adivinar” en el peor momento (Yarleque-Cardoza, 2016). Y su efecto no termina ahí; también se refleja en el sistema de salud, al frenar la prolongación inercial de intervenciones invasivas sin beneficio real y favorecer, en consecuencia, un uso más racional de recursos y una asignación más justa, especialmente cuando la demanda asistencial está al límite (Chaverra Castellar, 2022).

Dicho esto, en el Perú no serviría pensar que basta con copiar modelos externos. Una regulación así tiene que “aterrizar”; encajar con el marco jurídico vigente y, además, tomar en serio las particularidades culturales y sociales que influyen en cómo se entiende y se afronta el final de la vida. No se trata de trasplantar modelos sin más, sino de diseñar ajustes que conversen con la diversidad cultural y con las percepciones locales sobre la muerte y el final de la vida. Para que una propuesta legislativa sea legítima y realmente aplicable, debe ser inclusiva y reflejar —sin estereotipos ni imposiciones— tradiciones, valores compartidos y convicciones religiosas que

atraviesan nuestra vida social (Carreño Zúñiga, 2019). En ese sentido, el testamento biológico no solo fortalece la ética clínica; también puede integrarse de manera respetuosa a las sensibilidades con las que el país entiende la dignidad en el tramo final.

Aquí el derecho comparado aporta una brújula útil. España destaca por la consolidación de registros que facilitan la consulta de directrices y fortalecen su eficacia práctica; Portugal, por el reconocimiento expreso del testamento vital y la posibilidad de designar un representante con respaldo registral; Argentina, por el robustecimiento del derecho del paciente a decidir frente a la incapacidad y por ofrecer pautas relativamente claras a profesionales y familias; y México, aun con variaciones subnacionales, por experiencias (como Ciudad de México o Guanajuato) que integran directivas anticipadas en políticas de cuidados paliativos, priorizando calidad de vida y evitando intervenciones fútiles. En conjunto, estas experiencias sugieren que la eficacia real del instrumento depende menos del “nombre” que se le dé y más de su accesibilidad, su trazabilidad y su inserción operativa en el sistema sanitario.

De esas lecciones se desprenden factores nodales para el escenario peruano; un diseño legal específico que regule formalización, registro, modificación y revocación; un registro nacional consultable en situaciones clínicas críticas; capacitación sostenida del personal de salud para integrar las directivas en la práctica cotidiana; y sensibilización social para que el instrumento no se perciba como un trámite extraño, sino como una forma de proteger autonomía y dignidad. A ello debe sumarse un enfoque de participación ciudadana que permita que la norma final refleje pluralidad cultural y particularidades locales, y una articulación con políticas de cuidados paliativos que haga del testamento biológico un recurso clínico usable, no una declaración simbólica.

Contraste entre el testamento ordinario y el testamento biológico

En los últimos años ha ganado presencia la figura del testamento biológico —también denominado testamento vital o declaración de voluntades anticipadas— que, aunque comparte el nombre de “testamento”, responde a una lógica distinta a la del testamento sucesorio ordinario. Mientras este último se orienta a la sucesión y a la disposición patrimonial para después de la muerte, el testamento biológico se centra en la autonomía sanitaria y en decisiones sobre la atención médica para situaciones futuras de incapacidad. A partir de esa diferencia, resulta pertinente hacer el contraste según finalidad, objeto, procedimiento y efectos.

- **Finalidad:** El testamento ordinario mira hacia el después; su función es ordenar la sucesión, disponer del patrimonio y dejar fijadas las últimas voluntades que solo despliegan efectos tras el fallecimiento del testador, con la expectativa —tan humana— de que sus bienes se transmitan de manera organizada y sus deseos póstumos se cumplan conforme a la ley. El testamento biológico, en cambio, se activa en el ínterin, su finalidad es proteger la autonomía del paciente en decisiones médico-sanitarias, particularmente si enfrenta una discapacidad futura o se encuentra en la etapa final de la vida. Su núcleo es permitir que la persona deje definido, de manera anticipada, qué tratamientos acepta o rechaza cuando ya no pueda expresarlo, priorizando dignidad y autodeterminación sobre su propio cuerpo.

En suma, el primero responde a una lógica patrimonial y sucesoria; el segundo, a una lógica personal y sanitaria, orientada a que la atención médica se ajuste a la voluntad del individuo en escenarios críticos. Por eso, más que “otro tipo de testamento”, el testamento biológico surge como una respuesta al paternalismo médico tradicional; desplaza el centro de la decisión desde terceros hacia el paciente y le devuelve control sobre su proceso de atención, una finalidad completamente ajena al campo de la sucesión hereditaria.

- **Objeto:** El objeto o contenido típico de un testamento ordinario son los bienes, derechos y obligaciones transmisibles del testador, así como algunas disposiciones personales post mortem (designaciones de tutores, reconocimientos de hijos, mandas pías, instrucciones funerarias, etc.). Es decir, va sobre el destino de su legítima y ciertos actos que se cumplirán posteriormente a su fallecimiento. Por el contrario, el testamento biológico tiene por objeto disposiciones de carácter no patrimonial referentes al mismo otorgante en vida, en particular sobre tratamientos médicos y cuidados de la salud. En términos generales, el testamento biológico permite que la persona deje fijadas directrices como: rechazar medidas de soporte vital ante una enfermedad terminal irreversible; pedir que no se prolongue artificialmente la vida cuando no existan expectativas razonables de recuperación; optar por cuidados paliativos en lugar de tratamientos curativos desproporcionados; e incluso manifestar su voluntad respecto de la donación de órganos después del fallecimiento. De hecho, se le llama también "declaración de voluntades anticipadas" porque la persona anticipa decisiones médicas futuras.

“El testamento vital hace referencia al documento suscrito por una persona, en uso de sus facultades, por medio del cual manifiesta la forma en que se deberán realizar determinados procedimientos médicos o la disposición de órganos, una vez que ya no tenga capacidad para manifestar su voluntad”. A diferencia de un testamento común (ordinario), las disposiciones contenidas en el testamento biológico se ejecutan cuando el otorgante aún está con vida, pero incapacitado para decidir, no después de muerto. En suma, el objeto del testamento ordinario es la herencia (el conjunto de relaciones jurídicas transmisibles del causante), mientras que el objeto del testamento biológico son las directrices médicas personales del declarante para su fase terminal o de discapacidad.

- **Procedimiento y formalidades:** El testamento ordinario tiene un procedimiento formal estricto establecido por el Código Civil, diferente según la modalidad (como ya se describió; requiere notario y testigos en el abierto y cerrado, o la escritura manual y protocolización en el ológrafo, etc.). En cambio, el testamento biológico no cuenta actualmente con regulación legal vigente en el Perú, por lo que no existe un procedimiento formalmente establecido para otorgarlo. En la práctica, algunas personas pueden dejar por escrito sus voluntades anticipadas o comunicarlas a sus familiares o médicos, pero tales documentos carecen de un reconocimiento jurídico específico y vinculante en nuestro ordenamiento (no son equiparables a un testamento en sentido legal). Ante esta ausencia de normativa, cualquier decisión sobre tratamientos en casos de discapacidad del paciente suele quedar en manos del criterio médico y de los familiares cercanos, sin obligación legal de acatar la eventual voluntad previa del paciente. No obstante, se han presentado iniciativas legislativas recientes para regular el testamento vital en Perú. Por ejemplo, el Proyecto de Ley N° 5937-2023-CR propone crear el marco normativo del testamento vital, previendo que se otorgue por escrito ante notario público, elevado a escritura pública, cumpliendo requisitos de capacidad (mayoría de edad, plena facultad mental al momento de suscribirlo) y permitiendo su posterior modificación o revocación bajo las mismas formalidades. Dicho proyecto incluso sugiere la intervención de testigos; la iniciativa publicada en medios indica que el documento estaría suscrito por el declarante y tres testigos hábiles, lo que reforzaría su seriedad y eficacia (similar, en cierta forma, a un testamento abierto en cuanto a control de legitimidad). En cualquier caso, hasta que una ley

específica sea aprobada, un testamento biológico en Perú carece de formalidad jurídica definida; a lo sumo podría documentarse como una escritura pública de manifestación de voluntad (acto no normado expresamente, pero que algunos notarios podrían extender a petición del interesado), la cual serviría de orientación ética pero no tiene hoy por hoy fuerza legal obligatoria para el personal de salud.

- **Efectos jurídicos:** El testamento ordinario produce efectos jurídicos después del fallecimiento del testador. Hasta ese momento, es un acto esencialmente ineficaz (salvo en cuanto a eventuales designaciones que surtan efecto mortis causa, como nombrar un tutor, lo cual solo se concretará tras la muerte). Una vez fallecido el causante, el testamento válido rige la transmisión de la herencia; determina quiénes serán herederos, qué bienes o cuotas recibirán, qué legados se deben entregar, etc. Es plenamente vinculante y exigible; los herederos deben respetar las asignaciones testamentarias, y en caso de negativa, pueden ser compelidos judicialmente a dar cumplimiento a lo dispuesto. En contraste, el testamento biológico despliega sus efectos en vida del otorgante, durante un período de discapacidad del mismo, y su eficacia jurídica en el Perú actual es más limitada o difusa. Al no estar legislado, un documento de voluntades anticipadas no es estrictamente obligatorio para los médicos, quienes legalmente siguen sujetos al deber de obtener consentimiento informado del paciente o, si éste no puede otorgarlo, recurrir al consentimiento sustituto de los familiares más próximos. Por tanto, hoy por hoy, las instrucciones de un testamento vital en Perú tienen más bien un peso orientador o moral, pero no un efecto jurídico asegurado. No existe garantía de que los médicos acaten la voluntad anticipada del paciente si, por ejemplo, la familia se opone a retirar medidas de soporte vital; de hecho, la Ley General de Salud vigente exige consentimiento *actual* para procedimientos médicos, lo que deja en terreno incierto las decisiones anticipadas. Ahora bien, en países donde el testamento vital sí está regulado (España, México, Argentina, entre otros), sus efectos son jurídicamente reconocidos; el documento se inscribe en un registro de voluntades anticipadas y los facultativos están obligados a respetarlo dentro de los límites legales, liberándolos de responsabilidad por seguir las instrucciones allí contenidas. Ese es el modelo que se busca implementar en Perú mediante las propuestas normativas. El Proyecto de Ley 5937-2023, por ejemplo, define el testamento vital como un acto jurídico formal y revocable, con efectos

inter vivos y post mortem. “Efectos inter vivos” en cuanto obliga a los médicos a cumplir la voluntad anticipada mientras el paciente viva, pero esté incompetente, y “efectos post mortem” en aspectos como la disposición del cuerpo (donación de órganos, prohibición de ciertas prácticas post mortem, etc.). En cambio, el testamento civil ordinario no tiene eficacia inter vivos; el testador en vida conserva la plena propiedad y disposición de sus bienes (puede incluso enajenarlos todos, dejando sin objeto el testamento), y recién a su muerte sus beneficiarios adquieren derechos (los herederos adquieren la propiedad de los bienes, los legatarios sus legados, etc., retrotrayendo sus efectos al momento de la muerte del causante).

En cuanto a diferencias de efectos prácticos, se puede decir que el testamento ordinario vincula principalmente a los herederos y sucesores del testador, mientras que el testamento biológico vincula (o buscaría vincular) al personal médico y a los familiares en decisiones clínicas. El incumplimiento de un testamento ordinario genera acciones legales de nulidad de partición, peticiones de herencia, etc., para hacer valer el testamento. Por su parte, el desconocimiento de un testamento vital actualmente no tiene sanciones específicas en Perú, aunque podría dar lugar a reclamos éticos o incluso acciones legales si se aprueba una ley que obligue a respetarlo (posibles acciones de amparo invocando el derecho a la autodeterminación, etc.). Vale destacar una intersección; la donación de órganos póstuma. Hoy, la única manera que un peruano manifieste legalmente su voluntad de donar órganos es a través de su DNI o expresándolo en su licencia de conducir, o también puede declararlo en su testamento ordinario (como disposición no patrimonial). Pero tal voluntad solo surte efecto *post mortem* (es parte de su voluntad final). Sí, el testamento biológico puede incluir esa manifestación de voluntad, pero su eficacia queda condicionada a un presupuesto inevitable; la donación de órganos posmortem solo es posible una vez constatado el fallecimiento conforme a los criterios médicos y legales aplicables. En otras palabras, la directiva orienta y facilita la decisión, pero no “activa” la donación por sí sola antes de que exista ese hecho.

Derecho Comparado:

El derecho comparado se ocupa de mirar, con lupa y sin prejuicios, cómo funcionan distintos sistemas jurídicos; qué soluciones repiten, en qué puntos se apartan y qué

prácticas han demostrado ser útiles. En materia de testamento biológico, esta herramienta resulta especialmente fértil, porque permite observar de qué manera cada país ha “traducido” en normas una misma preocupación humana: respetar la voluntad del paciente cuando ya no puede expresarla, equilibrando exigencias legales con consideraciones éticas y culturales.

Lo interesante es que el análisis comparado no se agota en leer artículos y definiciones. También incorpora —porque es imposible ignorarlas— las tradiciones sociales, las convicciones religiosas y los sentidos culturales que influyen en la aceptación real de las directivas anticipadas. En España, por ejemplo, el testamento biológico se ha integrado con relativa naturalidad al sistema sanitario, al punto de ser entendido como un derecho ejercitable en la práctica. En el Perú, en cambio, la falta de un marco específico mantiene a pacientes y profesionales en una zona de incertidumbre; cuando no hay reglas claras, la aplicación concreta de la voluntad anticipada se vuelve frágil y el respeto a la autonomía queda más expuesto a interpretaciones o tensiones.

Por eso el derecho comparado aporta algo más que “modelos”; ofrece lecciones operativas sobre qué decisiones normativas facilitan la eficacia del instrumento y cuáles generan fricciones. En esa línea, varias experiencias resultan ilustrativas y —con ajustes razonables— pueden orientar una propuesta compatible con el contexto peruano.

- **España:** En el caso español, el rasgo más decisivo —y, en la práctica, el que marca la diferencia— es el Registro Nacional de Instrucciones Previas, porque transforma la voluntad anticipada en un dato localizable y utilizable dentro del sistema de salud. Eso no es menor; cuando la urgencia aprieta, la existencia de un registro centralizado eleva la probabilidad real de que la directiva sea consultada a tiempo y, por tanto, respetada. Al mismo tiempo, le ofrece al personal sanitario un punto de apoyo claro en medio de la presión asistencial; una referencia institucional que ordena la decisión clínica y reduce el margen de improvisación o conflicto (Sanitaria, 2016).
- **Portugal:** La Ley N.º 25-2012 no se queda en reconocer la voluntad anticipada; le añade un “respaldo” práctico al permitir que el paciente designe un representante que sostenga y haga valer esas directrices cuando surgen dudas, presiones o desacuerdos en el escenario clínico (Pascual, 2021). Ahora bien, la experiencia portuguesa también muestra una advertencia útil; aun con un marco consolidado,

la aplicación cotidiana puede tropezar. Una encuesta a enfermeros en 2023–2024 evidenció brechas relevantes sobre el procedimiento de consulta del Registro Nacional do Testamento Vital, lo que confirma que la eficacia del sistema depende, en buena medida, de formación continua y uso rutinario del registro (Meireles, 2024).

- **Argentina:** La Ley N.º 26.529 reconoce la autonomía del paciente y encuadra las directivas anticipadas con pautas que sirven de guía tanto para el personal de salud como para las familias en situaciones críticas (Yarleque-Cardoza, 2016). El problema aparece después, en el terreno práctico; aunque se han impulsado esfuerzos de capacitación —como los vinculados a la Planificación Compartida de los Cuidados—, la falta de un formulario único dificulta estandarizar criterios y frena una adopción más amplia, porque cada institución puede terminar aplicando formatos y procedimientos distintos, con niveles desiguales de claridad y operatividad (Tripodoro, 2023).
- **México:** En México, el cuadro es menos uniforme —casi fragmentado— porque la regulación depende de cada entidad federativa; aun así, casos como Ciudad de México o Guanajuato dejan una pista valiosa; cuando las directivas anticipadas se anclan a políticas de cuidados paliativos, el instrumento deja de ser “papel” y se vuelve práctica clínica. Ese encaje sanitario facilita su activación en situaciones reales, ayuda a frenar intervenciones fútiles y, de paso, baja la tensión en el entorno familiar cuando el final de la vida obliga a decidir bajo presión (Carreño Zúñiga, 2019).

En conjunto, estas experiencias llevan a una idea central; la autonomía del paciente no se protege con fórmulas generales, sino con un diseño normativo que funcione en la práctica. Para eso se requiere un marco articulado —formalización, registro, consulta y aplicación clínica— que vuelva operativa la voluntad anticipada cuando la situación lo exige. En el Perú, la ausencia de ese andamiaje no solo incrementa fricciones éticas y familiares, sino que deja al personal sanitario sin una ruta segura para actuar de modo consistente con los valores del paciente (Forero, 2019). De ahí la urgencia de una regulación clara y culturalmente sensible; no un “copiado y pegado” de modelos externos, sino una norma que los evalúe con rigor, incorpore lo que ha probado eficacia y lo adapte a la realidad peruana, para que dignidad y autonomía se traduzcan en

garantías reales precisamente cuando más se ponen a prueba.

Evolución normativa comparada:

- **España:** El caso español suele citarse como el referente más sólido en directivas anticipadas, en buena medida porque combina una base estatal clara con un soporte registral que vuelve la voluntad consultable en la práctica clínica. Desde la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, y la puesta en marcha del Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP) en 2005, el modelo opera bajo un esquema mixto Estado–Comunidades Autónomas; la norma estatal fija garantías mínimas —documento escrito, intervención de fedatario o tres testigos y posibilidad de designar representante—, mientras que diecisiete normas autonómicas introducen ajustes procedimentales (plazos de inscripción, formularios propios, uso de lenguas cooficiales). En lo operativo, el otorgamiento suele realizarse ante notario o ante personal sanitario habilitado con dos testigos; luego, la inscripción en el RNIP —obligatoria y gratuita— genera una referencia electrónica única que el profesional puede visualizar en la historia clínica. El RNIP llega a junio de 2025 con 452 317 instrucciones vigentes, y el contenido deja ver prioridades muy concretas: 55 % incorpora negativa a reanimación cardiopulmonar y 18 % designa un representante. Ese dato, por sí solo, ya sugiere que el instrumento no se usa de manera abstracta, sino para decisiones clínicas muy específicas.

Ahora, el punto decisivo está en cómo se consulta. Los estudios de la Universidad Complutense (2023) señalan que, tras integrarse el RNIP a la historia clínica electrónica y activar alertas automáticas, la consulta efectiva se duplicó; cuando la información “aparece” donde el médico trabaja, la voluntad anticipada deja de ser un archivo remoto y se vuelve operativa. Con todo, persisten dos fricciones: la fragmentación autonómica, que puede generar incertidumbre si el paciente se desplaza entre comunidades, y una brecha de capacitación que todavía pesa, pues el Consejo General de Enfermería (2024) reporta que solo 62 % del personal accede al registro en menos de cinco minutos.

- **Portugal:** La Lei N° 25/2012 institucionaliza las Diretivas Antecipadas de Vontade bajo la forma de Testamento Vital y habilita una figura que, en la práctica, marca la diferencia cuando el paciente ya no puede decidir el

“procurador de cuidados de saúde” (representante). El circuito operativo se apoya en el RENTEV, donde la directiva se registra para que quede localizable y consultable en el sistema sanitario; de hecho, la activación suele pasar por completar el formulario (DAV) y tramitarlo en una unidad de salud o en los puntos habilitados, con una vigencia de 5 años (renovable), de modo que la voluntad no quede “congelada” sin revisión a lo largo del tiempo. Lo interesante —y aquí se nota el giro hacia lo clínico— es que el diseño no se agota en reconocer el derecho; busca volverlo accesible en el momento crítico, cuando todo ocurre rápido y con presión. Aun así, los propios datos difundidos por el sistema muestran que el desafío no es menor; en 2024 se registraron más de 9 mil testamentos vitales y, a enero de 2025, se reportaban alrededor de 42 mil activos; números relevantes, pero todavía modestos frente al universo de usuarios, lo que sugiere que la norma necesita ir acompañada de pedagogía institucional y cultura de uso, no solo de arquitectura legal.

- **Argentina:** Más que un “modelo único”, Argentina ofrece un esquema que se apoya en una base normativa clara, pero con desafíos de implementación federal. El punto de partida es la Ley 26.529 (2009) —y su reforma por la Ley 26.742 (2012)—, que incorpora en su artículo 11 la posibilidad de dictar directivas anticipadas sobre la salud; consentir o rechazar tratamientos (preventivos, paliativos, etc.), con el límite expreso de que las instrucciones que impliquen prácticas eutanásicas “se tendrán como inexistentes” y, en todo caso, deben ser aceptadas por el médico a cargo. De manera coherente con esa lógica de “voluntad verificable”, el Decreto 1089/2012 fija una formalización exigente; debe instrumentarse por escrito, ante escribano público o juez competente, y con dos testigos; además, puede revocarse en cualquier momento. Ahora bien, donde el sistema suele tensionarse es en lo operativo; la discusión se traslada a la fragmentación de registros y a la interoperabilidad de historias clínicas, un problema típico de los Estados federales; de hecho, la literatura reciente advierte que, sin historia clínica digital integrada y sin mecanismos de consulta accesibles, el derecho reconocido en la norma corre el riesgo de quedarse a medio camino en la práctica.
- **México (Ciudad de México):** En México no existe una ley federal única; el tema se regula por entidad, y la CDMX fue pionera con su Ley de Voluntad Anticipada (2008). En la práctica, el instrumento puede suscribirse ante notario (como

documento preventivo, con dos testigos y designación de representante) o en instituciones de salud mediante un formato clínico gratuito cuando ya existe un diagnóstico avanzado/terminal, lo que vuelve más “aterrizable” la decisión en el momento en que realmente importa. Además, para reducir barreras de acceso, la Secretaría de Salud capitalina informó que durante abril de 2025 el trámite sería gratuito en notarías para personas de 65+, y luego mantendría tarifas preferenciales (por ejemplo, \$750 + IVA para 65+ a partir de mayo de 2025, y \$1,600 + IVA para mayores de 18, en el marco del convenio con el Colegio de Notarios). Aun con estos avances, el desafío estructural sigue siendo la fragmentación interestatal; la portabilidad del documento se debilita cuando el paciente se desplaza, porque no todas las entidades cuentan con normas equivalentes.

Directivas Anticipadas:

Las directivas anticipadas son instrumentos jurídicos mediante los cuales una persona puede dejar expresadas —con anticipación y plena lucidez— sus preferencias sobre aceptar o rechazar determinados tratamientos médicos, para el caso en que más adelante su capacidad de decidir o comunicarse quede seriamente limitada. Ese escenario puede llegar por una enfermedad terminal, un accidente de extrema gravedad o un estado prolongado de inconsciencia; momentos en los que la persona, aun teniendo convicciones claras, ya no dispone de medios para hacerlas valer.

También llamadas testamento vital o voluntad anticipada, estas disposiciones cumplen una función tan simple como profundamente humana: evitar que las decisiones clínicas se adopten “a ciegas” y asegurar, más bien, que se mantengan coherentes con los valores, prioridades y deseos que el paciente dejó expresados, incluso en circunstancias especialmente difíciles.

La autonomía personal —columna vertebral de la bioética y reconocida en diversos marcos internacionales— es el soporte ético y jurídico que vuelve comprensibles estas directivas; no se trata de un “permiso” simbólico, sino del derecho del individuo a orientar su propio curso vital y, en particular, su atención sanitaria según convicciones y prioridades que le pertenecen. Vista así, y con toda la carga humana que implica decidir sin voz en momentos límite, su pertinencia en la clínica contemporánea se vuelve difícil de negar (Moreno Morejón, 2020). Y hay un efecto práctico que no conviene

minimizar; al dejar una voluntad clara, las directivas anticipadas ordenan la escena cuando todo tiembla —familia, equipo médico, tiempo—, aportando certidumbre y reduciendo fricciones éticas, emocionales y legales en circunstancias críticas (Forero, 2019).

Las directivas anticipadas se pueden organizar en dos grandes componentes que se articulan entre sí, siendo las siguientes:

El primero es el testamento vital, que funciona como un “mapa clínico” trazado por el propio paciente; deja indicado, con anticipación, qué tratamientos estaría dispuesto a aceptar o rechazar si en el futuro pierde la capacidad de decidir, especialmente en escenarios límite como una enfermedad terminal o una inconsciencia irreversible.

En ese documento pueden consignarse decisiones muy concretas —por ejemplo, no ser sometido a ventilación mecánica, alimentación por sonda u otros procedimientos invasivos— cuando esas medidas solo prolonguen el proceso sin un beneficio proporcional. El sentido de fondo es resguardar la dignidad del paciente y volver efectiva su autodeterminación en el tramo final de la vida (Yarleque-Cardoza, 2016). Además, tiene un efecto práctico importante; al poner límites a intervenciones desproporcionadas, brinda una guía que reduce la incertidumbre y orienta tanto al equipo de salud como a la familia para actuar en coherencia con los valores que el paciente dejó expresados (Pascual, 2021).

Poder notarial de salud: Junto al testamento vital —y, a veces, como su complemento más funcional— aparece el poder notarial de salud; un instrumento mediante el cual el paciente encarga a una persona de confianza (apoderado o representante) la toma de decisiones médico-sanitarias para el caso en que él ya no pueda expresarse por sí mismo. La lógica es sencilla, pero potente: cuando la capacidad se pierde, no se “pierde” también la voluntad; esta se canaliza a través de alguien que conoce al titular y que está llamado a decidir conforme a lo previamente conversado o asentado, manteniendo así coherencia con sus deseos originales. Esto cobra especial valor cuando las directivas escritas no alcanzan a cubrir el caso concreto, o cuando la realidad clínica obliga a interpretar con cierta flexibilidad qué habría considerado razonable el paciente. Ahí, justamente —en esos márgenes donde el documento no alcanza a preverlo todo y la situación clínica exige algo más que “leer y ejecutar”—, el instrumento abre un cauce confiable para traducir la voluntad a decisiones concretas sin traicionarla ni vaciarla de

sentido; permitiendo interpretar con prudencia, sostener el propósito del paciente y evitar que la urgencia o las presiones externas terminen sustituyendo lo que él o ella quiso realmente (Chaverra Castellar, 2022).

En esa medida, el poder notarial no sustituye necesariamente al testamento vital; más bien, lo complementa y lo refuerza, porque le añade una vía de decisión cuando el documento no basta por sí solo. Añade flexibilidad, protege derechos y favorece decisiones más personalizadas, porque introduce una voz autorizada —y conocida— capaz de sostener la orientación del paciente en medio de la incertidumbre. El objetivo primordial de las directivas anticipadas, en general, es salvaguardar el derecho de la persona a definir de antemano —y con plena conciencia— cómo desea ser atendida médicamente, incluso si más adelante enfrenta discapacidad o imposibilidad de comunicación. Al hacerlo, buscan que las decisiones clínicas no se aparten de los valores, convicciones y anhelos del paciente; por eso, cuando se implementan con seriedad, suelen traer beneficios concretos que se sienten tanto en la práctica médica como en el entorno familiar. Siendo dichos beneficios los siguientes:

- **Preservación de la autonomía:** Afirmar estas directrices es, en el fondo, afirmar un estándar de respeto; sostienen el deber de tutelar la dignidad y los derechos esenciales de la persona, asegurando que el paciente conserve —hasta donde sea posible— el control sobre su propia atención, y evitando que, en el apremio clínico o por simple inercia institucional, termine sometido a decisiones ajenas a su voluntad.
- **Prevención de conflictos éticos y familiares:** Cuando la voluntad del paciente ha sido expresada con anticipación, la discusión deja de apoyarse en conjeturas —ese “creo que él habría querido...” tan cargado de angustia— y pasa a sostenerse en un dato identificable y clínicamente utilizable. Esa claridad, sin estridencias, baja la intensidad emocional de la urgencia y acota el espacio de interpretaciones contrapuestas entre familia y equipo sanitario, sobre todo en escenarios donde el dolor, la culpa o la presión del tiempo suelen erosionar el juicio y convertir cualquier decisión en un campo de tensión. En ese sentido, la directiva anticipada opera como un punto de referencia: ordena el diálogo, fija un “piso” común y reduce el riesgo de conflictos sostenidos en suposiciones o interpretaciones inciertas (Cabeza de Vaca Pedrosa, 2017).
- **Evitar el encarnizamiento terapéutico:** En la clínica —y esto se siente con

especial fuerza cuando el tiempo apremia— queda claro que lo “posible” no siempre coincide con lo “debido”. Las directivas anticipadas cumplen, entonces, una función de contención; trazan un límite legítimo frente a intervenciones invasivas o desproporcionadas que no ofrecen un beneficio clínico razonable y, en cambio, prolongan el sufrimiento o dilatan el morir sin mejorar la calidad de vida. Con ese marco, la decisión clínica deja de ir “por inercia” y empieza a sostenerse en proporcionalidad y cuidado; en el fondo, vuelve practicable una exigencia tan simple como difícil; respetar la dignidad personal también implica reconocer — sin culpa y con criterio— cuándo no intervenir.

En suma, estas herramientas no existen para “llenar formularios”, sino para sostener una atención coherente con la calidad de vida y con la voluntad del paciente, justamente cuando la enfermedad, la discapacidad o la pérdida de conciencia vuelven más frágil su capacidad de decidir y comunicarse (Forero, 2019).

En el Perú, sin embargo, el marco regulatorio sigue siendo insuficiente. Si bien la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) reconoce el derecho a aceptar o rechazar tratamientos, no establece un itinerario normativo que permita formalizar, registrar y aplicar directivas anticipadas con seguridad y criterios uniformes. Ese vacío no es menor ni meramente “técnico”; compromete la seguridad jurídica del paciente y, a la vez, coloca al personal sanitario en una zona de exposición, obligado a decidir sin un marco operativo lo bastante claro que ordene responsabilidades y garantías (Carreño Zúñiga, 2019).

El efecto se siente en la práctica. Cuando faltan reglas, la voluntad del paciente puede quedar absorbida por interpretaciones de terceros y las decisiones clínicas se toman bajo presión, con dudas sobre responsabilidades, límites y garantías. Por eso, una regulación específica no sería un añadido decorativo, sino un ordenamiento necesario; definir reglas de elaboración, habilitar mecanismos de registro y establecer criterios de aplicación, de modo que familias y equipos de salud cuenten con pautas objetivas y el derecho del paciente se vuelva realmente exigible. Con ello, se favorecería una atención más consistente con la dignidad humana y con los estándares de la bioética contemporánea, además de reducir incertidumbre sobre responsabilidades y garantías (Forero, 2019).

Desde la bioética, su aporte se vuelve especialmente nítido; las directivas anticipadas

ayudan a sostener un equilibrio real entre autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en decisiones que casi nunca son lineales. Al anclar la conducta clínica en los valores y convicciones del paciente, refuerzan una atención más individualizada y éticamente exigente, y evitan que el curso terapéutico quede dictado solo por la inercia institucional o por el temor a “hacer menos” (Cabeza de Vaca Pedrosa, 2017).

Además, permiten planificar el cuidado con mayor orden. Al anticipar escenarios potencialmente conflictivos, alivian tensiones familiares y sostienen la coherencia del proceso clínico, porque ofrecen un norte cuando el margen de duda es alto. Y hay un efecto adicional —nada menor— fortalecen la integridad profesional, porque una directiva clara ofrece al equipo de salud un marco más seguro para decidir con discernimiento, empatía y responsabilidad, preservando la dignidad del paciente incluso cuando la situación pone a prueba la ética clínica (Moreno Morejón, 2020).

Perú: situación normativa vigente y propuestas

En el Perú, el testamento biológico (o directivas anticipadas) todavía no tiene una ley propia y completa; lo que existe es un “andamiaje” disperso. El punto de partida está en la dignidad de la persona como fin supremo del Estado (Constitución, Art. 1). En salud, el régimen de derechos de las personas usuarias regula el consentimiento y prevé qué ocurre cuando el paciente no puede decidir; el Reglamento de la Ley 29414 permite actuar mediante representante designado por “carta poder” con firma legalizada y, en su defecto, recurre a familiares según el orden previsto. Pero ese esquema sigue siendo funcional al consentimiento “del momento” y a la sustitución de la voluntad en incapacidad; no crea, como tal, un sistema con directivas anticipadas estandarizadas, reglas uniformes de formalización/registro/consulta clínica ni garantías operativas equivalentes a las de modelos comparados.

El vacío, sin embargo, ya se siente en la práctica y ha empezado a empujar el debate fuera del papel. Por un lado, el caso Ana Estrada dejó una huella jurisprudencial y pública al colocar la autonomía y la dignidad en el centro de decisiones médicas extremas (sentencia de 2021; y su fallecimiento fue reportado en abril de 2024). Por otro lado, en el plano legislativo, iniciativas como el PL 5937-2023-CR proponen reconocer un “testamento vital” como acto personalísimo, con exigencias formales (documento escrito, firma legalizada y tres testigos), posibilidad de designar representante y la obligación de incorporarlo a la historia clínica para su aplicación. Aun así, el desafío real no es solo “tener un proyecto”, sino cerrar los puntos de fricción;

cómo se articula con el consentimiento sustituto ya existente, qué pasa frente a objeciones profesionales, y qué mecanismos de cumplimiento (y consecuencias por incumplimiento) vuelven la voluntad anticipada una garantía efectiva y no una declaración bien intencionada.





CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

1. Enfoque

Esta investigación se apoya en un enfoque cualitativo que mira el testamento biológico desde tres ángulos que se cruzan todo el tiempo: el normativo, el ético y el cultural. Por eso el análisis toma como referencia las experiencias de España, Portugal, México y Argentina, pero no para “calcar” modelos, sino para discutir con seriedad qué tan viable sería una regulación en el Perú. En el fondo, la pregunta no es solo jurídica: es humana. Es en esas decisiones —cuando autonomía y dignidad se tensan— donde aparecen miedos, expectativas y dilemas que el derecho, quiera o no, termina regulando.

Con esa idea, el estudio evita tratar las normas como piezas cerradas y propone una lectura más situada: ¿Qué ocurre cuando el instrumento se aplica en escenarios reales? Se examina, entonces, cómo cada marco legal se enlaza con su contexto social y cultural, y cómo esa relación puede facilitar —o dificultar— la recepción del testamento biológico. Lo que interesa es ubicar componentes que han mostrado eficacia, identificar puntos de fricción y, desde ahí, distinguir qué podría ser útil para el Perú solo si se ajusta con cuidado y criterio.

De ahí el carácter exploratorio y reflexivo del enfoque. Más que registrar “qué dice la norma”, se sigue su trayectoria en la práctica y se observa qué tensiones se activan cuando la regulación aterriza en instituciones concretas, con actores reales, valores en disputa y límites operativos que rara vez aparecen en el texto legal (Ramírez Requena, 2022). En el caso peruano —marcado por diversidad cultural y por distintas formas de entender el final de la vida— esa sensibilidad no es un detalle metodológico; es una condición mínima para que cualquier propuesta sea pertinente.

Finalmente, el objetivo no se reduce a diseñar una norma “correcta” en términos formales. El propósito es aportar criterios para una regulación jurídicamente consistente y, a la vez, humanamente cuidadosa; que proteja la autonomía del paciente, sostenga su dignidad y ofrezca a la práctica médica un marco claro para actuar con responsabilidad precisamente cuando las decisiones son más difíciles.

2. Nivel

La ausencia de una ley peruana específica sobre testamento biológico —sumada a una doctrina nacional todavía incipiente— conduce a asumir un alcance exploratorio. El estudio, por tanto, no parte de certezas cerradas, sino de una necesidad previa; entender

el fenómeno, delimitar sus componentes y reconocer qué condiciones vuelven viable (o inviable) su incorporación en nuestro sistema de salud.

Con ese marco, el trabajo se mueve en dos planos. El primero es descriptivo: reconstruye, con detalle, cómo se regula el instrumento en España, Portugal, Argentina y México, poniendo el foco en lo que suele decidir su eficacia real: procedimientos, formalidades, garantías de consulta y mecanismos de aplicación clínica. La mirada no se queda en la letra de la norma; observa cómo esas regulaciones han logrado —en distinta medida— insertar la voluntad anticipada del paciente dentro de los circuitos sanitarios, de modo que no sea una declaración simbólica, sino una directriz capaz de proteger derechos y sostener la dignidad cuando la persona ya no puede expresarse (Gutiérrez Fernández, 2023).

El segundo plano —de naturaleza explicativa— eleva la exigencia del análisis: ya no basta con describir lo que otros países han hecho, sino que se indaga qué podría operar en el Perú sin violentar su contexto. Para ello, los elementos normativos y culturales identificados se leen a la luz de nuestras particularidades sociales, culturales e institucionales, midiendo su compatibilidad y los ajustes que requerirían para volverse realmente aplicables.

La mirada, además, no se queda en el catálogo de obstáculos. También busca ubicar oportunidades y condiciones mínimas de implementación (procedimientos, garantías, capacidades institucionales), justamente para evitar el desenlace más común: una norma correcta en el papel, pero frágil en la práctica. En esa línea, la investigación se orienta hacia un diseño que dialogue con la realidad peruana, armonice valores locales con estándares de derechos humanos y mantenga un eje rector inequívoco: dignidad humana y autonomía del paciente como criterio guía en decisiones especialmente sensibles.

3. Diseño

El diseño metodológico de esta investigación se define como no experimental, transversal y de alcance exploratorio. En la práctica, ello supone un giro deliberado; el estudio no pretende manipular variables ni “ensayar” intervenciones, sino comprender —con un cuidado casi artesanal— qué componentes normativos y bioéticos han sido decisivos en experiencias comparadas y, luego, ponderar si alguno de ellos puede dialogar con el contexto peruano sin forzarlo ni desfigurar su sentido.

Bajo esa premisa, la ruta metodológica descansa en dos pilares: una observación

rigurosa y el análisis comparativo de ordenamientos jurídicos y desarrollos doctrinales vinculados al testamento biológico, entendido como el instrumento mediante el cual el paciente deja expresada, de forma anticipada, su voluntad para escenarios en los que ya no pueda decidir por sí mismo (Gutiérrez Fernández, 2023). Y, por tratarse de un diseño transversal, el análisis se acota a un corte temporal definido; se revisa cómo están concebidas y cómo operan las disposiciones vigentes en cada país, sin perder de vista las dimensiones éticas y socioculturales que, en estos temas, suelen ser tan determinantes como la norma escrita.

Desde esa base, el enfoque resulta pertinente porque permite reconocer puntos de encuentro y divergencia entre modelos normativos, y, sobre todo, ubicar qué prácticas han mostrado consistencia y cuáles han generado fricciones. El interés no es armar un inventario técnico, sino comprender qué factores hacen que una regulación sea legítima, aplicable y, en última instancia, humana. En consecuencia, la metodología no se limita a responder “qué funciona” fuera, sino que empuja la pregunta hacia “cómo podría ajustarse aquí”, procurando que cualquier propuesta normativa sea jurídicamente sólida, éticamente coherente y respetuosa de la autonomía y la dignidad del paciente, en sintonía con los valores y sensibilidades de la sociedad peruana.

4. Método

La investigación se apoya en el método comparativo, porque es el camino más consistente para reconocer patrones, coincidencias y diferencias en la regulación del testamento biológico dentro de los países iberoamericanos seleccionados. A través de este enfoque, se revisan las soluciones normativas que cada sistema ha ido construyendo —sus énfasis, sus límites, sus mecanismos de garantía— y se identifican aquellos elementos que podrían trasladarse al Perú solo bajo una lógica de ajuste y no de copia, es decir, asimilar lo útil y reconfigurar lo necesario (Ramírez Requena, 2022). Por eso, el análisis no se reduce a un cotejo técnico; también incorpora una reflexión sobre cómo esas experiencias “encajan” (o chocan) con determinadas realidades sociales, institucionales y culturales, de modo que cualquier propuesta peruana resulte coherente, respetuosa y operativa.

En esa misma línea, el método comparativo permite mirar la efectividad del instrumento desde variables que van más allá del texto legal. Importan —y mucho— los factores éticos y culturales que condicionan su aceptación y su uso real; quién consulta el

registro, cómo se interpreta la voluntad anticipada, qué ocurre cuando hay conflicto familiar, qué tan accesible es el procedimiento, qué tan preparado está el personal de salud. Con esa base analítica, la investigación puede valorar con mayor precisión la viabilidad de una implementación peruana y, a la vez, sustentar recomendaciones concretas para una eventual legislación nacional. La meta, en consecuencia, no es diseñar una norma “bonita”, sino una regulación técnicamente consistente y humanamente cuidadosa, capaz de reflejar los valores colectivos y la identidad social que atraviesan a la sociedad peruana.

5. Unidades de estudio

En esta investigación, la “población” no está integrada por personas, sino por documentos: un conjunto organizado de fuentes jurídicas y doctrinales sobre testamento biológico en los países seleccionados. Ese corpus reúne, por un lado, normativa en sentido estricto —leyes, decretos, reglamentos, directivas y disposiciones administrativas— y, por otro, producción académica y doctrinal (artículos, ensayos, comentarios especializados) que discute derechos del paciente, autonomía personal, ética médica y el diseño institucional de las directivas anticipadas.

Junto a la normativa y la doctrina, el estudio incorpora informes y evidencias empíricas que ayudan a “aterrizar” el debate; cómo se entiende culturalmente el final de la vida, qué dilemas éticos aparecen con más frecuencia, qué resistencias se activan y qué condiciones facilitan —o bloquean— la adopción del instrumento. La elección no es casual; una regulación puede estar bien redactada y, aun así, fallar si no conversa con el contexto o si las instituciones no cuentan con mecanismos reales para aplicarla. Por eso, el análisis no se agota en el texto legal, sino que observa su recepción social y su operatividad institucional (De Miguel Beriain, 2020; Sánchez-Caro, 2021). En conjunto, este corpus amplía el campo de análisis y da mayor densidad al estudio, ofreciendo un sustento más sólido para valorar —con criterio jurídico y sensibilidad contextual— la viabilidad de adaptar el testamento biológico a la realidad peruana.

6. Técnicas e instrumentos

La recolección de información se apoyará, ante todo, en el análisis documental, porque en este tema “la evidencia” está escrita: normas, reglamentos, directivas administrativas y trabajos académicos que delimitan qué se permite, cómo se formaliza y bajo qué garantías. El examen será sistemático y orientado a variables concretas —formalización de las directivas anticipadas, registro, revocabilidad, límites legales y criterios éticos de

aplicación—, pero sin perder de vista una pregunta de fondo; si el diseño normativo mantiene coherencia interna y si, en la práctica, es compatible con el entorno jurídico y cultural en el que pretende operar (Sandoval Díaz, 2022).

Para que la información no se quede en un conjunto de fichas dispersas, el análisis se apoyará en una matriz comparativa que permita poner a conversar las fuentes entre países. Allí se trabajará con categorías definidas desde el inicio —vías de formalización, reglas de revocación, accesibilidad para el personal sanitario, tratamiento de dilemas éticos, entre otras—, de modo que las coincidencias y diferencias se vuelvan visibles por evidencia y no por intuición.

El sentido de este procedimiento es sencillo pero exigente: ordenar, contrastar y dejar que el propio material muestre sus patrones. Con esa base, la combinación entre lectura documental rigurosa y sistematización comparada busca un doble rendimiento: asegurar precisión jurídica y, a la vez, captar con mayor fineza aquello que estas reglas intentan proteger cuando la decisión clínica deja de ser un debate abstracto y se vuelve concreta, humana y profundamente vulnerable (Morales López, 2023).

7. Procedimientos

Para tratar el tema en serio, el estudio no se lanza a comparar “de frente”. Primero arma piso: junta, ordena y depura el material documental; recién con esa base pasa a la comparación y a la interpretación. La intención es clara: no quedarse en el texto frío de la norma, sino mirar cómo se fue armando el testamento biológico en cada país y qué pasa cuando esas reglas chocan —o calzan— con la forma en que una sociedad entiende el final de la vida, la autonomía y la relación con el sistema de salud (Alonso, 2023).

El arranque, entonces, es una revisión de literatura amplia, pero con brújula. Se rastrean normas, doctrina y estudios en fuentes oficiales y bases especializadas para armar un panorama consistente; no solo cómo se regulan las directivas anticipadas, sino cómo “circulan” en la práctica en las jurisdicciones elegidas. Se trabaja, entonces, con insumos jurídicos y académicos —legislación comparada, derecho sanitario y literatura arbitrada— con una intención muy precisa: aislar las reglas que de verdad deciden el juego, entender por qué fueron diseñadas de ese modo y reconocer los patrones que suelen reaparecer cuando se debate la validez, el alcance y las condiciones reales de aplicación del instrumento (González, 2022).

Con la evidencia ya sobre la mesa, llega un punto delicado —y, honestamente, decisivo—: acotar el corpus. No se trabaja bajo la lógica de “reunirlo todo”, porque eso solo infla el archivo y adelgaza el argumento; se elige, más bien, con criterio y con propósito. En esa selección entran únicamente las fuentes que hacen avanzar el estudio; las que permiten identificar principios jurídicos relevantes, reconstruir el diseño procedimental, precisar los márgenes de aplicación y recoger los debates éticos que rodean al testamento biológico. En esa lógica, el corpus ya no funciona como un “almacén” de textos acumulados, sino como una base probatoria con dirección; pertinente y sustantiva, seleccionada porque realmente sostiene el análisis y le da piso a lo que se afirma (Martínez, 2023).

Con el corpus ya cerrado, la información deja de estar “regada” y se ordena en una matriz comparativa diseñada desde el inicio con categorías explícitas. Esa matriz, casi como un mapa de ruta, obliga a mirar cada país con los mismos lentes —forma de formalización, reglas de registro y consulta, mecanismos de revocación, rol del representante, límites y dilemas éticos—, de modo que las coincidencias y diferencias aparezcan con nitidez y con control metodológico, no por corazonadas (Ramírez, 2021). A partir de ese orden, recién viene lo más delicado: interpretar. No interesa repetir “así lo hacen afuera”, sino leer qué fortalezas y qué grietas muestran esos modelos y qué supondría, con sus riesgos y condiciones, pensar una regulación aplicable al Perú; de ahí se desprenden conclusiones y recomendaciones pensadas para ser prudentes, culturalmente sensibles y útiles para una propuesta legislativa que pueda caminar en la realidad (Santos, 2023).

8. Aspectos éticos

Aunque esta investigación es estrictamente documental —sin entrevistas ni participación directa de personas—, eso no la vuelve “neutra” en términos éticos; justamente por lo que afirma y por cómo lo afirma, se apoya en reglas claras que resguardan la seriedad del trabajo y la responsabilidad académica del análisis. La primera es básica: respeto por la propiedad intelectual. Todo texto utilizado —sea norma, artículo, informe o estudio— se incorpora con citas y referencias completas, de modo que la autoría de ideas y datos quede perfectamente identificada. No es un detalle “bonito” para cumplir con el formato. Es el piso del trabajo. Sin ese cuidado, el estudio pierde legitimidad; se debilita el rigor académico y, peor aún, se borra la autoría real de ideas y hallazgos que no nos pertenecen. Citar y referenciar bien es, justamente, lo que

evita esa ambigüedad y pone el crédito donde corresponde; en el trabajo intelectual ajeno (Sánchez-Caro, 2021). El segundo resguardo no está en “qué” se concluye, sino en cómo se llega ahí. Por eso, los resultados se presentan sin adornos ni atajos; datos y conclusiones con claridad, con el foco puesto en que el análisis sea rastreable y se mantenga pegado a lo que las fuentes realmente dicen. Nada de escoger solo lo conveniente ni de forzar lecturas para que calcen con una idea previa; la meta es que cualquiera pueda seguir el hilo y verificar que las conclusiones descansan en evidencia, no en sesgos (Ramírez Requena, 2022).

Y cuando el trabajo deja de mirar afuera y empieza a proponer para el Perú, entra en juego otra cautela igual de importante: la diversidad cultural. Ese tercer resguardo opera como un freno a la copia automática. No se parte de la idea de “traer” modelos listos, porque una norma puede verse impecable en el papel y, aun así, fallar cuando entra en contacto con valores, prácticas y creencias que sostienen la vida social de distintas comunidades. Por eso, la apuesta no es importar, sino traducir con criterio; formular recomendaciones que dialoguen con el contexto peruano, sean respetuosas e inclusivas y ajusten la regulación a la sensibilidad sociocultural del país, en lugar de imponerse sobre ella (De Miguel Beriain, 2020).



CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados y Discusión

1. Fundamentos jurídicos del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina

Reconocimiento legal y principios rectores: En las cuatro jurisdicciones iberoamericanas estudiadas, el testamento biológico –también denominado testamento vital o directivas anticipadas– ha obtenido reconocimiento legal como expresión de la autonomía del paciente y del derecho a una muerte digna. Cada país, sin embargo, lo ha incorporado en momentos y marcos normativos distintos. España fue pionera al consagrar el testamento vital a nivel nacional mediante la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que introdujo la figura de las Instrucciones Previas. Esta ley estatal estableció una base jurídica clara sustentada en principios constitucionales como la dignidad de la persona y la integridad física, y en alineamiento con estándares internacionales (Por ejemplo, España es parte del Convenio de Oviedo sobre Bioética). En desarrollo de esta ley, en 2005 se creó el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP), integrando la voluntad anticipada al sistema sanitario español. Además, las Comunidades Autónomas emitieron sus propias normas complementarias, garantizando la operatividad en sus territorios, pero a costa de cierta diversidad procedimental. Gracias a este andamiaje, en España el testamento biológico ha llegado a percibirse como un verdadero derecho ejercitable en la práctica clínica cotidiana, integrándose “con relativa naturalidad al sistema sanitario” en las últimas décadas.

Por su parte, Portugal incorporó el testamento vital más tarde, pero de forma igualmente decisiva. La Lei N° 25/2012 reguló por primera vez las Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), reconociendo explícitamente el derecho de toda persona capaz a dejar directrices sobre futuros cuidados de salud. Esta ley portuguesa no solo consagra el principio de autonomía del paciente, sino que introduce una figura clave para garantizarlo: el “procurador de cuidados de saúde”, equivalente a un representante sanitario, encargado de velar por el cumplimiento de la voluntad del otorgante cuando este ya no pueda expresarla. Asimismo, la ley creó un Registro Nacional específico –el RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital)– donde inscribir las directivas para hacerlas accesibles al personal médico. El fundamento jurídico portugués, al igual que el español, se alinea con valores constitucionales (Por ejemplo, el derecho a la autodeterminación y protección de la dignidad de la persona en los artículos 24.º y 25.º de su Constitución) y con una visión bioética que favorece la ortotanasia (Muerte en condiciones naturales, sin encarnizamiento terapéutico) sobre la distanasia.

En México, el reconocimiento del testamento biológico –conocido allí como voluntad anticipada– ha sido fragmentado, dado su sistema federal. No existe a la fecha una ley nacional uniforme; en cambio, la Ciudad de México abrió camino con la primera Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008, orientada a garantizar el derecho a una muerte digna. Esta ley local, inspirada por preocupaciones bioéticas similares a las europeas, permitió a pacientes terminales decidir la suspensión de tratamientos que prolongasen artificialmente la vida. Tras la capital, numerosos estados adoptaron leyes parecidas –14 estados adicionales hasta la fecha, incluyendo Coahuila, Guanajuato, Hidalgo, Oaxaca, entre otros– aunque otros aún carecen de regulación, dejando un mosaico normativo en el país. Todas estas leyes estatales comparten la premisa fundamental de respetar la autonomía del paciente y su deseo de evitar el sufrimiento innecesario, diferenciando claramente la voluntad anticipada de la eutanasia (Prohibida en México) y circunscribiéndola a la negativa a tratamientos desproporcionados o intrascendente. A nivel constitucional mexicano, si bien no existe una disposición explícita sobre el testamento vital, se ha invocado el derecho humano a la protección de la salud y la libertad personal para justificar estas leyes estatales, que también se sustentan en la idea de dignidad humana en el final de la vida.

En Argentina, el marco jurídico del testamento biológico se consolidó a través de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009), modificada por la Ley 26.742 de 2012 – reforma conocida públicamente como “Ley de Muerte Digna”–. Esta normativa, de alcance nacional, incorporó en su artículo 11 el derecho de toda persona mayor de edad y capaz a dejar directivas médicas anticipadas; es decir, a consentir o rechazar por adelantado ciertos tratamientos médicos en caso de futura incapacidad, obligando al médico tratante a respetar esas directrices. La ley argentina establece como límite que ninguna directiva puede ordenar prácticas eutanásicas activas –cualquier instrucción en ese sentido “se tendrá por inexistente”–, manteniendo la ilegalidad de la eutanasia pero avalando la limitación del esfuerzo terapéutico (Rechazo de procedimientos invasivos, alimentación artificial, reanimación, etc.). El fundamento jurídico en Argentina proviene tanto de esta ley especial como de principios constitucionales y tratados internacionales de derechos humanos incorporados (Por ejemplo, el respeto a la autonomía personal deriva del Art. 19 de la Constitución y de obligaciones asumidas en instrumentos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos). En síntesis, Argentina reconoce normativamente el testamento vital como parte del derecho del paciente a decidir sobre su propio cuerpo, asegurando un marco legal para que su

voluntad prevalezca al final de la vida, dentro de límites éticos claros.

Análisis comparativo de fundamentos: A pesar de las diferencias en la vía de regulación (Ley nacional vs. estatal, momentos de aprobación y denominaciones), los cuatro países comparten un denominador común; el testamento biológico se apoya en principios jurídicos y bioéticos universales, en particular la autonomía de la voluntad, la dignidad humana y el derecho a no recibir tratamientos desproporcionados. España y Portugal optaron por leyes nacionales integrales, asegurando coherencia en todo su territorio (Aunque España permite desarrollos autonómicos); Argentina también legisla a nivel nacional, si bien enfrenta desafíos federales en la implementación; México, con su enfoque local, demuestra la necesidad de uniformidad mediante la evidencia de vacíos en estados que no han legislado. Todos los marcos jurídicos estudiados buscan equilibrar la potestad del paciente de decidir con garantías de que tales decisiones sean respetadas clínicamente. Se trata, en última instancia, de traducir en norma escrita una preocupación humana común: “respetar la voluntad del paciente cuando ya no puede expresarla, equilibrando exigencias legales con consideraciones éticas y culturales”. Este sustrato valorativo común explica que ninguno de estos ordenamientos haya encontrado obstáculos insalvables en sus estructuras jurídicas de base civilista para incorporar la institución. En otras palabras, regular el testamento biológico no ha supuesto contradecir principios legales preexistentes, sino más bien desarrollarlos para responder a los dilemas del final de la vida.

2. Formalidades jurídicas del testamento biológico en España, Portugal, México y Argentina

Requisitos formales y procedimientos: Del estudio comparado se desprende que la eficacia práctica del testamento biológico depende en gran medida de cómo se formaliza y aplica el instrumento. Cada país ha establecido exigencias jurídicas de forma para otorgar validez y autenticidad a la voluntad anticipada, así como mecanismos para hacerla llegar a los médicos en el momento oportuno. A continuación, se sintetizan las formalidades clave en cada modelo:

- **España:** La Ley 41/2002 fijó requisitos mínimos uniformes para todo el país: el testamento vital debe constar por escrito y ante una autoridad o testigos idóneos. En la práctica, esto se traduce en dos vías equivalentes: (1) escritura pública notarial, o (2) documento ante tres testigos mayores de edad, con plena capacidad, de los cuales al menos dos no tengan interés patrimonial en el futuro del paciente. Además, la ley reconoce la posibilidad de designar un representante (representante

para las instrucciones previas) que actúe en nombre del otorgante llegado el caso. Tras el otorgamiento, es obligatorio inscribir el documento en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, trámite gratuito que genera un código único vinculado a la historia clínica electrónica del paciente. Cada Comunidad Autónoma cuenta con oficinas o registros locales interconectados al RNIP, lo que permite que un médico, en cualquier parte de España, consulte rápidamente si su paciente tiene un testamento vital inscrito. Esta integración informática ha resultado crucial; estudios recientes muestran que, desde que el RNIP se vinculó con las historias clínicas electrónicas (incluyendo alertas automáticas), la consulta efectiva de las voluntades anticipadas se duplicó en los hospitales. En cuanto a la vigencia, la normativa española no establece un plazo de caducidad para las instrucciones previas; permanecen válidas indefinidamente, sin embargo, el otorgante puede modificarlas o revocarlas en cualquier momento (por el mismo procedimiento formal del otorgamiento). En síntesis, el modelo español enfatiza la autenticidad del documento (notario o formalidad equivalente), la posibilidad de nombrar representante y la trazabilidad mediante un registro electrónico nacional. Un desafío identificado es la fragmentación autonómica; pequeñas variaciones procedimentales entre regiones y la necesidad de asegurar reconocimiento mutuo pleno. No obstante, la tendencia ha sido hacia la homogeneización tecnológica – integración del registro con los sistemas de salud– para garantizar que la voluntad del paciente sea accesible y respetada a tiempo.

- **Portugal:** La Lei 25/2012 establece un proceso claro y centralizado. El testamento vital portugués (Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade) debe formalizarse por escrito en un formulario oficial y ser registrado obligatoriamente en el RENTEV (Registro nacional). El otorgamiento se realiza usualmente ante un funcionario de salud autorizado o en unidades designadas del Servicio Nacional de Salud, donde se verifica la identidad y capacidad del declarante. Se exige la identificación de hasta dos personas que fungirán como “procurador de cuidados de saúde”, es decir, representantes sanitarios facultados para intervenir en la toma de decisiones cuando el paciente esté incapaz. Un rasgo particular en Portugal es que las directivas anticipadas tienen una vigencia limitada de 5 años desde su otorgamiento. Cumplido ese plazo sin que el paciente las renueve, se asume –por seguridad jurídica– que podrían no reflejar su voluntad actual (Aunque en la práctica se invita al paciente a revalidarlas periódicamente).

Esta caducidad programada busca que la voluntad anticipada no quede “congelada” indefinidamente sin revisión, garantizando que el contenido esté actualizado. El registro RENTEV, es accesible en línea para los profesionales sanitarios, es la piedra angular del sistema; todo documento inscrito genera un código consultable en cualquier centro asistencial, con protocolos para verificar en emergencias si el paciente tiene un testamento vital activo. Al igual que España, Portugal permite la revocación o modificación libre de las directivas en cualquier momento, para lo cual basta con formalizar una declaración posterior (Que automáticamente anula la anterior en el registro). En resumen, el esquema portugués se distingue por su formalización unificada vía formulario, la obligatoriedad del registro nacional, la figura del representante de salud incorporada desde el inicio, y la necesidad de renovación periódica, todo orientado a asegurar que la voluntad anticipada sea auténtica, vigente y efectivamente conocida cuando sea necesaria.

- **México (Ciudad de México):** La Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México (2008) prevé dos modalidades de formalización, adaptándose a distintas circunstancias del paciente. La primera es el Documento de Voluntad Anticipada ante notario público; un instrumento notarial en el que la persona (Mayor de edad, capaz y en pleno uso de sus facultades) manifiesta su voluntad, de forma libre, consciente y reiterada, respecto a tratamientos que desea o no recibir en situación terminal. Este documento notarial requiere la presencia de dos testigos sin interés en la herencia, la presentación de identificaciones oficiales y el pago de derechos notariales. Asimismo, exige por ley que el otorgante designe un representante y un sustituto (Apoderados para asuntos de la voluntad anticipada) que serán quienes velen por el cumplimiento de sus deseos médicos cuando él no pueda expresarlos. La segunda modalidad es un Formato de Voluntad Anticipada en Institución de Salud, pensado especialmente para pacientes que ya se encuentran diagnosticados con una enfermedad terminal o en fase avanzada. En ese caso, el trámite se realiza de manera gratuita en hospitales públicos o privados habilitados, mediante la firma de un formulario clínico donde el paciente, junto a su médico y usualmente con testigos, deja constancia de sus directrices anticipadas. Esta alternativa “hospitalaria” facilita que, ante la inminencia de decisiones de fin de vida, el paciente formalice su voluntad sin tener que acudir a una notaría, integrando así el instrumento directamente al expediente clínico. Ambos caminos –el documento

notarial y el formato clínico– tienen igual validez legal en la Ciudad de México, y la Secretaría de Salud local centraliza copia de las voluntades anticipadas otorgadas en su jurisdicción. Cabe destacar que la Ciudad de México ha promovido activamente el uso de la voluntad anticipada mediante convenios con el Colegio de Notarios; por ejemplo, en 2025 se ofreció la gratuidad temporal del trámite notarial para adultos mayores de 65 años, seguido de tarifas preferenciales permanentes para personas de la tercera edad. Estas medidas buscan derribar barreras económicas y fomentar que más ciudadanos documenten su voluntad. En cuanto a su duración, la ley capitalina no impone fecha de expiración al documento; permanece vigente hasta que el otorgante decida revocarlo (posible en cualquier momento, también ante notario o por escrito en hospital, según corresponda). Un problema estructural en México es la portabilidad limitada de la voluntad anticipada; al ser una figura regulada a nivel estatal, si un paciente se traslada a otra entidad federativa sin ley equivalente, su documento podría no ser reconocido. Esto crea incertidumbre, pues no existe un registro nacional ni homogeneidad de formalidades entre los 15 estados que cuentan con ley de voluntad anticipada y aquellos que no. Pese a ello, en las entidades con normativa, las formalidades suelen compartir el énfasis en la escritura formal (notarial o equivalente), los testigos, la designación de representante y la inclusión del documento en la historia clínica para su consulta.

- **Argentina:** La legislación nacional argentina define las directivas anticipadas de manera general en la Ley 26.529, pero las formalidades específicas fueron detalladas en su reglamentación y normativa complementaria. En 2012, tras la reforma legal, el Decreto 1089/2012 estableció que el otorgamiento de directivas anticipadas debe hacerse por escrito y con firma certificada. En la práctica, esto significa que el paciente debe formalizar su voluntad anticipada ante un notario público (Escribano) o alternativamente ante un juez competente, en ambos casos contando con la presencia de dos testigos. Esta exigencia equipara la formalidad de las directivas médicas a la de un testamento ordinario abierto en cuanto a solemnidad, buscando garantizar la autenticidad y la claridad de la voluntad del paciente. La ley permite que las directivas incluyan tanto la aceptación como el rechazo de tratamientos médicos específicos (Sean terapéuticos, de soporte vital o paliativos), pero prohíbe que se plasme en ellas cualquier orden de realizar acciones eutanasicas o suicidio asistido (Tales cláusulas “no tendrán valor

jurídico”). Un aspecto importante es que en Argentina el paciente no nombra un representante sanitario mediante las directivas anticipadas –a diferencia de Portugal o México–; la ley se centró en las instrucciones mismas, asumiendo que, si el paciente no dejó directiva sobre algún aspecto, se acudirá a los representantes legales o familiares siguiendo las reglas generales de capacidad. En cuanto a la eficacia práctica, Argentina enfrenta retos para la implementación homogénea de estas formalidades en todo su territorio federal. No existe un registro nacional único de directivas anticipadas en funcionamiento pleno; en su lugar, las directivas suelen incorporarse en la historia clínica de cada paciente o en registros locales de cada provincia o institución de salud, lo que puede generar dispersión. La interoperabilidad limitada entre sistemas de salud provinciales implica que, aunque el documento tenga validez legal nacional, en la práctica un médico podría desconocer su existencia si el paciente cambió de jurisdicción. Por ello, la literatura argentina reciente advierte que sin una historia clínica digital integrada y sin mecanismos accesibles de consulta, el derecho reconocido por la ley puede quedar a medio camino en la realidad clínica. En todo caso, el testamento biológico en Argentina es revocable en cualquier momento por el paciente (Basta con expresar una voluntad posterior diferente, con la misma formalidad de escritura pública o declaración ante juez). Resumiendo, el modelo argentino privilegia la seguridad jurídica del documento (Mediante firma ante notario/juez y testigos) y asegura su carácter vinculante para los médicos, pero aún está construyendo los mecanismos para asegurar su difusión y consulta efectiva en cada rincón del país.

3. Cuadro comparativo de formalidades:

Para visualizar las similitudes y diferencias principales, se presenta el siguiente resumen:

País	Formalización del documento	Representante	Registro y acceso
España	Escrito ante notario o ante 3 testigos (≥ 2 sin interés). Firma del otorgante en plenas facultades. Revocable libremente.	Sí (figura de representante sanitario opcional puede designarse).	Registro Nacional de Instrucciones Previas obligatorio. Consulta integrada a historia clínica electrónica (alertas automáticas).
Portugal	Formulario oficial de Diretivas Antecipadas de Vontade firmado ante	Sí (obligatoria la designación de Procurador de Cuidados	Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) obligatorio. Consulta en línea por

País	Formalización del documento	Representante	Registro y acceso
México	funcionario de salud autorizado. Vigencia 5 años (renovable). Revocable libremente.	de Saúde). Puede nombrarse suplente.	profesionales de salud; requiere capacitación continua para uso óptimo.
	Modalidad notarial: Escritura ante notario con firma del otorgante (capaz y mayor) y 2 testigos, más elección de representante y sustituto. Modalidad clínica: Formato institucional suscrito en hospital (paciente terminal) con médicos y testigos. Revocable en cualquier momento (misma vía de otorgamiento).	Sí (en la vía notarial se exige nombrar representante y sustituto). En vía clínica suele sugerirse un contacto o representante, según lineamientos médicos locales.	Sin registro nacional; cada Estado maneja su base de datos o expediente. En CDMX, registro en la Secretaría de Salud local. Portabilidad limitada a Estados con ley equivalente. Documento debe agregarse a la historia clínica para eficacia. Campañas de difusión (Por ejemplo, trámites notariales gratuitos para adultos mayores) buscan ampliar su uso.
Argentina	Escritura pública ante notario o acto ante juez con 2 testigos, dejando constancia escrita de directivas. Revocable en cualquier momento (nueva declaración escrita).	No (la ley no prevé figura de representante especial; se aplican reglas generales de representación legal o familiares si el paciente no cubrió algo).	Sin registro nacional unificado; las directivas se incorporan en historias clínicas o registros provinciales (según provincia/institución). Falta interoperabilidad entre sistemas de salud federales, lo cual dificulta la consulta en ciertos casos. Necesidad identificada de formularios únicos y mayor capacitación para personal de salud.

Tabla 1: Cuadro comparativo de formalidades

Nota. Elaboración propia

Como refleja el cuadro, todas las jurisdicciones exigen la manifestación escrita y formal de la voluntad anticipada, con presencia de fedatario (Notario/juez) o testigos, asegurando así la autenticidad, libre voluntad y capacidad del otorgante. Asimismo, tres de los cuatro países contemplan la figura del representante sanitario (Sea opcional o requerida), entendiendo que una persona de confianza puede complementar el documento escrito al interpretar o hacer valer la voluntad del paciente en situaciones no previstas o de conflicto. La existencia de registros oficiales es otra constante en los modelos exitosos: España y Portugal instituyeron registros nacionales interoperables, mientras México y Argentina evidencian que su ausencia o fragmentación debilita la eficacia extraterritorial del testamento vital. En cuanto a plazos de vigencia, sólo

Portugal establece una caducidad formal (Renovable) para mantener actualizada la voluntad; en los demás países, la directiva perdura indefinidamente hasta revocación, aunque se recomienda revisarla si cambian las circunstancias del paciente. Finalmente, cabe resaltar que todos los sistemas permiten al otorgante modificar o anular sus directivas anticipadas en cualquier momento –garantizando que su última voluntad conocida sea la válida–, lo que reafirma el carácter voluntario y reversible de este instrumento.

Estado actual de la regulación del testamento biológico en el Perú

Vacío normativo y consecuencias prácticas: En contraste con los países analizados, el Perú no cuenta todavía con una ley específica de testamento biológico o directivas anticipadas. Actualmente existe apenas un “andamiaje disperso” de normas generales que tocan tangencialmente el tema. Por un lado, la Constitución Política del Perú reconoce la dignidad de la persona humana como fin supremo del Estado y garantiza derechos fundamentales como la integridad, la libre determinación y la salud (Artículos 1, 2 inciso 1 y 7). En desarrollo de esos principios, la Ley General de Salud y la Ley N° 29414 (Ley de Derechos de los Pacientes, 2009) afirman en términos generales el derecho del paciente a aceptar o rechazar tratamientos médicos. Incluso su reglamento prevé qué hacer cuando un paciente está incapacitado; permite la toma de decisiones por un representante designado mediante carta poder con firma legalizada y, en ausencia de tal poder, faculta a los familiares siguiendo un orden de prelación preestablecido. Sin embargo, ninguna norma peruana vigente regula un procedimiento para otorgar y registrar directivas anticipadas de manera estandarizada. Dicho de otro modo, en Perú el ejercicio de la autonomía del paciente en escenarios futuros de incapacidad queda al azar de interpretaciones y acuerdos informales. Este vacío normativo no es inocuo; deja a pacientes, médicos y familias navegando en la incertidumbre y propicia tensiones en el momento crítico de las decisiones de fin de vida. Cuando no hay reglas claras, las decisiones clínicas pueden terminar apartándose de lo que el propio paciente habría querido, ya sea por desconocimiento de sus deseos o por miedo de los médicos a incurrir en responsabilidad legal al limitar tratamientos sin un amparo explícito. En la práctica, se han documentado casos donde la ausencia de directivas anticipadas formalizadas desemboca en dilemas éticos (¿Hasta dónde prolongar la vida con medidas artificiales?), conflictos familiares (Miembros de la familia en desacuerdo sobre mantener o retirar soportes vitales) e incluso en riesgo de denuncias por mala praxis hacia los profesionales, dado que cualquier decisión es luego cuestionable sin un

respaldo normativo claro. Esta situación actual en el Perú se asemeja a un “terreno normativamente incierto” en el que la autonomía y la dignidad del paciente quedan en suspenso cuando más se ponen a prueba.

Exigencia social y bioética del cambio: A pesar de la carencia de una ley, en los últimos años la sociedad peruana y sus instituciones han empezado a dar señales de que el tema del testamento biológico no puede seguir postergándose. Un hito importante fue el caso de Ana Estrada, una activista con una enfermedad incurable que luchó por el derecho a una muerte digna (A través de la eutanasia) y obtuvo en 2021 un fallo judicial histórico reconociendo su autonomía en decisiones de fin de vida. Si bien su caso versaba sobre eutanasia –un tema distinto pero relacionado–, instaló en la agenda pública y jurídica la centralidad de la dignidad humana y la autodeterminación en situaciones médicas extremas. La gran repercusión mediática y el debate social que generó este caso mostraron una sensibilización social por el respeto a la voluntad del paciente. Pero ya hay señales en el Congreso de la República; ya se han presentado proyectos de ley para regular el testamento vital. Por ejemplo, el Proyecto de Ley N° 5937/2023-CR, presentado a fines del año 2023, busca reconocer el “testamento vital” como un acto personalísimo, estableciendo sus requisitos formales (Documento escrito y firmado ante notario y tres testigos), la designación de un representante y la obligación de adjuntar el documento a la historia clínica para su cumplimiento. Esta propuesta legislativa, tomando como ejemplo el derecho comparado, muestra que es posible jurídicamente y hay voluntad política de llenar el vacío legal. Pero todavía queda por resolver cómo integrar la nueva figura con el régimen actual de consentimiento sustituto (¿coexistiría el testamento vital con las normas actuales de carta poder y familiares, o las sustituiría?), cómo manejar las objeciones de conciencia de ciertos profesionales de la salud y qué sanciones o mecanismos de cumplimiento se establecerán para asegurar que la voluntad anticipada se respete en la realidad. Estos puntos deberán pulirse en el trámite legislativo para que la ley no quede en letra muerta. En definitiva, el debate ya ha trascendido el ámbito académico; hoy el Perú se halla ante la puerta de un cambio legislativo impulsado tanto por casos paradigmáticos que han sacudido a la opinión pública como por la experiencia iberoamericana.

Lecciones de los modelos iberoamericanos para el Perú: Los resultados de nuestro estudio comparado nos brindan modelos para elaborar una regulación peruana sobre testamento biológico, la cual es posible e integrable en nuestro sistema legal. En primer lugar, las experiencias de España, Portugal, Argentina y México muestran que un

instrumento de esta naturaleza no “choca” con las bases del derecho peruano, sino que más bien puede apoyarse en ellas para reforzar la protección de los pacientes vulnerables. De hecho, principios ya reconocidos en nuestro sistema –la dignidad humana, la autonomía personal y el derecho a la salud– servirían de pilares a una ley de testamento biológico, haciendo operativos esos valores en situaciones de máxima vulnerabilidad. Siguiendo esos lineamientos, una eventual ley peruana debería cimentarse explícitamente en el deber del Estado de tutelar la dignidad (Const. Art. 1) y en el respeto a la libre determinación sobre la propia salud (Const. Art. 7), acorde con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Esto situaría al testamento biológico no como una figura aislada, sino como una extensión natural de los derechos constitucionales ya vigentes, cuestión que también es consistente con los estándares internacionales de derechos humanos suscritos por el Perú (Por ejemplo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que enfatiza la dignidad de la persona, y la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que resalta el derecho a decidir libre e informadamente en materia de salud).

En cuanto al contenido normativo, de la comparación se desprenden tres ejes fundamentales que cualquier propuesta peruana debiera incorporar para garantizar la eficacia del testamento biológico: formalización escrita garantista, registro accesible y representante sanitario. Estos tres componentes replican los pilares que han demostrado funcionar en otros países y llenar el vacío que actualmente tenemos. En concreto, se recomienda que la ley peruana:

- Establezca un procedimiento formal claro para otorgar el testamento biológico, que incluya requisitos como la forma escrita del documento, la firma ante un notario o autoridad competente, y la presencia de testigos idóneos, asegurando así autenticidad, libre voluntad y capacidad en el otorgante. Esto brindaría seguridad jurídica al documento y confianza a los médicos para acatarlo, tal como sucede en España o Argentina donde la formalización robusta evita disputas sobre la validez de las directivas.
- Incorpore un sistema de registro nacional obligatorio de las voluntades anticipadas, idealmente interoperable con los sistemas de historia clínica a nivel nacional. La lección española es contundente en este aspecto: contar con un Registro Nacional conectado al sistema de salud hizo la diferencia en el

cumplimiento real de las directivas (Aumentó notablemente la consulta de estas cuando se integraron alertas electrónicas). Un registro peruano debería permitir que, ante una urgencia, el médico pueda verificar en segundos si el paciente tiene un testamento biológico y qué disposiciones contiene. Ello no solo aseguraría respeto a la voluntad del paciente, sino que brindaría respaldo legal al médico para actuar conforme a esa voluntad sin temor a represalias. Además, un registro único nacional evitaría problemas de fragmentación interna (Recordando la dificultad mexicana de falta de portabilidad entre estados) y daría uniformidad al sistema en un país unitario como el nuestro. El desarrollo de plataformas digitales seguras y la protección de datos sensibles serían consideraciones técnicas esenciales en esta materia.

- Prevea la figura del representante o apoderado para decisiones sanitarias, a elección del paciente, para que este delegado actúe como garante de la voluntad del otorgante. La experiencia portuguesa y mexicana sugiere que tener un representante nombrado aumenta la efectividad de las directivas, pues dicha persona puede aclarar dudas sobre instrucciones ambiguas y asegurarse de que se cumplan, especialmente cuando surgen presiones familiares o divergencias de criterio médico. En Perú ya existe la figura del representante legal para consentimiento sustituto (Vía carta poder, en el reglamento de la Ley 29414), pero esta ópera solo una vez que el paciente está incapacitado y no surge de una designación anticipada orientada por la propia voluntad del paciente. Incorporar un representante en el testamento biológico llenaría ese vacío; permitiría al paciente escoger con antelación a la persona de su confianza que velará por sus deseos, en lugar de depender automáticamente del cónyuge o familiar más cercano, lo cual respeta mejor la autonomía personal (Uno decide quién habla por uno, en vez de delegar eso al azar de parentescos).
- Delimite claramente el alcance de las directivas y sus límites éticos-legales, aprendiendo de la experiencia comparada. Todos los países analizados dejan fuera del testamento biológico la solicitud de eutanasia activa, y es previsible que la ley peruana deba hacer lo mismo para obtener consenso político y social. Debería explicitarse que las directivas anticipadas permiten rehusar tratamientos o procedimientos de soporte vital cuando sean desproporcionados, optar por cuidados paliativos sobre medidas curativas extraordinarias, e incluso expresar

preferencias sobre procedimientos post mortem (Como la donación de órganos), pero no autorizan actos deliberados para causar la muerte del paciente. Esta precisión alinearía la norma con la postura bioética mayoritaria de promover la ortotanasia (Muerte digna y sin encarnizamiento) y la limitación del esfuerzo terapéutico, distinguiéndolas claramente de la eutanasia. Dicha distinción es crucial en el contexto peruano, dada la influencia cultural y religiosa que podría oponerse a una norma que siquiera insinuara la legalización de la eutanasia. Insistir en que el testamento biológico no es eutanasia sino un instrumento de autonomía dentro de los márgenes legales y éticos (Similar a como se ha hecho en México, donde se enfatiza que regula la ortotanasia y prohíbe la eutanasia) contribuirá a su aceptación social.

Además de estos ejes centrales, la discusión comparada aporta consideraciones sobre implementación que son igualmente relevantes. La sola promulgación de la ley no garantizará cambios inmediatos en la práctica clínica; se requerirá un esfuerzo sostenido de difusión, capacitación y sensibilización. Portugal descubrió que, aun con un buen marco legal, muchos profesionales de la salud desconocían el procedimiento para consultar el registro de testamentos vitales, reduciendo su efectividad. España también enfrentó inicialmente bajas tasas de uso del registro hasta que integró alertas y formó a su personal. México ha visto que, sin cultura de uso, el número de voluntades anticipadas firmadas crece lentamente. Estos ejemplos indican que en Perú deberá acompañarse la eventual ley con programas de capacitación para médicos, enfermeras y demás profesionales sanitarios, de modo que se familiaricen con el nuevo instrumento, sepan cómo registrarlo, cómo consultarlo y cómo aplicarlo correctamente en contexto clínico. Igualmente, importante será emprender campañas de educación y sensibilización pública; informar a la ciudadanía sobre qué es (Y qué no es) el testamento biológico, cuáles son sus beneficios, cómo se puede otorgar, y despejar mitos (Por ejemplo, el temor de que signifique “que me dejen morir” sin atención, cuando en realidad se trata de recibir cuidados acordes con los propios valores). La experiencia de Ciudad de México revela que las personas mayores fueron quienes más recurrieron a la voluntad anticipada una vez que estuvo disponible, lo que sugiere la necesidad de dirigir estrategias de difusión a poblaciones vulnerables, como adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas, que pueden beneficiarse enormemente de planificar su cuidado futuro. Una sociedad informada es más propensa a aprovechar

la herramienta; solo en la Ciudad de México, a 2024, decenas de miles de personas ya habían firmado voluntades anticipadas, predominando mujeres mayores de 60 años, lo que evidencia la demanda social latente por este tipo de instrumentos cuando existen y se conocen.

Asimismo, Perú deberá prever la articulación del testamento biológico con sus políticas de salud existentes, en especial con los cuidados paliativos. La voluntad anticipada no debe verse como un documento aislado en un cajón, sino como parte de un continuum de atención médica centrada en el paciente. En México, se observó que cuando las directivas anticipadas se integran en programas de cuidados paliativos, pasan de ser “solo papel” a ser verdaderas guías clínicas en la práctica, ayudando a evitar intervenciones fútiles y enfocando la atención en la calidad de vida. Perú, que recién ha promulgado en 2021 una Ley de Cuidados Paliativos, podría enlazar la implementación del testamento biológico con el fortalecimiento de esos servicios, asegurando que los profesionales paliativistas lideren su aplicación correcta. Esto, además, contribuiría a que el testamento biológico no sea percibido como un “trámite legal” abstracto, sino como una herramienta médica que mejora la atención al final de la vida.

Relevancia bioética e internacional: Finalmente, es preciso enmarcar la urgencia de una regulación peruana en términos de principios bioéticos universales y compromisos internacionales. El vacío normativo actual implica que Perú se encuentra rezagado respecto a estándares que ya son comunes en muchas democracias: respetar la autonomía del paciente hasta el final de la vida es considerado una extensión natural del derecho a la vida digna y a la salud. Organismos internacionales y tribunales constitucionales en otros países han sostenido que la dignidad no se suspende en la etapa final de la vida y que el Estado debe organizar su sistema sanitario para hacer efectivos los derechos de los pacientes, incluyendo el derecho a rehusar tratamientos, sin dilaciones ni obstáculos. En ese sentido, dotar a los peruanos de un marco legal para el testamento biológico no es solo una política deseable, sino potencialmente una exigencia derivada del principio de efectividad de los derechos humanos (Art. 44 de la Constitución). Desde el punto de vista bioético, los cuatro principios clásicos – autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia– respaldan de lleno la implementación de las directivas anticipadas. Permitir que el paciente decida anticipadamente evita prolongar sufrimientos inútiles (*Primum non nocere*, no maleficencia) y asegura una atención acorde a sus valores y no a decisiones paternalistas de terceros (Justicia y autonomía). Se trata, en últimas, de humanizar la

medicina reconociendo que el paciente es sujeto de derechos hasta el final, no un objeto pasivo de intervenciones.

La introducción del testamento biológico en Perú, con las debidas adaptaciones, significaría cerrar una brecha importante con respecto a países vecinos y cumplir con una aspiración ética fundamental; que cada persona pueda mantener el control sobre decisiones críticas de su vida, aunque la enfermedad le quite la voz. Los resultados de esta investigación han mostrado que regular el testamento biológico es jurídicamente viable y socialmente necesario en el Perú, siempre que se adecúe a nuestra realidad constitucional y cultural. No se trata de copiar modelos foráneos sin filtro, sino de aprender de ellos para evitar sus errores y replicar sus aciertos en un marco propio. Si Perú adopta estos mecanismos –formalización escrita con garantías, registro nacional interoperable, representante designado, y estrategias efectivas de implementación–, estaría dando un paso firme para asegurar la dignidad humana, la autonomía del paciente y el derecho a una muerte digna en el contexto peruano contemporáneo. En conclusión, los resultados obtenidos al comparar los modelos iberoamericanos robustecen la postura de que el país ya cuenta con los fundamentos jurídicos y éticos para avanzar en esta materia; lo que resta es voluntad normativa y un diseño cuidadoso que dialogue con la diversidad peruana. La discusión ahora planteada, informada por la evidencia comparada, sienta las bases para que el legislador y la sociedad encaminen conjuntamente una solución legal que, respetando nuestras particularidades, llene el vacío actual y brinde paz, certeza y humanidad a las decisiones al final de la vida.



CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: El estudio comparado permite sostener una conclusión central; regular el testamento biológico en el Perú no solo es jurídicamente posible, sino también normativamente necesario. La incorporación de directivas anticipadas encaja con plena coherencia en el marco constitucional peruano, porque se apoya en pilares ya reconocidos —dignidad humana, autonomía de la voluntad y derecho a la salud— y los vuelve operativos en escenarios de máxima vulnerabilidad. Las experiencias de España, Portugal, Argentina y México, todos sistemas de raíz civilista, muestran que este tipo de regulación no “choca” con estructuras jurídicas como la nuestra; al contrario, funciona como un mecanismo eficaz para reforzar la protección de los derechos del paciente cuando su capacidad de decisión se debilita o desaparece. Por eso, la ausencia de una norma específica en el Perú no revela una imposibilidad jurídica, sino una omisión legislativa; un vacío que puede —y debe— corregirse mediante una regulación clara, garantista y adecuada a la realidad nacional.

SEGUNDA: El análisis comparado muestra que el Perú sí puede construir una regulación eficaz del testamento biológico a partir de componentes normativos concretos y transferibles, sin desnaturalizar su tradición civilista. Las experiencias de España, Portugal, Argentina y México sugieren tres ejes que vuelven operativa la autonomía del paciente: (i) reglas de formalización garantista (Documento escrito con autenticidad, capacidad, libertad de decisión, fecha cierta y posibilidad de modificar o revocar), (ii) un registro nacional o sistema interoperable que permita la consulta oportuna por el personal sanitario —sobre todo en urgencias o pérdida de capacidad— evitando que la voluntad anticipada quede inaccesible o meramente simbólica, y (iii) la designación de un representante sanitario como figura de apoyo y garantía, encargada de comunicar e interpretar directrices dentro de límites legales y clínicos, reduciendo conflictos familiares y dando mayor seguridad al equipo médico. En conjunto, estos tres ejes traducen el principio de autonomía en mecanismos prácticos y verificables para la atención en salud.

TERCERA: Se concluye que, en el Perú, el hecho de no regular el testamento biológico no es una simple “ausencia de ley”; es dejar las decisiones más delicadas sin un carril jurídico. Cuando llega un caso de discapacidad grave y el paciente ya no puede expresar su voluntad, el sistema empuja a dos salidas imperfectas: o decide el médico

con amplio margen discrecional, o decide la familia sustituyendo al paciente. Y ahí aparece el problema central: ninguna de esas vías asegura, por sí sola, que lo que se haga refleje de verdad lo que la persona habría querido para sí misma. El resultado se repite: más fricciones entre familia y equipo de salud, dilemas éticos sin un marco para resolverlos y una mayor exposición a cuestionamientos y responsabilidades.

Por eso, la conclusión es clara: un marco legal de directivas anticipadas no sería decorativo. Serviría para ordenar la decisión clínica, poner límites a intervenciones desproporcionadas y, sobre todo, hacer exigible lo que el paciente ya dejó definido como valioso para su propia vida y su propio final.

CUARTA: El análisis permite sostener que la eventual regulación del testamento biológico en el Perú no puede diseñarse como una importación “lista para usar”. Para que el instrumento sea legítimo y, sobre todo, aplicable, debe incorporar de forma expresa los factores bioéticos, sociales y culturales que atraviesan la realidad nacional. La diversidad cultural del país, el peso de convicciones religiosas en la comprensión del final de la vida y el lugar central que ocupa la familia en las decisiones sanitarias obligan a pensar una norma que dialogue con ese contexto, no que lo ignore. De ahí que el camino razonable sea una adaptación con enfoque intercultural e inclusivo; una regulación capaz de ganar aceptación social sin diluir su finalidad. En esa clave, el reto no es elegir entre autonomía individual o valores colectivos, sino construir una arquitectura normativa que los armonice: que proteja la voluntad del paciente, pero que también reconozca cómo, en la práctica peruana, se decide, se acompaña y se asume la responsabilidad en los momentos clínicos más difíciles.

QUINTA: La conclusión final va más allá de “crear un documento”. El testamento biológico, bien regulado, se convierte en una pieza de política pública sanitaria; ayuda a que el sistema tome decisiones con sentido, no solo con técnica. Pone orden donde hoy hay incertidumbre, y permite que el final de vida se gestione con criterios más claros, reforzando los cuidados paliativos y evitando que los recursos se gasten en intervenciones que no aportan un beneficio real para la persona.

Y eso se nota en la práctica. Con reglas y procedimientos definidos, la familia deja de cargar —a ciegas— con decisiones que suelen partirla en dos; el personal sanitario actúa con mayor respaldo y menor exposición a conflictos o responsabilidades difusas; y el modelo asistencial se vuelve más coherente con lo que debería priorizar: la

dignidad, la autonomía y el trato humano cuando todo se vuelve frágil. Por eso, incorporar el testamento biológico al marco normativo peruano no es un “extra”, sino un avance necesario hacia un sistema de salud más ético, previsible y respetuoso de los derechos humanos.

RECOMENDACIONES

Primera recomendación: Se propone la elaboración, debate y promulgación de una Ley de Directivas Anticipadas (Testamento Biológico) en el Perú, basada en los principios constitucionales de dignidad y autonomía personal y en la experiencia comparada exitosa de otros países. Dicha ley debe otorgar un marco jurídico claro que llene el vacío normativo actual, garantizando el derecho de cada persona a decidir anticipadamente sobre los tratamientos de salud que recibirá o rechazará al final de su vida. La recomendación se sustenta en la obligación del Estado de tutelar la dignidad humana (Constitución Política Art.1) y en el respeto a la libre determinación sobre la propia salud (Constitución Política Art.7) – valores recogidos en la Constitución Política del Perú y acordes con los principios bioéticos de autonomía y beneficencia. Asimismo, se toma en cuenta que países como España, Portugal y Argentina han adoptado leyes nacionales integrales sobre directivas anticipadas, logrando coherencia normativa en todo su territorio, a diferencia de modelos parciales como el de México (Donde solo existen leyes estatales). Un marco legislativo nacional y unificado evitará fragmentación o contradicciones, garantizando la eficacia plena del testamento biológico en cualquier jurisdicción del país. Cabe señalar que la Ley General de Salud peruana (Ley N° 26842) ya reconoce en términos generales el derecho del paciente a aceptar o rechazar un tratamiento médico y exime de responsabilidad al médico si el paciente se niega a recibirlo. Sin embargo, no existe hoy un procedimiento formal ni registro oficial para dejar constancia vinculante de esa voluntad anticipada. La nueva ley no sería un adorno normativo; vendría a tapar un hueco que hoy deja a todos “a la deriva”. Pacientes que no tienen cómo asegurar que su voluntad se respete cuando ya no puedan hablar; y personal sanitario que termina actuando entre dudas, presiones familiares y miedo a responsabilidades. Con una regla clara, el sistema gana piso: se vuelve más previsible, más humano y, sobre todo, más coherente con la Constitución cuando dice que la dignidad no se suspende en la etapa final de la vida.

Por eso, más que seguir acumulando diagnósticos, lo razonable es dar el siguiente paso:

preparar un anteproyecto articulado que tome lo esencial que ya mostró el análisis comparado y lo aterrice en algo aplicable al Perú, sin copiar mecánicamente, pero sin inventar desde cero.

- **Artículo 1º. – Objeto y definiciones:** La presente ley tiene por objeto regular las directivas anticipadas de salud —también denominadas testamento biológico— como el instrumento jurídico mediante el cual toda persona mayor de edad, capaz y actuando libremente, expresa con carácter previo su voluntad respecto de los cuidados, procedimientos y tratamientos médicos que desea recibir o rechazar, para que dicha voluntad sea respetada y cumplida cuando se encuentre en una situación que le impida manifestarla por sí misma.
- **Artículo 2º. – Naturaleza jurídica:** La directiva anticipada de salud es un acto jurídico unilateral, personalísimo, formal, revocable y no recepticio, distinto del testamento regulado en el Libro IV del Código Civil, sin que le sean aplicables las disposiciones sobre sucesión testamentaria salvo remisión expresa de la presente ley.

Sus efectos se producen exclusivamente en vida del otorgante, desde el momento en que este se encuentre en situación de incapacidad para decidir conforme al artículo 1º literal b), y cesan con su fallecimiento, sin perjuicio de que el otorgante pueda, dentro del mismo documento o en documento distinto, expresar disposiciones sobre el destino de su cuerpo u órganos para después de la muerte, las cuales se rigen por la Ley N° 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, y su reglamento.

- **Artículo 3º. – Requisitos de forma y otorgamiento:** La directiva anticipada de salud deberá constar por escrito, en documento firmado por el otorgante con indicación de la fecha de otorgamiento, cumpliendo las siguientes formalidades:
 - a) Otorgamiento ante notario público, con incorporación al registro notarial correspondiente;
 - b) Suscripción del documento debe contar con la firma de dos testigos mayores de edad, sin interés directo ni indirecto en su contenido;
 - c) El otorgante deberá dejar constancia expresa en el propio documento de

haber recibido, con carácter previo a su suscripción, orientación médica suficiente sobre el alcance, los beneficios, los riesgos y las consecuencias clínicas de las decisiones consignadas en la directiva anticipada.

En casos excepcionales de urgencia médica que impidan el otorgamiento conforme a las formalidades del artículo del presente artículo, el otorgante podrá manifestar su voluntad anticipada de manera verbal, ante el funcionario de salud autorizado o el médico tratante y con la presencia de dos testigos mayores de edad, debiéndose dejar constancia escrita en la historia clínica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, bajo responsabilidad del profesional interviniente.

Cuando existan dudas razonables sobre la capacidad del otorgante al momento de suscribir la directiva, notario interviniente podrá requerir un informe médico que acredite su plena capacidad, el cual se incorporará como anexo del documento.

El notario, remitirá copia del documento al Registro Nacional de Directivas Anticipadas de Salud creado por el artículo 6° de la presente ley, dentro de un plazo no mayor de siete (7) días hábiles contados desde su otorgamiento, salvo que el otorgante manifieste expresamente su voluntad de no inscribirlo, conforme al carácter voluntario de la inscripción previsto en dicho artículo.

Efectuada la inscripción, el Registro asigna a la directiva anticipada un código único de identificación, el cual se incorpora a la historia clínica electrónica del otorgante conforme al artículo 6°, a efectos de su verificación oportuna por el personal de salud tratante.

La falta de inscripción registral no afecta la validez ni la eficacia de la directiva anticipada otorgada conforme al presente artículo, sin perjuicio de que dicha inscripción constituye el mecanismo ordinario para asegurar su oportuno conocimiento por los establecimientos de salud a nivel nacional.

- **Artículo 4°. – Contenido de la directiva anticipada:** El documento podrá contener, entre otras, instrucciones sobre:

- a) La aceptación o el rechazo de tratamientos de soporte vital u otras intervenciones médicas ante enfermedad terminal o estado de inconsciencia

prolongada, incluyendo alimentación e hidratación artificial, reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, cirugías o tratamientos experimentales;

b) Su voluntad de recibir cuidados paliativos integrales;

c) La orden de no reanimar, cuando corresponda;

d) La designación de representante sanitario conforme al artículo 5°.

Ninguna directiva anticipada podrá contener disposiciones que impliquen la realización de actos prohibidos por el ordenamiento jurídico vigente, incluyendo la eutanasia activa y el auxilio al suicidio en tanto no se encuentren permitidos por la legislación peruana, ni podrá obligar al personal de salud a ejecutar tratamientos, omisiones o procedimientos contrarios a las buenas prácticas clínicas o a la *lex artis*. Las disposiciones que contravengan lo señalado en el presente artículo se tienen por no puestas, sin que ello afecte la validez del resto del documento.

- **Artículo 5°. – Representante designado:** El otorgante podrá designar a una persona mayor de edad y con plena capacidad de ejercicio como representante sanitario, cuya función es velar por el cumplimiento de la voluntad expresada en la directiva anticipada cuando el otorgante no pueda manifestarla por sí mismo, actuando como interlocutor con el equipo tratante e interpretando el sentido de las disposiciones ante situaciones no previstas expresamente, sin poder contradecir la voluntad manifestada por el otorgante.

A falta de representante designado, o en caso de fallecimiento, incapacidad sobreviniente, actuará como decisor sustituto conforme al siguiente orden de prelación: cónyuge o conviviente, hijos mayores de edad, padres, y hermanos mayores de edad, sin poder contradecir la voluntad manifestada por el otorgante.

El otorgante podrá designar como representante sanitario a alguno de los testigos que hayan intervenido en el otorgamiento de la directiva anticipada.

El otorgante podrá revocar o sustituir al representante sanitario en cualquier momento, mediante las mismas formalidades previstas para el otorgamiento de la directiva.

- **Artículo 6º. – Registro Nacional de Directivas Anticipadas:** Créase el Registro Nacional de Directivas Anticipadas de Salud, de naturaleza pública, a cargo del Ministerio de Salud, interconectado con el Sistema de Historia Clínica Electrónica a nivel nacional.

La inscripción es voluntaria y no constituye requisito de validez de la directiva anticipada, sin perjuicio de lo cual el reglamento promoverá su inscripción como garantía de eficacia y oportuno conocimiento por parte del personal de salud.

El registro será digital, seguro e interoperable entre establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional. El acceso a su contenido se restringe al propio otorgante y al personal de salud tratante, conforme a las normas de protección de datos personales y de confidencialidad de la información en salud.

- **Artículo 7º. – Obligaciones del personal de salud:** El personal de salud está obligado a respetar las directivas anticipadas válidamente otorgadas, salvo que su contenido contravenga el ordenamiento jurídico vigente o los estándares médicos de buena práctica, en cuyo caso deberá dejar constancia motivada en la historia clínica.

El profesional de salud que actúe conforme a una directiva anticipada válida y de buena fe queda exento de responsabilidad civil, penal y administrativa por dicho cumplimiento.

El profesional de salud podrá, excepcionalmente, ejercer objeción de conciencia respecto de instrucciones que colisionen gravemente con sus convicciones éticas o religiosas. En tal supuesto, el establecimiento de salud deberá garantizar, de manera inmediata, la continuidad asistencial mediante la asignación de otro profesional que dé cumplimiento a la directiva, sin que ello suponga demora perjudicial para el paciente.

El establecimiento de salud, público o privado, que incumpla las obligaciones establecidas en la presente ley incurre en responsabilidad administrativa, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiera lugar, conforme a la normativa sectorial vigente.

- **Artículo 8º. –Modificación, revocación y actualización:** El otorgante conserva en todo momento la facultad de modificar o revocar su directiva anticipada, mediante las mismas formalidades previstas para su otorgamiento en el artículo 3º.

En situaciones de urgencia en las que no sea posible cumplir dichas formalidades, la revocación podrá realizarse de manera verbal ante dos testigos, debiendo dejarse constancia escrita en la historia clínica a la brevedad posible.

Cuando la directiva anticipada revocada o modificada se encontrará inscrita en el Registro Nacional de Directivas Anticipadas de Salud, el notario, el profesional de salud o el testigo interviniente en la revocación o modificación deberá comunicar dicho acto al Registro dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas, a efectos de que se actualice el estado de la inscripción bajo el mismo código único de identificación o, de corresponder, se genere uno nuevo vinculado al documento vigente. En tanto no se realice dicha comunicación, el Registro y la historia clínica electrónica mantendrán como vigente la última directiva inscrita, sin perjuicio de la validez de la revocación entre el otorgante y quienes hayan tenido conocimiento directo de ella conforme al presente artículo.

La directiva anticipada otorgada con posterioridad deja sin efecto, en lo que resulte incompatible, a la anteriormente otorgada.

La directiva anticipada se extingue por revocación, por el fallecimiento del otorgante o, de haberse fijado un plazo de vigencia, por el vencimiento de este. La extinción por fallecimiento se comunica de oficio al Registro por el establecimiento de salud que certifique la defunción, para efectos de la baja correspondiente.

- **Artículo 9º. – Disposiciones finales y reglamentarias:** El Ministerio de Salud aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario contados desde su publicación, el cual desarrollará, entre otros aspectos: el procedimiento de inscripción en el Registro Nacional de Directivas Anticipadas de Salud; el formato referencial del documento; los criterios para la verificación de la capacidad del otorgante; los mecanismos de difusión e implementación progresiva en establecimientos de salud a nivel nacional; y la

conformación y funcionamiento de los comités de bioética hospitalaria.

En la elaboración del reglamento, el Ministerio de Salud promueve la participación de colegios profesionales, asociaciones de pacientes, academia y sociedad civil.

El Ministerio de Salud realiza evaluaciones periódicas sobre la aplicación de la presente ley, con la finalidad de proponer los ajustes normativos que resulten pertinentes.

Segunda recomendación: Desplegar campañas permanentes de difusión y sensibilización ciudadana sobre los derechos de las personas en la etapa final de la vida y la posibilidad de otorgar directivas anticipadas. Se recomienda que el Estado, en coordinación con los colegios profesionales de salud, universidades y organizaciones de la sociedad civil, desarrolle programas de información masiva que expliquen en lenguaje claro y accesible qué es el testamento biológico, cuál es su valor ético-jurídico y cómo puede otorgarse. Estas campañas deben disipar mitos, temores o prejuicios en torno al tema (Por ejemplo, la creencia errónea de que una directiva anticipada equivale a eutanasia) y enfatizar que se trata de un derecho humano y constitucional del paciente, orientado a asegurar una muerte digna conforme a sus valores. Una adecuada socialización de la figura permitirá fomentar su aceptación y arraigo social, especialmente entre poblaciones vulnerables: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, y también sus familiares. La justificación de esta recomendación reside en que, sin conocimiento público, aun la mejor ley tendría escaso impacto práctico. Los ciudadanos difícilmente suscribirán directivas anticipadas si no conocen de su existencia o de sus beneficios. De hecho, la experiencia comparada muestra que en países o regiones donde sí existe normativa, el nivel de conocimiento de la población suele ser bajo, lo que limita el ejercicio efectivo del derecho. Un estudio realizado en Ciudad de México (Donde rige una Ley de Voluntad Anticipada desde 2008) reveló que solo un 21% de los adultos mayores encuestados sabía de la existencia de dicha ley, concluyendo que es un recurso legal poco conocido en la población geriátrica y que se deben establecer campañas de difusión, así como sensibilizar al personal de salud, para mejorar su alcance. En consonancia con este hallazgo, el Estado peruano debe asumir como deber la promoción activa de las directivas anticipadas, garantizando el acceso a la información (Constitución Política Art.2 Inc.5) y

empoderando a los pacientes para tomar decisiones informadas.

Para que de verdad funcionen, estas campañas de sensibilización no pueden ser “una sola para todo el país”. Tienen que pensarse desde la inclusión y la adaptación cultural. Eso implica preparar materiales en varios formatos —folletos, radio y TV, redes y plataformas digitales, además de charlas en espacios comunitarios— y, sobre todo, en más de un idioma: castellano y lenguas originarias, con un lenguaje comprensible para cada público. En zonas donde predomina el quechua o el aimara, por ejemplo, lo razonable es que la información circule en esos idiomas y a través de medios locales que la gente reconozca como confiables. También conviene segmentar los mensajes: una línea clara para adultos mayores (Que suelen ser los principales otorgantes), otra para jóvenes (Que muchas veces terminan siendo quienes explican y movilizan a la familia) y otra para pacientes con diagnósticos graves. Y hay un punto que no se puede esquivar: las inquietudes religiosas o morales. En lugar de ignorarlas, la campaña debería abrir espacio a líderes comunitarios y representantes de distintas confesiones que ayuden a aclarar dudas, subrayando que el testamento biológico no “atenta contra la vida”, sino que busca humanizar la atención en situaciones límite y respetar la voluntad del paciente. En ese esfuerzo, las voces autorizadas pero empáticas hacen la diferencia: son las que construyen confianza. En el fondo, esta recomendación apunta a crear un entorno social informado y receptivo, porque cuanto más se conozcan estos derechos al final de la vida, más legitimidad y eficacia tendrá la norma y más cerca estará de cumplir su propósito humanista.

Tercera recomendación: Implementar programas de capacitación obligatoria y continua sobre directivas anticipadas, dirigidos tanto a los actuales profesionales de la salud (Médicos, enfermeros, personal asistencial) como a juristas y estudiantes de carreras afines (Medicina, Enfermería y Derecho). La formación del capital humano es un pilar para la correcta aplicación de la ley; un marco normativo innovador como el propuesto requiere que sus operadores comprendan su alcance ético-jurídico y adquieran las habilidades para ponerlo en práctica. Se recomienda, en primer término, que el Ministerio de Salud establezca cursos y talleres periódicos para todo el personal sanitario en ejercicio, incorporando el contenido de la nueva ley de testamento biológico en los programas de educación médica continua. Estos entrenamientos deben abarcar aspectos legales (Por ejemplo, cuándo una directiva es válida y vinculante, cómo registrarla, cómo actúa la exención de responsabilidad del médico) pero también

enfoques comunicacionales y éticos; se debe entrenar a los médicos y enfermeras en cómo conversar con pacientes y familias sobre pronósticos terminales, opciones de tratamiento y deseos anticipados. Del mismo modo, el personal debe ser sensibilizado en principios de bioética médica —especialmente el respeto a la autonomía del paciente, la no maleficencia (Evitar procedimientos fútiles que prolonguen el sufrimiento) y la dignidad en el morir—, de forma que comprendan que acatar una directiva anticipada no solo es un deber legal, sino un imperativo ético que honra los valores del paciente. La experiencia comparada respalda que el componente educativo no es accesorio, sino parte de la “infraestructura” que hace funcionar las directivas anticipadas. En varios países de la región, la investigación ha mostrado un patrón repetido; aun cuando existe norma, el desconocimiento o la inseguridad práctica del personal sanitario termina bloqueando su aplicación real. En Colombia, por ejemplo, se ha reportado un nivel de conocimiento medio-bajo sobre voluntades anticipadas entre enfermeros del área oncológica, un dato que alerta porque esa brecha puede traducirse directamente en omisiones al momento de ejecutar la voluntad del paciente (Chaverra & Osorio, 2022). Algo similar se ha observado en México: durante los primeros años de vigencia de leyes locales, muchos médicos no dominaban los pasos para registrar, consultar o respetar directivas, y ese problema empezó a corregirse cuando se incorporaron módulos de capacitación específicos vinculados a la implementación normativa. En suma, la lección es clara: sin formación continua —práctica, operativa y contextual— la directiva anticipada corre el riesgo de quedarse como un derecho “en papel”, especialmente en escenarios de urgencia clínica donde el equipo actúa bajo presión y necesita rutas de decisión claras. Por tanto, capacitar es esencial para cerrar la brecha entre la ley y la práctica clínica.

En paralelo, conviene asegurar que la formación no empiece “cuando ya salió la ley”, sino antes; en la universidad y en la educación continua. Si las facultades de Medicina, Enfermería, Derecho y carreras afines incorporan contenidos sobre derechos del paciente, bioética del final de la vida y directivas anticipadas, la nueva regulación llegará a un terreno menos improvisado y más preparado. La idea es simple: que los futuros médicos aprendan desde su etapa formativa por qué la voluntad anticipada es vinculante y cómo se implementa sin perder humanidad; y que los futuros abogados sepan redactar, asesorar y defender estos documentos con solvencia.

En Derecho, esto puede aterrizar con casos prácticos (Conflictos al final de la vida,

disputas familiares, límites del consentimiento sustituto), revisión de legislación comparada (España, Argentina, etc.) y debate jurisprudencial sobre autonomía, dignidad y sobre todo en la protección de la vida. En Medicina y Enfermería, no basta con mencionarlo “en teoría”; resulta clave integrarlo en bioética clínica, cuidados paliativos y comunicación médica, con simulaciones de conversación médico-paciente, análisis de protocolos y ejercicios sobre cómo activar una directiva y registrarla correctamente en la historia clínica.

Ese esfuerzo debería ampliarse fuera del aula. Los colegios profesionales (Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeros, Colegios de Abogados) pueden empujar estándares mínimos mediante guías de buenas prácticas, seminarios y certificaciones de actualización. Y la capacitación no puede quedar restringida al sector público; clínicas y centros privados también deberían incorporarse, idealmente mediante programas de educación continua y alianzas público-privadas, para evitar que el cumplimiento dependa del “tipo” de establecimiento.

El objetivo de fondo de esta tercera recomendación es operativo; que todos los actores relevantes hablen un mismo idioma. Un equipo sanitario bien formado sabrá manejar dilemas frecuentes —por ejemplo, qué hacer si la familia se opone, cómo verificar la directiva, cómo documentar su activación— sin apartarse de la voluntad del paciente. Y, en paralelo, profesionales del Derecho sensibilizados podrán apoyar la difusión social del instrumento, la asesoría preventiva y la corrección de vacíos normativos. Con esa base, el testamento biológico deja de ser un buen texto en papel y se vuelve una práctica real y sostenida en la clínica diaria.

Cuarta recomendación: Crear un Sistema Nacional de Registro e Información de Voluntades Anticipadas, interoperable y accesible, para que las directivas anticipadas funcionen en la vida real y no solo en el texto de la ley. Esta recomendación acompaña a la primera —que ya plantea el Registro Nacional—, pero baja al terreno operativo; se propone que el Ministerio de Salud, con apoyo de la autoridad digital en salud, implemente una plataforma segura donde se concentren todas las directivas otorgadas y que, además, se integre a la red de historias clínicas electrónicas del país. La lógica es simple; si un paciente llega a emergencia sin poder comunicarse, el equipo médico debe poder verificar en línea, en tiempo real, si existe una voluntad anticipada vigente y cuál es su contenido. Para eso, la interoperabilidad no es un detalle técnico, es la condición

de igualdad; el sistema tiene que operar de manera uniforme en establecimientos públicos y privados, en hospitales grandes y en postas rurales, sin brechas de acceso. También debe estar disponible 24/7, con alta disponibilidad y respaldo de datos, porque las urgencias no esperan horarios. Y hay un punto clave que el Perú debería garantizar desde el diseño —siguiendo la lógica del modelo español y su Registro Nacional de Instrucciones Previas—; la eficacia “interna” en todo el territorio, de modo que una directiva registrada en Arequipa pueda ser consultada y respetada en Lima o en cualquier región, sin trámites extra. Eso evita que la movilidad del paciente —o una emergencia lejos de casa— termine vaciando de contenido su voluntad.

La creación de este registro nacional interoperable se fundamenta no solo en razones prácticas, sino en la exigencia de efectividad de los derechos fundamentales. El derecho del paciente a que se respete su voluntad al final de la vida sería ilusorio si los médicos no pudieran conocer esa voluntad a tiempo. Desde el punto de vista constitucional, el Estado tiene el deber de organizar su aparato administrativo de modo que los derechos reconocidos (En este caso, el derecho a la autodeterminación en tratamientos médicos) se hagan efectivos sin dilaciones ni obstáculos (Principio de efectividad de los derechos, derivado del Art. 44 de la Constitución que obliga al Estado a garantizar la plena vigencia de los derechos humanos). En términos bioéticos, el registro nacional potencia la autonomía porque convierte la voluntad anticipada del paciente en información accesible, verificable y operativa para el acto médico —evitando que quede como una declaración meramente simbólica justo cuando más se necesita— y, al mismo tiempo, materializa el principio de justicia al estandarizar su consulta y respeto, de modo que todos los pacientes, sin importar su ubicación geográfica o el establecimiento donde sean atendidos, reciban el mismo nivel de reconocimiento y cumplimiento de sus directivas anticipadas. Para lograr estos objetivos, se deberá invertir en infraestructura tecnológica y capacitación del personal encargado de su gestión. La recomendación incluye desarrollar protocolos de uso: por ejemplo, que al ingreso de cualquier paciente inconsciente o con trastorno de la comunicación, el protocolo indique verificar en el registro nacional si tiene una directiva; o que, ante cierta edad o diagnóstico, el sistema de historia clínica alerte sobre la conveniencia de consultar el registro. Igualmente, deberán implementarse medidas de seguridad y privacidad, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales, de modo que la información sensible de las directivas esté resguardada contra accesos no autorizados.

Además de cumplir la función básica de “guardar y permitir consultar” directivas, conviene que el Registro Nacional opere también como observatorio; que produzca indicadores (Cuántas directivas se inscriben, qué disposiciones se repiten, cuántas veces se consulta el sistema y en qué tipos de servicios) para medir el nivel real de uso y ubicar dónde se están trabando las cosas. Esa evidencia sirve para corregir en tiempo real; si una región registra baja inscripción, se focalizan campañas allí; si los equipos clínicos consultan poco el registro, se refuerzan protocolos y capacitación con objetivos medibles. La experiencia comparada respalda esta lógica; España, tras crear e integrar su registro nacional (Real Decreto 124/2007), conectó en una red única las instrucciones previas de las comunidades autónomas, lo que elevó la posibilidad de consulta por los médicos; y Argentina, aunque cuenta con ley nacional desde 2009, viene empujando mecanismos de registro federal vinculados a salud digital. La lección para el Perú es clara: anticiparse a obstáculos técnicos y burocráticos y apostar por la simplicidad operativa. Si el registro no está integrado al flujo de trabajo clínico —si consultar es lento, engorroso o “extra”—, se vuelve letra muerta. En cambio, si acceder es tan natural como revisar un resultado de laboratorio en el sistema, la voluntad anticipada deja de ser un papel perdido y se convierte en una directriz efectivamente aplicada al momento de decidir.

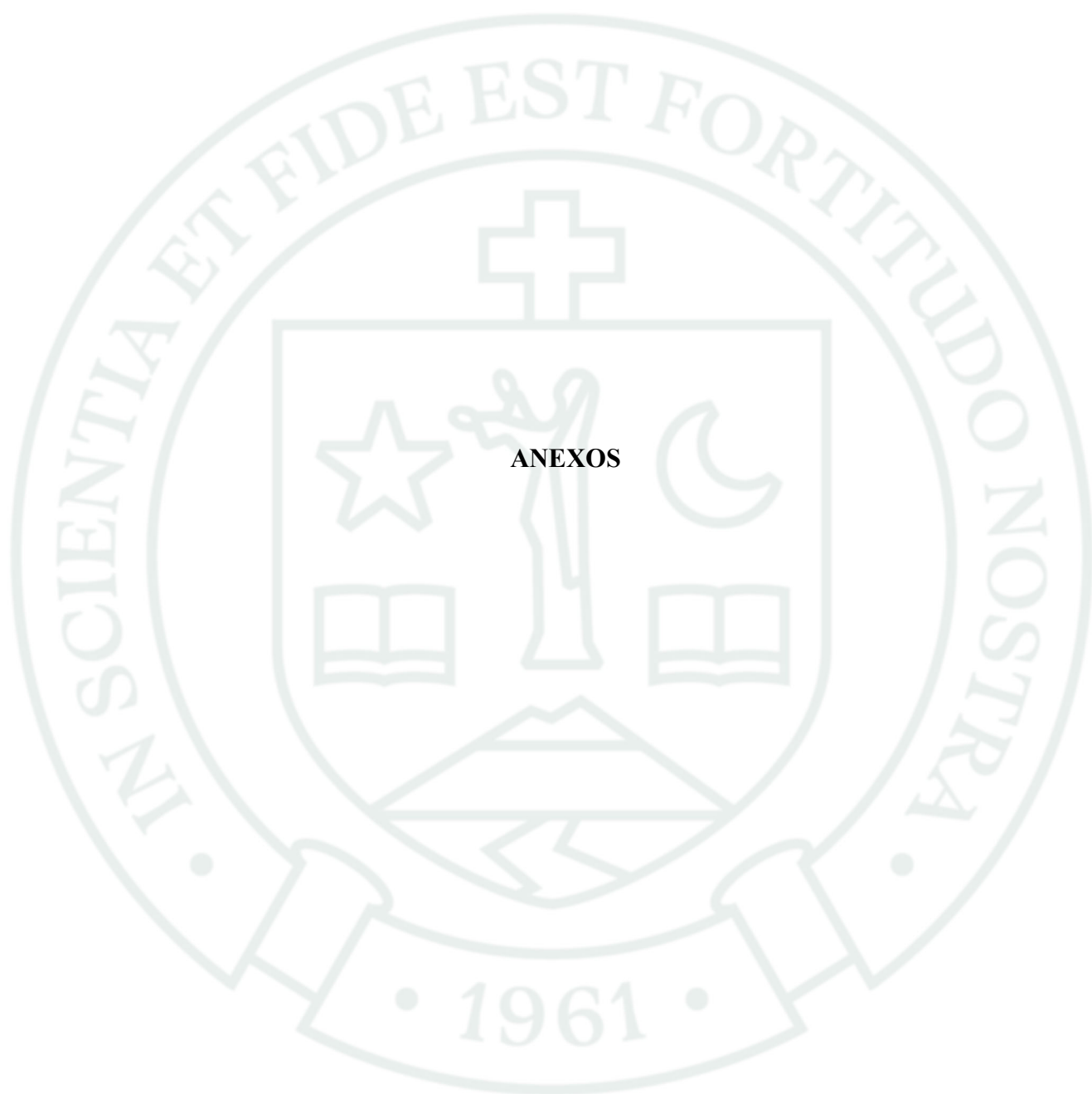
Si se mira el conjunto, las recomendaciones no funcionan como ideas sueltas, sino como un engranaje; un marco legal articulado que da validez y reglas claras; campañas de sensibilización que vuelven el instrumento comprensible y socialmente aceptable; capacitación profesional que lo hace aplicable sin dudas ni improvisaciones; y un registro nacional realmente operativo que permite ejecutar la voluntad anticipada cuando más importa. Este paquete integral es concreto y viable porque no se apoya solo en teoría; se ancla en la Constitución (dignidad, salud, libertad), en los principios bioéticos (Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y en aprendizajes comparados de Iberoamérica. Si el Perú adopta estas medidas, el derecho a decidir sobre los cuidados al final de la vida deja de ser una declaración aspiracional y pasa a ser una garantía verificable en la práctica clínica, empujando al sistema hacia una atención más humana y centrada en la persona. A la vez, se refuerza el perfil garantista del ordenamiento; no por “modernidad”, sino porque se materializa un compromiso real con la voluntad y la dignidad de cada individuo hasta el último tramo de su existencia.

REFERENCIAS

- Alonso, C. &. (2023). *Métodos cualitativos aplicados al análisis de políticas de salud: Perspectivas jurídicas*. Revista de Derecho Comparado, 45(1), 56–70.
- Buedo, P. S. (2023). *Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina*. Barcelona: Revista de Bioética y Derecho, 58, 25-44.
- Cabeza de Vaca Pedrosa, J. (2017). *Contenido de las declaraciones de las voluntades vitales anticipadas en el hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz y conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de los servicios implicados en el final de la vida*.
- Carreño Zúñiga, A. C. (2019). *Regulación del testamento vital en el Código Civil peruano para pacientes con enfermedades terminales*. Piura: Universidad Nacional de Piura, Perú.
- Chaverra Castellar, C. &. (2022). *Nivel de conocimiento de las voluntades anticipadas en profesionales de enfermería en servicios de oncología en Colombia*. Revista Colombiana de Cuidados Paliativos, 19(2), 89– 96.
- De Miguel Beriain, I. (2020). *Del testamento vital a las voluntades anticipadas: un análisis normativo comparado en Iberoamérica*. Derecho y Salud, 31(2), 59–72.
- Elguera Somocurcio, J. (2016). *Derecho a morir dignamente como causal que justifica despenalizar la eutanasia para enfermos en situación terminal en el Perú*. . Cusco.
- Forero, C. V. (2019). *Voluntades anticipadas: ética, normativa y desafíos en la atención médica*. Revista de Ética en Salud, 31(2), 224- 234.
- González, E. &. (2022). *Directivas anticipadas en América Latina: revisión de normas y su impacto en la autonomía del paciente*. Derecho y Bioética, 34(2), 100– 118.
- Gutiérrez Fernández, E. (2023). *La autonomía del paciente en el final de la vida: normativas y experiencias comparadas en Iberoamérica*. Cuadernos de Bioética, 34(2), 185-200.

- Martínez, A. G. (2023). *El análisis documental como técnica en estudios comparativos de Derecho*. Revista de Investigación Jurídica, 39(3), 112–126.
- Meireles, E. A. (2024). *Diretivas anticipadas de vontade: a propósito de un estudio exploratorio*. Motricidade, 20(1), 15-22.
- Moncaleano Sáenz, J. A. (2024). *Voluntades anticipadas, revisión histórica, legislación y perspectivas en la relación clínica*. Ciudad de Mexico: Medicina y Ética, 35(4), 1194-1261.
- Morales López, A. (2023). *Hacia una estandarización de las directivas anticipadas: revisión documental y propuestas normativas*. Bioethics and Law Review, 4(2), 89– 102.
- Moreno Morejón, C. (2020). *El testamento vital en el contexto ecuatoriano: Fundamentos éticos y jurídicos*. Revista Iberoamericana de Derecho, 28(4), 45– 62.
- Ortiz, M. (2024). *Régimen jurídico de los documentos de voluntades anticipadas en España: la dicotomía entre la regulación estatal y las disposiciones autonómicas*. Revista Via Iuris, 36, 1-37.
- Pascual, J. &. (2021). *Las voluntades anticipadas en España: Perspectiva ética, deontológica y legal*. Gaceta Internacional de Ciencias Forenses, 39, 45–58.
- Ramírez Requena, A. &. (2022). *Directivas anticipadas en el contexto latinoamericano: una revisión comparativa*. Revista Latinoamericana de Bioética, 22(1), 45-62.
- Ramírez, H. &. (2021). *Comparación normativa y bioética: Herramientas para el análisis de las voluntades anticipadas en sistemas jurídicos diversos*. Bioethics & Law, 12(4), 45–59.
- Sánchez-Caro, J. &. (2021). *Documentos de voluntades anticipadas y su implementación en Iberoamérica: una revisión integral*. Revista Iberoamericana de Bioética, (16), 1–15.
- Sandoval Díaz, E. &. (2022). *Metodologías cualitativas en el análisis jurídico: el estudio de documentos legales comparados*. Revista de Estudios Jurídicos, 24(1), 45–60.

- Sanitaria, I. N. (2016). *Guía divulgativa sobre cumplimentación de instrucciones previas (Testamento Vital)*. Madrid: Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Santos, D. &. (2023). *Políticas públicas y regulación en el final de la vida: análisis comparado en América Latina*. Revista de Ciencias Jurídicas, 50(3), 76–89.
- Tripodoro, V. A. (2023). *How should Argentina raise Advance Care Planning awareness? Introduction of the Shared Care Planning Group*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 85, 50-55.
- Yabar Varas, C. (2021). *Perspectivas de profesionales peruanos sobre las declaraciones de voluntades anticipadas*. Apuntes de Bioética, 4(1), 1-18.
- Yarleque-Cardoza, K. (2016). *Apuntes del Testamento Vital para su implementación y regulación en la legislación peruana*. Piura: Universidad de Piura.



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Análisis del Testamento Biológico a nivel Iberoamericano y su viabilidad en el contexto peruano, 2024

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	CATEGORÍAS O VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cómo es el testamento biológico a nivel iberoamericano y cuál es su viabilidad en el contexto peruano?	Analizar, a través del derecho comparado, la viabilidad del testamento biológico en la legislación peruana.	Dada la naturaleza exploratoria de la presente investigación, no es necesario precisar una hipótesis en el presente trabajo de investigación.	Categoría: Testamento Biológico.	ENFOQUE Cualitativo
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		• Incluye aspectos legales fundamentales relacionados con la creación y aplicación del testamento biológico en distintas jurisdicciones.	TIPO Básico
• ¿Cuáles son los fundamentos jurídicos del testamento biológico en el derecho iberoamericano? • ¿Cómo se regula la formalidad jurídica del testamento biológico en el derecho iberoamericano? • ¿Cuál es el estado actual de la regulación testamentaria de este tema en el Perú?	• Precisar los fundamentos jurídicos del testamento biológico en el derecho iberoamericano. • Detallar la regulación sobre las formalidades jurídicas del testamento biológico en el derecho iberoamericano. • Analizar el estado actual de la regulación testamentaria en el Perú.		• Aborda las normativas y procedimientos específicos para la elaboración y validación del testamento biológico.	NIVEL Exploratorio DISEÑO Experimental Longitudinal MÉTODO Comparativo TÉCNICAS Observación Documental INSTRUMENTOS Matriz

OBJETIVO GENERAL	ENFOQUE	TIPO	NIVEL	DISEÑO	METODO	UNIDADES DE ESTUDIO	POBLACION	TECNICAS E INSTRUMENTO
Analizar, a través del derecho comparado, la viabilidad del testamento biológico en la legislación peruana	Cualitativo	Descriptiva Y Explicativa	Descriptivo	No Experimental, Transversal-Comparativo	Funcional	Normativas Y Legislaciones .	Legislación De Países De Iberoamérica	Matriz
OBJETIVO ESPECIFICO	ENFOQUE	TIPO	NIVEL	DISEÑO	METODO	UNIDADES DE ESTUDIO	POBLACION	TECNICAS E INSTRUMENTO
Analizar la normativa en los distintos países de Iberoamérica referentes al testamento biológico	Cualitativo	Descriptiva-Comparativa	Descriptivo	No Experimental Transversal-Comparativo	Comparativo	Normativas y regulaciones legales	Normativas de países de Iberoamérica	Matriz
Detallar la situación actual de las modalidades testamentarias en el Perú	Cualitativo	Básico	Exploratorio	No Experimental-Transversal	Análisis Documental	Legislación Peruana Acerca de Testamentos	Normativa Peruana Sobre Testamentos	Revisión De Normativa Y Fichas

Anexo 1: Matriz de consistencia

CUADRO COMPARATIVO

PAÍS / MODELO	¿CÓMO SE OTORGA? (PROCEDIMIENTO)	¿CÓMO SE REGISTRA?	¿CÓMO SE RECONOCE Y APLICA?	IMPACTO / HALLAZGOS DE IMPLEMENTACIÓN
ESPAÑA (RNIP)	Ante notario o personal sanitario habilitado más testigos.	Inscripción obligatoria y gratuita; genera referencia electrónica visible en historia clínica.	El equipo de salud consulta RNIP y aplica instrucciones; fortalece seguridad jurídica.	Aumenta la consulta efectiva al integrarse en historia clínica y alertas; persisten retos de fragmentación autonómica y capacitación.
PORTUGAL (RENTEV)	Formulario oficial (Modelo DV) ante notario/abogado/delegado de salud o testigos; incluye “procuração” (representante).	Inscripción en RENTEV como condición de validez; renovación periódica.	Acceso digital por profesionales; reconocimiento operativo en red pública/privada.	Crecimiento de inscripciones; brechas de uso/consulta por desconocimiento → requiere módulos obligatorios y alertas.
ARGENTINA (MIXTO / SIN REGISTRO NACIONAL UNIFICADO)	Escritura pública, documento privado con firmas certificadas o anotación en historia clínica con testigos.	Sin registro nacional unificado; existen bases locales/provinciales; piloto federal.	Reconocimiento mediante historia clínica y criterio jurisprudencial: obligatoriedad incluso frente a objeciones familiares.	Obstáculos: heterogeneidad de formularios y falta de interoperabilidad; necesidad de unificación técnica.
MÉXICO (CDMX: REGISTRO ELECTRÓNICO)	Escritura notarial con testigos; envío digital (PDF firmado) a registro electrónico.	Registro electrónico bajo Secretaría de Salud; incentivos (costo cero para mayores) elevan inscripciones.	Protocolo obliga consulta antes de soporte vital; hay sanciones por incumplimiento.	Reto principal: desigualdad entre estados y falta de portabilidad nacional (no hay registro federal).
PERÚ (SUGERENCIA DE PROCEDIMIENTO REGISTRAL)	Otorgamiento escrito con garantías (capacidad, libertad, información); opción notarial o ante autoridad sanitaria habilitada + testigos; posibilidad de designar representante sanitario. (alineado a tu propuesta).	Crear Registro Nacional digital, seguro e interoperable, conectado a historia clínica; inscripción voluntaria pero altamente recomendable; acceso restringido al personal tratante.	Reconocimiento vinculante en la práctica clínica: el establecimiento verifica registro y aplica directiva; deber de respetar instrucciones previas.	Impacto esperado: reduce conflictos médico-familiares, evita intervenciones fútiles, mejora tiempos de localización y seguridad jurídica; exige campañas y capacitación para uso real (lección comparada).

Anexo 2: Cuadro comparativo