



**UNIVERSIDAD
GARCILASO**

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

TESIS

**EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEY GENERAL DE
SALUD Y SU IMPACTO EN LA INTEGRIDAD DEL ACTO
MÉDICO GERIÁTRICO - UN ANÁLISIS MÉDICO LEGAL
DEL MARCO NORMATIVO PERUANO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ABOGADO**

AUTOR

JOSE LUIS QWISTGAARD ESPINAL

<https://orcid.org/0000-0003-2760-3584>

ASESOR

José Francisco Esquerre Lázaro

<https://orcid.org/0009-0006-7301-1669>

LIMA – PERÚ -2025

ENTREGA FINAL TESIS - JOSE LUIS QWISTGAARD ESPINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	19%	6%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.coursehero.com	1%
	Fuente de Internet	
2	lpderecho.pe	1%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.uncp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru	1%
	Trabajo del estudiante	
6	Submitted to Universidad Nacional Mayor de San Marcos	<1%
	Trabajo del estudiante	
7	issuu.com	<1%
	Fuente de Internet	
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María	<1%
	Trabajo del estudiante	
9	repositorio.unap.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
10	Submitted to City University of New York System	<1%
	Trabajo del estudiante	

Dedicatoria

A mis padres, quienes me dan todo su amor y comprensión, cuyas palabras albergo dentro de mí, pues me dieron fuerza en los momentos más difíciles.

A mi hermana, cuya fortaleza y determinación en sus actos siempre me inspira y motiva a seguir avanzando, para ser un ejemplo para ella.

A mis queridos abuelos, Antonio y Benita, quienes están y estarán siempre conmigo en cada una de mis aventuras, y cuyo recuerdo me da fuerza.

A mis amigos, cuya escucha y presencia brindaron sosiego durante los puntos más complejos del presente escrito.

A mis compañeros de la Promoción de Oficiales de Servicio 2025, quienes ayudaron a mantener la moral alta en medio de las peripecias.

Agradecimiento

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que me permitió iniciar y culminar esta travesía académica, brindando las herramientas para ello.

A la Marina de Guerra del Perú, institución a la que orgullosamente pertenezco, que acogió en sus filas a mi abuelo, padre, tío, primo, y es parte integral de mi ser.

A mi primo, Capitán de Navío Eduardo Ernesto Valencia Qwistgaard, quien brindó su guía y formación para llevar a buen puerto el presente escrito y mi instrucción como Oficial de la Marina.

A mi asesor, Doctor José Francisco Esquerre Lázaro, cuya paciencia y comprensión permitieron enrumbar esta tesis desde el primer día de trabajo.

A mis docentes y maestros, quienes me brindaron la formación necesaria para unificar mi pasión por la Medicina y el Derecho en este trabajo.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: Fundamentos teóricos de la Investigación	3
1.1. Marco Teórico	3
1.1.1 Teoría de la autonomía del paciente	3
1.1.2 Teoría del consentimiento informado	3
1.1.3 Dignidad humana en la etapa final de la vida	4
1.1.4 Dimensiones Jurídicas del Acto Medico	4
1.1.5 Teorías sobre la Regulación Sanitaria	7
1.1.6 Teoría del Derecho Sanitario	9
1.1.7 Principios de Legislación en Salud	12
1.1.8 Teoría de la seguridad jurídica en el ámbito medico	14
1.1.9 Regulación del Derecho Medico	15
1.2. Estudios Antecedentes sobre el objeto de estudio	17
1.3. Marco Conceptual	23
Categorías Principales	23
Categorías Secundarias	31
Conceptos Operativos	39
CAPITULO II: EL PROBLEMA	46
2.1 Planteamiento del problema	46
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	46
2.1.2 Definición del Problema	48
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	49
2.2.1 Finalidad	49
2.2.2 Objetivo general y objetivos específicos	49
2.2.3 Delimitación del estudio.	50
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	50
2.3 Hipótesis y Variables	52
2.3.1 Supuestos teóricos	52
2.3.2 Hipótesis Principal y Especificaciones	52
2.3.3 Categorías	53
CAPITULO III: METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS	54
3.1 Población y muestra	54
3.2 Enfoque y Diseño a utilizar en el estudio	54
3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos	55
3.4 Ética de la Investigación	56
3.5 Procesamiento de Datos	56
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	57
4.1 Presentación de Resultados	57
4.1.1. Caso de Ana Milagros Estrada Ugarte	57
4.1.2. Caso de María Teresa Benito Orihuela	60
4.2 Contrastación de Hipótesis	64
4.2.1 Contrastación de la Hipótesis General	64
4.2.2 Contrastación de la Primera Hipótesis Específica	65
4.2.3 Contrastación de la Segunda Hipótesis Específica	66
4.2.4 Contrastación de la Tercera Hipótesis Específica	67
4.3 Discusión de Resultados	68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
Conclusiones	73
Recomendaciones	75
REFERENCIAS	77
ANEXOS	83

Índice de Tablas

Tabla 1 Presentación de las variables a investigar	53
Tabla 2 Formato de la ficha bibliográfica	55

Resumen

El presente trabajo tuvo por motivo general determinar cómo la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud afecta la integridad del acto médico del paciente geriátrico en el contexto sociosanitario nacional. El estudio fue de tipo básico, enfoque cualitativo, diseño socio-jurídico, empleando la técnica de revisión documentaria a través del instrumento de fichas bibliográficas a dos casos judiciales peruanos que comparten la pretensión principal a la muerte digna, demostrando las implicancias de la seguridad jurídica en los pacientes. Se halló mediante el análisis de los casos estudiados que la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud afecta negativamente la integridad del acto médico del paciente geriátrico en el contexto sociosanitario nacional, al generar inseguridad jurídica en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos, obstaculizando el respeto a la dignidad humana en situaciones de enfermedades terminales. Se concluye que la omisión de un marco normativo claro prolonga los procesos judiciales, obstaculiza la ejecución de los testamentos vitales, afecta la relación médico-paciente y la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, especialmente aquellos en situación de enfermedad terminal. Por consiguiente, resulta urgente desarrollar un marco normativo específico que regule el testamento vital en el Perú, que garantice así la protección de los pacientes y profesionales de la salud.

Palabras clave: Testamento vital, acto médico geriátrico, análisis médico legal

Abstract

This research aimed to determine how the omission of specific categorization of Living Wills in the General Health Law affects the integrity of medical practice regarding geriatric patients within the national socio-health context. The study employed a basic research methodology with a qualitative approach and socio-legal design, utilizing documentary review techniques through bibliographic records of two Peruvian judicial cases sharing the primary claim to dignified death, thus demonstrating the implications for patients' legal security. Through the analysis of the studied cases, it was found that the omission of specific categorization of Living Wills in the General Health Law negatively affects the integrity of medical practice regarding geriatric patients within the national socio-health context, by generating legal uncertainty in medical treatment decision-making, thereby hindering respect for human dignity in terminal illness situations. The research concludes that the omission of a clear regulatory framework prolongs judicial proceedings, hinders the execution of living wills, affects the physician-patient relationship, and compromises the protection of patients' fundamental rights, especially those in terminal illness situations. Consequently, there is an urgent need to develop a specific regulatory framework governing living wills in Peru, thus ensuring the protection of both patients and healthcare professionals.

Keywords: Living will, geriatric medical practice, legal medical analysis

INTRODUCCIÓN

La presente tesis aborda una temática de profunda relevancia en la intersección del derecho y la medicina moderna, específicamente en el ámbito de los derechos del paciente y la autonomía en la toma de decisiones sobre el final de la vida. A mediados del siglo XX, la medicina paliativa emergió como un enfoque multidisciplinario revolucionario, dedicado al cuidado integral de pacientes que enfrentan enfermedades incurables. Estas condiciones, caracterizadas por su progresión inexorable, privan gradualmente al individuo de su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, planteando así desafíos tanto médicos como jurídicos que demandan ser abordados bajo los principios fundamentales de la bioética. En este contexto, surge la figura del testamento vital, un instrumento jurídico que, hasta la fecha de esta investigación, no ha sido incorporado en el marco normativo peruano.

Esta investigación se estructura en cinco capítulos que desarrollan sistemáticamente el análisis de esta problemática. El primer capítulo establece los cimientos teóricos de la investigación, presentando un exhaustivo análisis de los antecedentes tanto nacionales como internacionales que fundamentan este estudio, así como las bases teóricas que lo sustentan. En el segundo capítulo, se examina la problemática contemporánea, delineando con precisión el problema de investigación y los objetivos que guían este trabajo académico. Además, se fundamenta la justificación del estudio desde las perspectivas práctica, metodológica y teórica, reconociendo también las limitaciones encontradas durante su desarrollo.

La metodología empleada se detalla minuciosamente en el tercer capítulo, donde se expone el tipo y diseño de investigación seleccionados para abordar esta compleja temática. El cuarto capítulo constituye el núcleo analítico de la tesis, donde se examina la viabilidad de implementar y aplicar el concepto de testamento vital como figura jurídica

en el Derecho Peruano, evaluando su potencial impacto positivo en el ejercicio de la medicina.

El trabajo culmina con un quinto capítulo que sintetiza las conclusiones derivadas de la investigación, respaldadas por un sólido aparato crítico que incluye las referencias bibliográficas consultadas y los anexos pertinentes que enriquecen y documentan el desarrollo de este estudio.

Esta investigación aspira a contribuir significativamente al debate jurídico sobre la autonomía del paciente en el contexto médico-legal peruano, proponiendo la incorporación de una herramienta jurídica fundamental para la protección de los derechos individuales en situaciones médicas críticas.

CAPITULO I: Fundamentos teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1 Teoría de la autonomía del paciente

La autonomía del paciente es un principio bioético de relativa reciente instauración tras el reporte Belmont, que fuera generado tras los experimentos de inoculación de sífilis a personas sin su conocimiento en Tuskegee, Estados Unidos, que, si bien se generó originalmente para propósitos de guiar la investigación biomédica, halló un uso en la práctica clínica diaria (U.S. Department of Health and Human Services, 2025). Bajo este principio el paciente recibe información sobre su condición por parte de su médico tratante, tras lo cual decide libremente sobre las acciones a tomar, sin ser coaccionado por ningún tercero, y eligiendo hasta cuándo y cómo desea ser tratado (Asensio, 2020).

1.1.2 Teoría del consentimiento informado

Basándose en el principio de autonomía, el paciente deja manifiesta su voluntad por medio de un documento escrito, tras haber sido informado por su médico tratante, de someterse o no a un tratamiento, que se conoce como consentimiento informado, reconocido en la legislación peruana desde 1997 con la Ley General de Salud N°26842 (Zarate-Cardenas, 2004). En este documento se debe informar al paciente de los beneficios, posibles riesgos y consecuencias de someterse a determinado abordaje, siendo actualmente su uso regulado a nivel nacional mediante la Ley N°29414 y el Decreto Supremo N°027-2015-SA; empero, con la observación que su uso no es obligatorio durante situaciones de emergencia, cuando la vida del paciente está en riesgo inminente (Ministerio de Salud, 2015).

1.1.3 Dignidad humana en la etapa final de la vida

Se reconoce a la etapa final de la vida como parte del ciclo vital de la persona, la cual dependiendo de la literatura y métrica empleada se estima dura entre seis a doce meses, cuando el enfermo es declarado paciente terminal, siendo la rama de la medicina paliativa la encargada del manejo de los pacientes que se encuentran en esta etapa (Espinár-Cid, 2019). Se prioriza una muerte digna, que es fallecer con el menor sufrimiento posible, guardando una calidad de vida incluso en los últimos momentos de la misma, preservando así su dignidad como persona (Instituto Nacional del Cáncer, 2025). El paciente merece una atención médica integral, multidisciplinaria, que permita mantener su dignidad y autonomía hasta el final de su vida, siendo aliviado en sus síntomas, preservándose así el respeto de su dignidad como persona. Esto implica que se evite todo abordaje médico que no vaya destinado a este fin, generando lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico, obstinamiento terapéutico, o distanasia, cuando se somete al paciente a procedimientos que, debido a la progresión natural de la enfermedad, no solo no tienen capacidad curativa, sino que resultan perjudiciales para la salud remanente del paciente, al exacerbar y prolongar el sufrimiento, atentando contra la dignidad humana (Hanna, 2021).

1.1.4 Dimensiones Jurídicas del Acto Médico

A. Naturaleza Jurídica del acto médico

El acto médico es el conjunto de acciones que recibe el paciente por parte su médico tratante, en beneficio de su salud, dentro del ejercicio profesional. Es menester que consideremos la definición de salud proveída por la Organización Mundial de la Salud antes de proseguir, que es “estado completo de bienestar físico, mental, social, espiritual, y emocional, y no solo la ausencia de enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2025). Por consiguiente, se entiende que el acto médico no solo recae bajo la

presunción que puede ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, sino que, además, acarrea actos y consecuencias fuera de la esfera médica, como es la responsabilidad civil y/o penal creada a partir del mismo (García-Villarreal, 2022).

B. Relación médico-paciente

La relación médico-paciente, que en el mundo occidental ha evolucionado desde sus orígenes en la Antigua Grecia, donde se dio origen al juramento hipocrático, que tiene por premisa que el médico es responsable del estado de salud del paciente, y por consiguiente es el único que tiene injerencia sobre la misma, no importando los cánones sociales o la cosmovisión propia del paciente, bajo un enfoque autoritario centrado en el médico. Este enfoque, sin embargo, se ha reemplazado progresivamente por uno centrado en el paciente, de enfoque colaborativo, donde el paciente lidera el acto médico, y el médico pone a disposición sus habilidades hasta donde el paciente lo permita, considerándose la cosmovisión propia de la sociedad donde se desenvuelven.

Siendo así los elementos constitutivos de esta relación el médico, el paciente, el acto médico, tenemos a la sociedad donde se desempeñan las personas naturales y delinea la cosmovisión de tanto el proveedor como el recipiente del servicio sanitario. Asimismo, tenemos los principios bioéticos que regentan esta relación, el previamente tratado principio de autonomía, el principio de beneficencia, y el principio de justicia.

C. Teoría de la responsabilidad médica

Como se anticipó en párrafos anteriores, la salud es un bien jurídico tutelado incuantificable, imprescriptible, inalienable, parte del orden público y, por ende, de interés nacional. Bajo este precepto el único facultado legalmente para ejecutar actos médicos, y ser sancionado por las cortes de justicia en caso de generar daño durante dicho actuar, es el médico, según se dictamina en la Ley General de Salud y documentos legales

derivados de la misma. Asimismo, es el médico quien, como profesional de la salud, está además sujeto a supervisión y fiscalización por su colegio profesional, por medio del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, quien puede sancionarle en caso de determinarse que infringió dicho Código. Es así que la carrera médica se caracteriza por sujetar a aquellos que la ejercen a la posibilidad de ser sancionados por tanto la vía civil como penal, por penas que van desde la suspensión de la habilidad profesional, necesaria para ejercer, como la pena de cárcel efectiva.

D. Principios bioéticos en la práctica médica geriátrica

En el caso de la práctica médica geriátrica, los principios bioéticos que conforman la relación médico-paciente se hacen más presentes por la complejidad de los retos que debe afrontar el médico geriatra, puesto que revisten múltiples desafíos éticos que incluyen pero no se limitan a valorar cuáles condiciones ameritan tratamiento en un paciente con múltiples comorbilidades sin afectar tangiblemente su calidad de vida, decidir si continuar o no un plan de trabajo en un paciente terminal bajo riesgo del encarnizamiento terapéutico, escuchar las opiniones de los allegados del paciente y concordar con ellos el manejo a ejecutar mientras se acompaña en la angustia de los mismos.

Debido a ello, es posible entrar en conflicto directo con otras especialidades médicas que posean un enfoque más dirigido al tratamiento curativo del paciente, con allegados que exijan el uso de todos los recursos disponibles o por el contrario que no se interesen por el enfermo, y con la esfera legal que puede emprender las acciones correspondientes si se considera que el médico geriatra infringió alguna norma durante su actuar. Por ello es considerado que el principal principio bioético que debería regir el acto médico geriátrico, y aún más en el abordaje de pacientes terminales, es el de no maleficencia.

1.1.5 Teorías sobre la Regulación Sanitaria

En el ámbito de la salud pública, existe diversidad de corrientes de pensamiento y escuelas que han desarrollado diferentes teorías y modelos teóricos. Dicha evolución del pensamiento sanitario ha atravesado múltiples etapas, comenzando desde las teorías miasmáticas hasta llegar a las demográficas actuales. En este recorrido histórico, se han desarrollado tanto modelos mecanicistas como aquellos fundamentados en el concepto del bienestar, además de los modelos tradicionales que incluyen el enfoque biomédico y el socio-ecológico. También se han realizado importantes contribuciones en las áreas biológicas y psicosociales, incluyendo los aspectos comportamentales, donde destaca particularmente el desarrollo de la promoción de la salud (Franco, 2006).

La evolución histórica puede observarse en diferentes oleadas que se han alternado con los métodos de la medicina clínica, comenzando con el movimiento sanitarista alrededor de 1850; seguido por la teoría del germen hacia finales del siglo XIX; continuando con la higiene en la primera parte del siglo XX; la era terapéutica en 1950; y finalmente, la nueva salud pública en el período 1980-1990. En la actualidad, se maneja el período de la genómica, que representa la última frontera en esta evolución histórica (Franco, 2006).

En cuanto con el análisis de las teorías de regulación sanitaria, Franco (2006) destaca la evolución y transformación de los modelos a lo largo del tiempo. El modelo médico biológico, que ha sido uno de los pilares fundamentales en la historia de la salud pública, se caracterizó por enfatizar las dimensiones biológicas por encima de las socioculturales, llegando incluso a excluir estas últimas de su papel en la generación de enfermedades y en las respuestas sociales relacionadas con la salud.

Dicho modelo experimentó una crisis significativa hacia finales del siglo XIX, pero encontró un nuevo impulso a través del modelo hospitalario, que mantuvo su

hegemonía durante el siglo XX. Su enfoque se centraba principalmente en la atención de enfermedades individuales, dejando de lado el proyecto colectivo del higienismo que había caracterizado al siglo XIX y que podría considerarse como un modelo alternativo (Franco, 2006).

Todo ello se evidencia en la articulación entre el hospital, la atención privada primaria y el papel de los médicos como expertos en política de salud se consolidó en lo que se conoce como el modelo médico clásico conforme señala Franco (2006). Este modelo, cuyos orígenes se remontan al siglo XVIII, estuvo inicialmente vinculado al principio de beneficencia y posteriormente al de bienestar, siendo legitimado por el Estado. Dicha intervención asistencial estatal también servía como mecanismo de legitimación para la clase política.

Una de las teorías, la cual es la del germen, dominó las prácticas curativas y preventivas durante gran parte del siglo XX; sin embargo, comenzó a mostrar signos de agotamiento después de su segunda mitad. Por lo que, la introducción de nuevas terapéuticas a mediados de siglo fortaleció nuevamente el modelo médico biólogo, de manera similar a como lo había hecho el hospital en siglos anteriores (Franco, 2006).

Dicho patrón cíclico de teorías y modelos encontró un nuevo impulso con estrategias innovadoras como la declaración de Alma Ata, que enfatizó la atención primaria en salud, y la carta de Ottawa, que se centró en las políticas públicas, los estilos de vida y la participación ciudadana. Hacia finales del siglo XX, la genómica y el desarrollo de la teoría biomolecular marcaron una nueva fase que, si bien reforzó el modelo biólogo, también puso de manifiesto nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas en el campo de la salud, las cuales han sido fundamentales para la evolución tanto de las teorías sobre la causalidad de las enfermedades como de las soluciones prácticas en salud pública (Franco, 2006).

1.1.6 Teoría del Derecho Sanitario

El Derecho Sanitario se centra fundamentalmente en la protección de la salud como su objeto principal de estudio. Este campo del derecho aborda la salud desde la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud, que la considera como un estado integral de bienestar que abarca las dimensiones física, mental y social. Dicha conceptualización amplia trasciende la ausencia de enfermedades, incorporando aspectos del desarrollo equilibrado de las capacidades mentales y psíquicas, y extendiéndose para abarcar al conjunto de la sociedad (de Lorenzo y Montero, 2003).

En el marco del Derecho Sanitario, la protección de la salud se articula en torno a dos intereses fundamentales que coexisten y se complementan. Por un lado, existe un interés individual que reconoce la salud como un bien privado inherente a la persona y su entorno familiar inmediato, fundamentado en el derecho natural a la vida y su preservación. Por otro lado, se identifica un interés social que considera a la salud como un bien público que afecta a la comunidad, tanto en su dimensión colectiva como individual, estableciendo la salud como un derecho-deber irrenunciable (de Lorenzo y Montero, 2003).

La evolución histórica del tratamiento jurídico de la salud ha estado marcada por la tensión entre estos dos intereses, cuyo equilibrio ha variado según el modelo de Estado. En un Estado de corte individualista, la responsabilidad del cuidado de la salud recae principalmente en los individuos, limitándose el papel del Estado a garantizar la libertad de elección y, ocasionalmente, a fomentar instituciones sanitarias sin carácter coactivo. En contraste, en un Estado social, la salud se considera una función primordialmente estatal, donde el Estado asume la responsabilidad de garantizar la salud colectiva y puede ejercer poder coactivo para asegurar su cumplimiento (de Lorenzo y Montero, 2003).

El Derecho Sanitario contemporáneo ha evolucionado hacia una perspectiva más integradora que reconoce tanto los fundamentos individuales como los sociales de la protección de la salud. Entre los fundamentos individuales se destacan la liberación de la enfermedad, la preservación de la vida y la protección de la capacidad laboral. Los fundamentos sociales, por su parte, incluyen objetivos más amplios como la optimización del factor trabajo en la economía nacional y la búsqueda del máximo bienestar social (de Lorenzo y Montero, 2003).

Conforme señala de Lorenzo y Montero (2003), la protección de la salud física y la vida en el Derecho Sanitario aborda cuestiones relacionadas con otros derechos fundamentales, como la libertad ideológica y religiosa, el derecho a la intimidad personal y familiar, y situaciones que afectan a terceros o al personal sanitario. Asimismo, contempla la regulación de situaciones especiales que requieren atención sociosanitaria, como es el caso de personas con enfermedades crónicas o degenerativas y adultos mayores con limitaciones funcionales significativas, lo cual es materia de investigación. De modo que, el carácter dinámico y la relevancia social del ámbito sanitario generan constantemente nuevos desafíos y controversias que se reflejan en documentos oficiales y medios de comunicación, evidenciando la naturaleza evolutiva y compleja del Derecho Sanitario en su función de protección de la salud individual y colectiva (de Lorenzo y Montero, 2003).

Por ello, resulta fundamental abordar los derechos específicos de las personas usuarias de los servicios de salud, que constituyen un pilar fundamental en la regulación sanitaria moderna. Dichos derechos representan un conjunto integral de principios y normas diseñados para garantizar no solo el acceso a los servicios de salud, sino también para asegurar una atención integral que abarca desde la prevención hasta la rehabilitación (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

En el marco de la protección jurídica de la salud, se ha establecido un sistema que garantiza el acceso a los servicios sanitarios como un derecho fundamental. Este sistema reconoce que toda persona tiene derecho a recibir atención médica adecuada y oportuna, con especial énfasis en las situaciones de emergencia, donde la atención debe proporcionarse sin condicionamientos previos de documentación o pago (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024). Cabe mencionar que, dicho reconocimiento de atención por emergencia se pone en análisis en el caso de los pacientes geriátricos.

Bajo la misma línea, la transparencia y el acceso a la información se constituyen como elementos cruciales en la relación entre los usuarios y los servicios de salud. Este derecho se materializa en la obligación de proporcionar información clara y comprensible sobre los servicios disponibles, los procedimientos de traslado, las normativas hospitalarias y la identidad del personal sanitario que proporciona la atención (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

Un aspecto fundamental en la protección de los derechos sanitarios es la garantía de una atención y recuperación basadas en el respeto y la no discriminación. Este derecho asegura que todo usuario reciba un tratamiento adecuado para su condición específica, respetando su dignidad y autonomía personal (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

Como se mencionó anteriormente, el usuario debe contar con la información completa de lo que respecta a su salud. Por ello, existe la figura del consentimiento informado, la cual emerge como un derecho esencial que empodera a los usuarios en la toma de decisiones sobre su salud. Este derecho garantiza que las personas reciban información completa sobre procedimientos o intervenciones de riesgo, permitiéndoles aceptar o rechazar dichos procedimientos, excepto en situaciones de emergencia donde la

inmediatez de la atención es prioritaria (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

Para garantizar la efectividad de estos derechos, se han establecido mecanismos de protección y supervisión, como SuSalud, que ofrece orientación y apoyo gratuito a los usuarios cuyos derechos hayan sido vulnerados. Este sistema incluye procedimientos para la presentación y seguimiento de quejas, así como el acceso a la historia clínica personal, fortaleciendo así la transparencia y la responsabilidad en la prestación de servicios de salud (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

Cabe mencionar que, dichas disposiciones se encuentran respaldadas por un marco legal como en la Ley N° 29414, que establece y regula los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, proporcionando una base jurídica para la protección de estos derechos fundamentales (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2024).

1.1.7 Principios de Legislación en Salud

En el texto preliminar de la Ley General de Salud se establecen los principios fundamentales que rigen la legislación en materia de salud. Para ello, se destaca que la salud constituye un elemento esencial para el desarrollo humano y es la base para lograr el bienestar tanto individual como colectivo. Por lo que, el Estado asume la responsabilidad principal de regular, vigilar y promover la protección de la salud, considerándola como un asunto de interés público (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

De modo que, se establece que el derecho a la protección de la salud es irrenunciable y corresponde a toda persona, incluyendo al concebido, quien es reconocido como sujeto de derecho en el ámbito de la salud. La responsabilidad en materia de salud se distribuye de manera diferenciada; mientras que, la salud pública recae principalmente

en el Estado, la salud individual es una responsabilidad compartida entre el individuo, la sociedad y el Estado (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

Bajo la misma línea, el Estado tiene obligaciones específicas en cuanto a la vigilancia y atención de problemas particulares de salud, incluyendo la desnutrición, la salud mental, la salud ambiental, y la atención a grupos vulnerables como personas con discapacidad, niños, adolescentes, madres y ancianos en situación de abandono social (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

En cuanto a la provisión de servicios de salud, se establece que es de interés público independientemente de quién los proporcione. El Estado debe garantizar una cobertura adecuada de prestaciones de salud bajo criterios de seguridad, oportunidad y calidad, manteniendo una responsabilidad irrenunciable en la provisión de servicios de salud pública y actuando bajo principios de equidad (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

Por ello, se promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población, garantizando la libre elección de sistemas previsionales, aunque manteniendo un sistema obligatorio para asegurar que nadie quede desprotegido. El financiamiento estatal se enfoca principalmente en acciones de salud pública y en subsidiar la atención médica para poblaciones de menores recursos (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

Cabe mencionar que, las normas de salud son de orden público y ninguna persona puede pactar en contra de ellas. Dichas regulaciones se aplican a todas las personas dentro del territorio nacional, sin excepción, y los extranjeros no pueden invocar sus leyes territoriales en esta materia. En casos de vacíos legales, se aplican los principios generales del derecho (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 1997).

1.1.8 Teoría de la seguridad jurídica en el ámbito médico

La concepción moderna del Estado, fundamentada en la ideología liberal, establece un sistema político-jurídico que emerge de un pacto social originario, cuyo propósito fundamental es garantizar la seguridad en múltiples aspectos de la vida ciudadana, incluyendo de manera especial el ámbito de la salud. En este contexto, la seguridad jurídica en el campo médico se constituye como un pilar esencial que garantiza la protección de los derechos fundamentales relacionados con la salud y la vida (Gonzales, 2022).

Gonzales (2022) detalla que el surgimiento de las instituciones políticas y jurídicas en el sector salud se fundamenta en la necesidad de transformar una libertad inicialmente ilimitada pero insegura, en una libertad regulada que garantice la protección efectiva de los derechos sanitarios. Dicha transición del estado natural a la sociedad civil organizada permite establecer un marco de certidumbre en la atención médica y los servicios de salud.

En el contexto médico, la seguridad jurídica se manifiesta como el fundamento que estructura todo el sistema sanitario, estableciendo garantías constitucionales que protegen tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. Este principio no se limita a establecer normas, sino que busca asegurar la realización efectiva del derecho a la salud y la protección de la vida (Gonzales, 2022).

Por lo que dicha seguridad jurídica en el campo médico se manifiesta en diversos ámbitos interrelacionados. En el aspecto social, garantiza el acceso universal a la salud y establece normas para la protección de la vida y la integridad física. En el ámbito laboral del sector salud, asegura condiciones dignas tanto para los trabajadores sanitarios como para los pacientes, estableciendo protocolos y estándares de atención (Gonzales, 2022).

En el Estado social y democrático de derecho, la seguridad jurídica en el campo médico adquiere una dimensión más amplia, buscando la efectividad real de los derechos relacionados con la salud. Ello implica que el Estado debe proporcionar no solo un marco normativo, sino también las condiciones materiales necesarias para que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente, garantizando una vida digna para todos los ciudadanos. Este principio se extiende a la protección de la salud desde las etapas más tempranas de la vida, incluyendo la atención prenatal, y abarca tanto la medicina preventiva como la recuperativa (Gonzales, 2022).

Asimismo, Gonzales (2022) relaciona la seguridad jurídica con la protección del desarrollo sociocultural y tecnológico en la medicina, asegurando que los avances científicos y las nuevas tecnologías médicas se implementen respetando la dignidad humana y el principio de igualdad. Esto incluye garantizar el acceso equitativo a los beneficios de la medicina moderna y la protección contra prácticas discriminatorias en la atención socio sanitaria, lo cual es objeto de estudio.

En conclusión, la teoría de la seguridad jurídica en el ámbito médico representa un compromiso fundamental del Estado moderno para garantizar la protección integral de la salud y la vida de los ciudadanos, estableciendo no solo un marco normativo sino también las condiciones materiales necesarias para su ejercicio efectivo, siempre en consonancia con los principios democráticos y los derechos fundamentales de la persona.

1.1.9 Regulación del Derecho Médico

La regulación del Sistema de Cuidado de la Salud en el Perú se fundamenta en un marco legal amplio y diverso que establece la protección integral de la salud como un elemento fundamental para el desarrollo humano y el bienestar social. Esta estructura normativa comienza desde la Constitución Política, que consagra la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad como valores supremos, estableciendo la protección

de la salud no solo como un derecho fundamental sino también como un deber ciudadano y una responsabilidad estatal (Varsi-Rospigliosi, 2006).

El primer elemento es la Constitución Política peruana establece que el Estado debe diseñar y ejecutar políticas nacionales de salud de manera descentralizada y plural, garantizando un acceso equitativo a los servicios sanitarios. Este acceso puede realizarse a través de entidades públicas, privadas o mixtas, reconociendo así la libertad de elección en las prestaciones de salud (Varsi-Rospigliosi, 2006).

Asimismo, se cuenta con el Código Civil, aunque no menciona expresamente el derecho a la protección de la salud, aborda aspectos fundamentales relacionados con la integridad física y la libertad personal, incluyendo disposiciones sobre actos médicos como trasplantes de órganos e intervenciones quirúrgicas. También establece el marco de responsabilidad civil para los profesionales de la salud (Varsi-Rospigliosi, 2006).

Como se mencionó anteriormente, se cuenta con la Ley General de Salud que representa un hito significativo al reemplazar el antiguo Código Sanitario. Conforme menciona Varsi-Rospigliosi (2006), dicha ley establece claramente que la salud pública es una responsabilidad primaria del Estado, mientras que la salud individual es una responsabilidad compartida entre el individuo, la sociedad y el Estado. La ley se estructura en diversos títulos que abordan aspectos cruciales del derecho a la salud, incorporando estándares internacionales y siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud. Los títulos de esta ley desarrollan temas fundamentales como los derechos y responsabilidades en la salud individual, estableciendo garantías para la dignidad, intimidad e integridad de las personas. También regula las actividades empresariales y profesionales relacionadas con la salud, abordando aspectos como la atención médica, trasplantes, manejo de productos sanitarios y protección ambiental.

Un aspecto particularmente relevante es la regulación del fin de la vida, estableciendo criterios legales sobre la muerte cerebral y sus implicaciones para trasplantes de órganos. La ley también aborda la gestión de la información en salud, considerándola como un recurso fundamental para la toma de decisiones y la comunicación con la población (Varsi-Rospigliosi, 2006).

De igual modo, el marco normativo incluye disposiciones sobre la autoridad sanitaria, designando al MINSA como el ente rector nacional en materia de salud. Por lo que, se establecen además medidas de seguridad específicas para proteger la salud pública, incluyendo procedimientos como el aislamiento, la cuarentena y la vacunación (Varsi-Rospigliosi, 2006).

Con respecto a la regulación de la responsabilidad médica, se acude a la legislación penal que complementa este marco normativo estableciendo sanciones para delitos contra la vida, el cuerpo y la salud pública. El Código Procesal Penal garantiza el derecho a la atención médica de los imputados, mientras que el Reglamento del Código de Ejecución Penal asegura el acceso a la salud de las personas privadas de libertad, promoviendo su rehabilitación e inserción social (Varsi-Rospigliosi, 2006).

Este conjunto normativo refleja un compromiso integral del Estado peruano con la protección de la salud, estableciendo no solo derechos y obligaciones, sino también mecanismos concretos para su implementación y garantía, considerando las diversas dimensiones y necesidades de la población en materia de salud.

1.2. Estudios Antecedentes sobre el objeto de estudio

Investigaciones nacionales

Caballero (2022) en la investigación “Factores Que Determinan La Validez Del Testamento Vital Como Ejercicio Del Derecho Humano A La Eutanasia En Perú En El

Año 2021”, tesis presentada en la Universidad Católica de Santa Marta, Arequipa - Perú, para obtener el grado de maestro en Derecho Humanos, tiene como objetivo explicar los factores a determinar la validez del testamento vital. El diseño de la investigación fue de tipo jurídico-explicativo y se consideró el método cualitativo. Se realizó la revisión documentaria tanto de la legislación nacional como comparada. Se concluyó que el testamento vital cuenta doble aplicación: como declaración de la voluntad del paciente sobre futuras decisiones terapéuticas y como disposición sobre su cuerpo tras la muerte. Asimismo, se recalca que el uso de esta figura es acto jurídico de voluntad, ya que, se ejecuta cuando el otorgante ya no puede manifestarla por sí mismo. Por lo cual, la validez del testamento se centra en principios como la dignidad, autonomía e igualdad, y en el reconocimiento constitucional de la eutanasia como un derecho humano. Por último, se enfatiza que este derecho surge como respuesta a avances científicos, cambios sociales y recursos limitados, y se encuentra vinculado a otros derechos fundamentales, como la vida, libertad y salud.

Álvarez (2023) en la investigación “Regulación constitucional de la muerte digna y vulneración del derecho a la vida en Huacho 2021”, tesis presentada en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho - Perú, para obtener el grado de maestro en Derecho Constitucional y Administrativo. Presenta como objetivo identificar la relación entre la regulación de la muerte digna y el derecho a la vida en Huacho. El diseño de la investigación fue de tipo no experimental y se consideró el método cuantitativo a través de la técnica de encuestas aplicando la estadística descriptiva. Cabe mencionar que, la muestra fue de 138 abogados. Como conclusión principal, se determinó que la regulación de la muerte digna no infringe el derecho a la vida, puesto que el 60.3% de abogados originarios de Huacho, Perú, coincidieron en dicha postura. Sin embargo, el 64.5% opina que la regulación del suicidio asistido sí vulnera dicho derecho. Finalmente,

un 52.6% de los abogados considera que la regulación de la eutanasia vulneraría el derecho a la vida.

Ramos (2024) en la investigación “La despenalización del homicidio piadoso y el derecho a una muerte digna. Lima, 2023”, tesis presentada en la Universidad César Vallejo, Lima - Perú, para obtener el grado de Doctora en Derecho. El objetivo de la investigación fue analizar las implicaciones jurídicas, éticas y sociales de la despenalización del homicidio piadoso en el Perú, dentro del contexto del derecho a una muerte digna. El diseño de la investigación fue de tipo no exploratorio y se consideró el método cualitativo a través de la técnica de revisión documentaria y entrevista a expertos. A modo de conclusión general, la legalización del homicidio piadoso afectaría los derechos de los pacientes terminales, al verse vulnerada su dignidad, autonomía y el derecho a una muerte digna.

De La Cruz y Saldarriaga (2023) en el estudio “Eutanasia, eximente de responsabilidad del personal médico en el Código Penal peruano” tesis presentada en la Universidad César Vallejo, Lima - Perú, para obtener el título de Abogado, cuyo objetivo se centró en evaluar la posibilidad de incluir la eutanasia como una causa de exoneración de responsabilidad en el Código Penal peruano. El diseño de la investigación fue de tipo no exploratorio y se consideró el método cualitativo a través de la técnica de revisión documentaria y de la entrevista a expertos, cuya muestra fue de diez abogados con especialidad en Derecho Penal. Dentro de las principales conclusiones, se determina que la viabilidad de la eutanasia como eximente de responsabilidad penal, ya que beneficia tanto al médico, que teme la responsabilidad penal, como al paciente, que sufre una enfermedad incurable. De igual manera, se deben establecer regulaciones estrictas para proteger los derechos de ambos y evitar abusos. Asimismo, se determinó que la

incorporación de la eutanasia como causa de justificación enfrenta obstáculos, que plantea un conflicto ético y moral en relación con su inclusión en el Código Penal peruano.

Falvy-Bockos, Peralta, Valdivia y Chambergo-Michilot (2022) en el artículo científico “Conocimientos de médicos geriatras respecto a la terminalidad de pacientes con demencia avanzada” publicado en la Revista “Horizonte Médico”, de Lima, Perú. Se planteó como objetivo principal comprender las diferencias entre el personal médico en cuanto a manejo de cuidados paliativos en pacientes geriátricos con demencia. El diseño del estudio fue exploratorio y se consideró el enfoque cuantitativo a través de la técnica de encuestas dirigidas a médicos geriatras basadas en un caso ejemplo de la enfermedad, objeto de estudio. Dentro de las principales conclusiones, se evidenció las diferencias entre las prácticas ejercidas y la toma de decisiones ideales para los pacientes. Por ello, se enfatiza la recomendación de capacitar a los médicos con la finalidad de no incidir en medidas que reduzcan la calidad de vida al paciente. Cabe mencionar que, dicha educación complementaria al personal debe ser compartida con los familiares del paciente para obtener un mayor conocimiento del camino a seguir más conveniente según las circunstancias de la enfermedad.

Investigaciones internacionales

Miname, Santos y Santana (2023) en el artículo científico “Testamento vital sob a ótica de enfermeiros que assistem pacientes em situação de terminalidade” publicado en la “Revista Eletrônica de Enfermagem Órgão Da Faculdade de Enfermagem Da Universidade Federal de Goiás” de Goiás, Brasil. El objetivo fue comprender la importancia de la figura jurídica analizada en el cuerpo de enfermeros cuyas labores se centraban en los pacientes terminales. La investigación fue cualitativa utilizando la técnica del discurso del sujeto colectivo a través de la aplicación de entrevistas a los sujetos materia de estudio, los enfermeros. Dentro de las conclusiones principales, se

remarcó la importancia en que los pacientes cuenten con la libertad en decidir sobre su bienestar médico junto con sus familiares y el equipo de profesionales en cuestión. Ello se debe a que, los enfermeros manifestaron diversos conflictos en el cumplimiento de los deseos del paciente terminal, tanto por la familia como por el equipo médico. Por ello, se recalca la importancia de establecer la figura del testamento vital con la finalidad de eliminar las limitaciones durante la aplicación de dicho testamento por las situaciones de conflicto en contra de lo decidido por el paciente terminal, lo cual no debe ser transgredido por ninguna persona ni profesión.

Gomes y Gomes (2023) en el artículo “Testamento Vital: O Morrer Com Dignidade”, presentado en la Revista “Cadernos ESP” de la Escuela de Salud Pública de Ceará, Brasil. De manera que, se estableció como objetivo la aplicación del testamento vital en pacientes geriátricos. Para ello, el diseño de la investigación fue cualitativa a través de la técnica de revisión bibliográfica, utilizando la base de datos SCIELO en un periodo del 2013 al 2023. Una de las conclusiones principales se basó en la comprensión del concepto del testamento vital, el cual es un documento que contiene directivas anticipadas de voluntad, que debe garantizar el cumplimiento del mismo para respetar los deseos del paciente como contar con una muerte digna. Asimismo, se recalca que Brasil cuenta con la resolución 1995/2012, mas no se encuentra incluido en una ley especial ni en el Código de Ética Médico. Por dicha razón, no se percibe una seguridad jurídica por parte de quienes buscan suscribirse a dicha figura jurídica ante la posibilidad del no cumplimiento del testamento vital. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de la creación de una ley federal sobre la figura en cuestión, la cual debe ser enmarcada en todas las especialidades médicas para evitar debates bioéticos.

Sepúlveda-Hermosilla, Irrázabal-Vargas y Rojas (2022) en el artículo “Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: un estudio exploratorio”

publicado en la Revista “Enfermería intensiva” de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, de Getafe, España. El estudio tiene como propósito principal evaluar la preparación del personal sanitario para integrar a los familiares en el proceso de atención de pacientes geriátricos en estado crítico. La investigación se diseñó como un estudio cuantitativo que analiza las correlaciones entre variables en un momento específico del tiempo a través de dos técnicas: medición y análisis estadístico y de grupos de enfoque. Se concluye que la disposición del personal médico para incorporar a las familias en el cuidado se muestra influenciada por experiencias previas exitosas de participación familiar, como la alimentación del paciente. Por ello, resulta necesario realizar estudios adicionales como la influencia de las características propias de las familias (sus conocimientos, capacidades y la relación que establecen con el equipo médico), así como el impacto que tiene la severidad del estado del paciente con la finalidad de mantenerse objetivos en la toma de decisiones del familiar en cuidados intensivos.

Gallo et al. (2023) en el artículo científico “Planificación anticipada de los cuidados y del uso de recursos hospitalarios en pacientes con COVID-19 en un programa de atención integrada para adultos mayores frágiles en residencias” publicado en la “Revista española de geriatría y gerontología” de Pamplona, España. El propósito central fue examinar el impacto y la relevancia de dos procesos interrelacionados en la atención de pacientes adultos mayores frágiles que viven en residencias y que fueron diagnosticados con COVID-19. El diseño del estudio fue cuantitativo y exploratorio, ya que fueron estudios de marzo a septiembre del 2020 de los pacientes a través de la técnica de estratificación según su condición y necesidades, y de la técnica de pronóstico estadístico basándose en la planificación anticipada de los cuidados que recibirían. A modo de conclusión, la implementación de un sistema de atención médica que integre dos

componentes fundamentales podría conducir a una mejora significativa tanto en la calidad como en la seguridad de la atención médica. El primer componente consiste en un proceso sistemático de estratificación que permita identificar a aquellos pacientes que necesitan cuidados paliativos. El segundo componente involucra el desarrollo de una planificación anticipada de los cuidados que estos pacientes recibirían.

Padilla et al. (2024) en el artículo “Fragilidad como predictor de mortalidad a 3 años en los pacientes adultos mayores en cuidados de largo plazo en México” publicado en la “Revista española de geriatría y gerontología” de Pamplona, España. Esta investigación se propuso examinar cómo la condición de fragilidad influye en las tasas de mortalidad a largo plazo entre los pacientes que residen permanentemente en instituciones de cuidado en México que impacta significativamente tanto en la calidad de vida como en el pronóstico de estos pacientes. En cuanto a la metodología, se diseñó un estudio cuantitativo y exploratorio a través de la técnica de estadística inferencial con una muestra de 81 pacientes, también se utilizó el instrumento estandarizado conocido como escala FRAIL. A modo de conclusión general, la fragilidad en los pacientes geriátricos es un factor de prioridad alta, ya que determina el tipo de calidad de vida con base en la supervivencia del adulto mayor. Por ello, resulta determinante la responsabilidad de los geriatras en dichas situaciones, la cual se complementa con la familia del paciente para poder tomar decisiones oportunas y dignas.

1.3. Marco Conceptual

Categorías Principales

Testamento Vital

Para comprender el objeto central de estudio, se determina que dicho concepto debe diferenciarse entre el mismo con el de directivas anticipadas. Ello se debe a que, el testamento vital se centra en permitir que una persona exprese su deseo de no recibir

tratamientos médicos en caso de enfermedad terminal, o de recibir solo medidas paliativas para el dolor. Por otro lado, las directivas anticipadas, también conocido como *instruction directive*, incluyen la posibilidad de designar a un representante que proteja los intereses del firmante, lo que se conoce como vendría a ser un símil de otorgar un poder de representación en cuestión de salud (Rodríguez-Arias, D., 2005).

Según señala Rodríguez-Arias (2005), la experiencia ha demostrado que ser demasiado específico en cuanto a los tratamientos solicitados puede ser contraproducente, ya que raramente la situación médica real coincide exactamente con lo previsto por el paciente al redactar sus directivas. Dicha limitación ha llevado al desarrollo de un nuevo documento llamado “historial de valores”, en el cual la persona explica las razones detrás de sus decisiones, sirviendo como complemento interpretativo de las directivas específicas.

Conforme detalla Rodríguez-Arias (2005), las directivas anticipadas pueden clasificarse de dos maneras:

1. Según su forma de manifestación:

- Directivas informales: comunicaciones orales a familiares o personas de confianza sobre preferencias de tratamiento y valores.
- Directivas formales: documentos legalmente autorizados que pueden ser modificados mientras el paciente mantenga su competencia.

2. Según su contenido:

- Planificación anticipada de tratamientos o testamento vital: especifica preferencias sobre tratamientos específicos.
- Historial de valores: define preferencias basadas en valores personales y perspectivas sobre la vida.

- Poder duradero de representación: designa a un representante para tomar decisiones médicas.
- Directiva combinada o mixta: incorpora varios de los elementos anteriores.

Este sistema permite abarcar tanto las manifestaciones orales como escritas, y puede incluir la planificación de tratamientos médicos, la declaración de valores personales y la designación de representantes. La flexibilidad de estas opciones permite una mejor adaptación a las necesidades y circunstancias específicas de cada individuo.

Por consiguiente, a diferencia del concepto anterior, los testamentos vitales o voluntades anticipadas, son instrumentos documentales donde una persona que mantiene plena capacidad de decisión puede expresar anticipadamente sus preferencias sobre los cuidados y tratamientos médicos que desea o no recibir cuando se encuentre en una situación donde no pueda manifestar su voluntad, siendo más versátiles, y aplicables en pacientes geriátricos que deseen acogerse a esta figura independientemente del estado de salud que pudieran tener posterior a la redacción del referido documento, por lo cual se estableció la diferencia y el objeto de estudio. (Bermejo, J., & Belda, R., 2013)

Acto Medico

Dentro del contexto de implementación del testamento vital, debe comprenderse la definición del acto médico con la finalidad de conocer lo que abarca y sus limitantes. Por lo que dicha figura puede entenderse desde una base filosófica aristotélica, donde se relacionan los conceptos de acto, actualidad y potencia. Según esta perspectiva, el acto representa el resultado de aplicar una fuerza para generar un cambio, transformando lo que existe en potencia a una realidad actual. Este proceso dependerá de la factibilidad y la resistencia del objeto que recibe la acción (Tena, C., Casa, O., 2009).

En el contexto médico, esta conceptualización se traduce en la acción que realiza el médico para beneficiar a una persona que busca ayuda, generalmente para conservar su salud o vida. El acto médico actualiza las potencialidades del paciente, resultando en efectos curativos o paliativos (Tena et al., 2009).

De manera que Tena et al. (2009) enfatizan en que el acto funciona como un puente entre el paciente y el profesional de la salud, fundamentándose en referentes científicos, técnicos y éticos que deben ser coherentes con las necesidades específicas del paciente. La efectividad de este acto se encuentra estrechamente vinculada con la relación médico-paciente, siendo tan significativa que una buena relación puede explicar hasta el 50% del éxito en los tratamientos.

Cabe resaltar que el acto médico resulta ser efectivo de cumplirse las siguientes condiciones fundamentales como: “Libertad prescriptiva del médico, Conocimientos y habilidades profesionales, Tiempo adecuado para la atención y Ubicación apropiada” (Tena et al., 2009, p. 33).

Asimismo, resulta importante destacar que el acto médico se desarrolla dentro de un sistema de salud más amplio, tanto público como privado, con normas establecidas. Su análisis debe considerar el contexto cultural y social, aplicando la medicina científica documentada y respetando principios básicos como no hacer daño, buscar el bien, respetar la autonomía del paciente y mantener una visión humanista, todo dentro del marco normativo y jurídico correspondiente (Tena et al., 2009).

El acto médico se fundamenta en la relación entre médico y paciente, la cual se basa en valores compartidos como la confidencialidad, veracidad, fidelidad y privacidad, además de la capacidad del médico para establecer comunicación y confianza. Estos elementos son fundamentales independientemente de la época o cultura, aunque los

cambios sociales pueden introducir nuevos valores o desafiar los existentes. Los avances tecnológicos y la especialización también influyen en esta relación (Ayala, S., 2009).

Cabe enfatizar que, históricamente, el modelo hipocrático estableció una relación asimétrica donde el médico dominaba la interacción, a veces llevando a actitudes soberbias en ausencia de autocrítica. Este modelo paternalista, basado en la beneficencia, considera al paciente como un seguidor pasivo de instrucciones, mientras el médico toma las decisiones por él, justificándose en la falta de conocimientos técnicos del paciente (Ayala, S., 2009).

Sin embargo, conforme señala Ayala (2009) la evolución social ha generado un nuevo tipo de paciente más activo y un sistema donde la práctica médica, tradicionalmente autorregulada, ahora incluye supervisión por consejos de certificación y control social por parte de los pacientes.

De modo que, han surgido nuevos modelos de relación médico-paciente:

- El modelo contractual, que establece derechos y obligaciones explícitos entre “prestador de servicios” y “usuario”
- El modelo de asociación, que reconoce la autonomía del paciente y su participación en las decisiones
- El modelo técnico, que ve al paciente como objeto de trabajo médico, con el riesgo de olvidar su naturaleza como persona, especialmente en especialidades como la anestesiología
- Estos modelos reflejan la evolución desde el paternalismo tradicional hacia relaciones más equilibradas, aunque cada uno presenta sus propios desafíos y consideraciones éticas (Ayala, S., 2009).

Paciente geriátrico

El avance de la medicina, así como la mejoría en la calidad y expectativa de vida a nivel mundial ha generado un nuevo paradigma en que se ha vuelto más generalizado aspirar a llegar a una edad avanzada, cuando en eras previas era una excepción a la regla. Por lo tanto, es necesario precisar la definición del presente concepto bajo la normativa vigente.

Según señala la Resolución Ministerial 030-2020-MINSA, aquellas personas con edades de 60 años a más se les denomina “Adultos Mayores”, empleando el mismo rango de edad propuesto por la Organización Mundial de la Salud, siendo el objetivo delineado en dicho documento el reducir los periodos de enfermedad y buscar un “envejecimiento saludable” donde se preserve la funcionalidad y se reduzca la dependencia (Ministerio de Salud, 2020).

La necesidad de abordar las múltiples necesidades del adulto mayor propició la creación de la especialidad médica de Geriátrica tras la publicación del artículo titulado “Geriatrics” en el *New York Medical Journal* en 1909 por parte del galeno estadounidense Ignatz Leo Nascher, definiéndose así al envejecimiento como una parte de la vida y no una enfermedad en sí, y que el adulto mayor con patologías era, pues, un paciente geriátrico al que tratar con respeto a su identidad (Nascher, 1909).

Seguridad jurídica

De aplicarse un testamento vital, el paciente debe contar con la seguridad jurídica por parte de la legislación de su país como de sus costumbres. Por ello, debe comprenderse dicho concepto para valorizar el tema de investigación.

Según señala Dip (2016), la seguridad jurídica refleja una necesidad humana fundamental que se manifiesta en múltiples aspectos de la vida cotidiana. Dicha búsqueda

de seguridad se expresa en diversos ámbitos: personal, social, ciudadana, alimentaria, laboral, ambiental, informática, entre otros.

En términos jurídicos, Dip (2016) nos define la seguridad jurídica como la garantía que tiene el individuo de que tanto su persona como sus bienes y derechos estarán protegidos contra ataques violentos, y en caso de que estos ocurran, la sociedad asegurará su protección y compensación. Asimismo, la seguridad jurídica presupone que el derecho debe ser incuestionable en su existencia y contenido, y que solo puede ser modificado por voluntad de su titular (Dip, R., 2016).

De manera que, la figura requiere una regularidad estructural y funcional del sistema jurídico a través de sus normas e instituciones. El *ius certum* se manifiesta objetivamente en la firmeza y eficacia de las situaciones jurídicas, lo cual impacta en la paz política y genera confianza en la sociedad. Para ello, se requiere de reglas positivas, conocibles y estables (Dip, R., 2016).

Sin embargo, el exceso de leyes está generando una crisis del principio de legalidad. La multiplicación de normas y sus constantes cambios, junto con el debilitamiento de la jurisprudencia de los tribunales, están erosionando la seguridad jurídica. Esta situación crea un escenario donde abundan derechos que no se ejercen y deberes que no se cumplen, trivializando la relación con la justicia. Como resultado, tanto los derechos legítimos como los meramente declarativos acaban siendo ignorados o vulnerados, creando un círculo vicioso de incumplimiento y desprotección legal (Dip, R., 2016).

Autonomía del paciente

Dentro del contexto médico, se debe conocer e interpretar la autonomía del paciente para determinar si es candidato a un testamento vital. Para ello, es vital comprender dicho concepto.

El consentimiento informado se fundamenta en la libertad de autodeterminación, un derecho fundamental reconocido en todas las constituciones modernas. Este concepto establece que todo paciente tiene el derecho fundamental de decidir sobre su propio tratamiento médico, lo que implica necesariamente otorgar su consentimiento después de recibir información adecuada. En caso de que el paciente no pueda tomar decisiones por sí mismo, este derecho puede ser ejercido por su representante legal. Igualmente, importante es el derecho del paciente a rechazar el tratamiento si lo considera más conveniente para sus intereses (Parejo, M., 2018).

Tanto la información como la autorización previa del interesado son requisitos absolutos e indispensables, ya que su ausencia no solo compromete derechos fundamentales sino también el desarrollo personal y la dignidad humana. Esta postura se refuerza con el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, vigente en España desde 2000, que establece claramente que ninguna intervención médica puede realizarse sin el consentimiento informado y libre del paciente (Parejo, M., 2018).

Sin embargo, existen variaciones en el tratamiento legal de este principio según el país. Por ejemplo, en Francia, el consentimiento del paciente por sí solo tiene un peso jurídico limitado, particularmente en casos de eutanasia. Desde 1994, el código penal francés continúa considerando la eutanasia como homicidio, independientemente del consentimiento de la víctima. Aunque el consentimiento podría considerarse como

circunstancia atenuante si se puede probar que la víctima solicitó explícitamente su muerte, en la práctica esta prueba suele ser difícil de establecer (Parejo, M., 2018).

Categorías Secundarias

Cuidados paliativos

Dentro de las posibilidades del paciente a elegir el camino de los cuidados paliativos según lo que haya decidido en su testamento vital, resulta esencial conocer dicho término.

Los cuidados paliativos representan un área crucial en la salud pública, enfocándose en aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad y calidad de vida de las personas en su etapa final. Este enfoque reconoce la individualidad de cada paciente, respetando su historia y cultura únicas (Trujillo, 2015).

En la fase terminal, los pacientes experimentan cambios rápidos en sus síntomas y necesidades de comunicación con familiares, amigos y personal médico. Esta etapa requiere atención intensiva tanto física como emocional, incluyendo el manejo del dolor, control de síntomas, mantenimiento del confort y una comunicación transparente (Trujillo, 2015).

Aunque tradicionalmente la medicina se enfoca en prevenir y curar, existe una necesidad de atender a pacientes cuyas enfermedades no responden a tratamientos curativos. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inicialmente definió los cuidados paliativos en 1990 como el cuidado integral de pacientes con enfermedades incurables, posteriormente ampliando su definición en 2002 para incluir a familiares y enfatizar la mejora en la calidad de vida (Trujillo, 2015).

De manera que, Trujillo (2015) enfatiza en que las finalidades de los cuidados paliativos son las siguientes:

- Alivian el dolor y síntomas angustiantes
- Aceptan la muerte como proceso natural
- No buscan acelerar ni retrasar el fallecimiento
- Integran aspectos espirituales y psicológicos
- Apoyan tanto al paciente como a su familia
- Utilizan un enfoque multidisciplinario
- Pueden iniciarse junto con otros tratamientos

Asimismo, la *European Association for Palliative Care* (EAPC) enfatiza el carácter interdisciplinario de estos cuidados y su aplicación tanto en casa como en hospital. Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) los define como cuidados específicos para proporcionar bienestar en fases terminales, mientras que la Hospice Foundation of America destaca la importancia de la dignidad en este proceso (Trujillo, 2015).

Capacidad de decisión

Para comprender si el paciente puede ser candidato a un testamento vital, se debe verificar su capacidad de decisión. Por ello, Vivas-Tesón, I. (2018) señala en un análisis de legislación comparada la importancia de la ley italiana de 2004, ya que transformó radicalmente el tratamiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Antes de dicha reforma, el sistema italiano solo contemplaba la incapacitación judicial, ya fuera total o parcial, lo que resultaba en una protección insuficiente de las personas con autonomía limitada.

El nuevo enfoque revolucionó el concepto de capacidad jurídica al:

- *Reconocer que la persona vulnerable no debe ser un sujeto pasivo, sino protagonista activa en los procedimientos sobre su capacidad*

- *Permitir que la persona pueda acudir directamente al juez para ser escuchada, no "examinada"*
- *Establecer que las decisiones judiciales deben basarse en los intereses, voluntad, necesidades y aspiraciones de la persona (Vivas-Tesón, I., 2018, p.38).*

A diferencia de la incapacitación judicial tradicional, que partía de la premisa de proteger a la persona de hacerse daño a sí misma o a la sociedad, la administración de apoyo se diseñó como una institución que acompaña al beneficiario sin sustituirlo ni quitarle su capacidad de obrar. Es decir, no busca privar de derechos sino reconocer y valorar los espacios de autonomía que conserva la persona, por mínimos que sean (Vivas-Tesón, I., 2018).

Dicha reforma transformó el paradigma, puesto que se pasó de un sistema que privaba de derechos y convertía a la persona en una “no persona”, a uno que proporciona apoyos reconociendo su capacidad residual y dignidad inherente (Vivas-Tesón, I., 2018).

En la actualidad, Europa está experimentando un cambio significativo en su aproximación hacia la discapacidad, alejándose de percepciones anticuadas. Se está trabajando para eliminar dos conceptos tradicionales erróneos: la idea de que una enfermedad implica automáticamente incapacidad, y la noción de que proteger significa necesariamente imponer prohibiciones y limitaciones (Vivas-Tesón, I., 2018).

Este cambio se está implementando a través de varias estrategias importantes:

- Primero, se está modernizando el lenguaje en la legislación, optando por términos respetuosos e inclusivos en lugar de expresiones discriminatorias.
- Segundo, se está abandonando la visión simplista que divide a las personas entre capaces e incapaces.

- Tercero, se está limitando el uso de la incapacitación judicial solo a casos extremos donde sea absolutamente necesaria, buscando primero otras alternativas.
- Cuarto, se están desarrollando medidas de protección más flexibles y personalizadas, adaptadas a cada situación individual.
- Quinto, se está dando mayor importancia a la voluntad de la persona afectada, reconociendo y respetando sus capacidades remanentes, especialmente en decisiones personales (Vivas-Tesón, I., 2018).

Finalmente, se está promoviendo un modelo de asistencia y apoyo, en lugar de uno basado en la representación legal y la privación de derechos.

Dignidad humana

En el contexto que el paciente desee ser candidato a un testamento vital, el mismo debe evaluar cuanta dignidad busca que se refleje en sus decisiones médicas finales.

Para ello, debe comprenderse ampliamente dicho concepto del derecho sobre el propio cuerpo, lo cual resulta fundamental en los debates bioéticos actuales. Aunque nadie niega su existencia, hay diferentes interpretaciones sobre su alcance, lo que afecta cómo se abordan temas como el aborto, la eutanasia, la reproducción asistida, los trasplantes y la gestación subrogada (Atienza, 2022).

Conforme señala Atienza (2022), muchos juristas consideran que existe una aparente contradicción en los “derechos de la personalidad”, categoría a la que pertenece el derecho al propio cuerpo, ya que en estos la persona es simultáneamente sujeto y objeto del derecho. Para resolver esta paradoja, algunos prefieren hablar de “bienes” en lugar de “derechos”, o buscan definir el objeto del derecho de manera que no coincida con el propio sujeto.

Dicha dificultad surge porque el concepto tradicional de derecho subjetivo se construyó pensando en derechos patrimoniales, que pueden ser personales, sobre personas, o reales, sobre cosas. En los derechos personales, como los contratos, es imposible ser acreedor y deudor de uno mismo. Si consideramos el derecho al cuerpo como un derecho real, similar a la propiedad, surge el problema de la identificación entre sujeto y objeto (Atienza, 2022).

Una solución parcial sería considerar como objeto del derecho solo aquellas partes del cuerpo que son separables como cabello, dientes o sangre sin afectar nuestra identidad. Sin embargo, esto no resuelve la cuestión para órganos vitales o la vida misma (Atienza, 2022).

De manera que, Atienza (2022) plantea que la solución a este dilema técnico viene de la mano de Hans Kelsen, quien argumentó que todos los derechos, incluso los reales, son en realidad relaciones entre personas. Así, el derecho sobre el propio cuerpo se puede entender como la obligación de los demás de respetar los actos de disposición que una persona realiza sobre su cuerpo.

El derecho al propio cuerpo, que incluye los derechos a la vida, salud, integridad física y libertad personal, conocidos como derechos de la personalidad en la esfera física, en contraste con los derechos de la personalidad en la esfera moral como el derecho al nombre, honor e intimidad, se clasifica generalmente como un derecho humano universal. Sin embargo, su ejercicio también tiene elementos de los derechos civiles, pues requiere capacidad de obrar para tomar decisiones sobre el propio cuerpo (Atienza, 2022).

La cuestión se complica al analizar si estos derechos comparten características con los derechos patrimoniales. Si bien el derecho al propio cuerpo es universal en principio, su ejercicio puede tener efectos excluyentes, similar a la propiedad privada. Ello se

evidencia en situaciones de escasez, como en los trasplantes de órganos, donde el ejercicio del derecho por una persona puede afectar las posibilidades de otros (Atienza, 2022).

Voluntades anticipadas

Conforme se había mencionado anteriormente, un testamento vital no es similar a una voluntad anticipada, ya que dicha figura representa a un poder de representación en acciones médicas; cuando un testamento vital es la decisión de que camino médico elegir según sea la situación del paciente. Por ello, resulta esencial diferenciar y conocer ambos conceptos para evaluar a cada uno de ellos.

Según mencionan Cárcar, Caro y Marcos del Cano (2014), la problemática del final de la vida se ha vuelto más compleja en nuestra época actual, principalmente debido al aumento significativo de la esperanza de vida. Este incremento en la longevidad trae consigo nuevos desafíos:

- Calidad de vida deteriorada: El aumento de años de vida no siempre significa una mejor calidad de vida.
- Mayor incidencia de enfermedades mentales: Especialmente condiciones como el Alzheimer y otras formas de demencia.
- Prolongación artificial de la vida: Mediante tratamientos y tecnologías que pueden causar más sufrimiento que beneficio tanto al paciente como a su familia.

En dicho contexto, surge la necesidad de que las personas puedan decidir sobre la forma en que quieren vivir sus últimos días como en los tratamientos médicos que desean o no recibir y las condiciones bajo las cuales quieren ser tratados (Cárcar et al., 2014).

Cabe mencionar que cuando el paciente pierde la capacidad de tomar decisiones, existen tres vías principales de acción según detallan Cárcar et al. (2014):

Instrucciones Previas:

- El paciente deja establecidas sus preferencias anticipadamente
- Puede incluir detalles específicos sobre tratamientos
- Puede ser por escrito o, en algunos casos, oral (aunque esto último puede generar problemas de verificación)

Designación de un Sustituto:

- El paciente nombra a una persona de confianza
- Esta persona puede actuar de dos maneras:
 - Tomando decisiones basadas en su propio criterio (mediante un poder específico para el cuidado de la salud)
 - Siguiendo instrucciones específicas dejadas por el paciente

Protocolos Médicos:

- Se siguen los procedimientos establecidos por los profesionales de la salud
- Se basan en las mejores prácticas médicas y éticas

De modo que la diferencia entre el testamento vital y la voluntad anticipada recae en la designación de un sustituto que decida por el paciente. Por lo que, en el testamento vital sí sucede los escenarios de instrucciones previas como de los protocolos médicos a seguir según hayan sido pedidos por el paciente.

En la misma línea, otra diferencia con el testamento vital sucede cuando tampoco existen voluntades anticipadas y se utilizan dos criterios fundamentales conforme señalan Cárcar et al. (2014):

El Juicio Sustitutorio (*Substituted Judgment*):

- Se intenta determinar qué hubiera decidido el paciente
- Requiere conocimiento profundo de los valores y preferencias previas del paciente
- Se basa en evidencias de la vida consciente del paciente

- Presenta desafíos en cuanto a la verificación de las preferencias

Los Mejores Intereses (*Best Interests*):

- Se aplica cuando no hay información sobre las preferencias del paciente
- Se decide lo que se considera mejor para el bienestar del paciente
- Útil en casos de pacientes que nunca fueron conscientes
- Se basa en criterios objetivos de bienestar

Ante dichas situaciones, el papel de la familia en estas decisiones es tradicionalmente importante por varias razones como la proximidad emocional y conocimiento del paciente, la responsabilidad en el cuidado, la autoridad social reconocida en asuntos familiares y la preservación de los valores familiares (Cárcar et al., 2014).

Sin embargo, pueden surgir situaciones que comprometan esta legitimidad como conflictos previos entre familia y paciente, intereses contrapuestos y las decisiones que no benefician al paciente (Cárcar et al., 2014).

De modo que, en caso de conflictos entre criterios médicos y familiares, existen dos vías de resolución sea la judicial como las comisiones de ética del centro médico en el que se encuentre el paciente. Para ello, en ambas vías de solución debe estar regulado el Juicio Sustitutorio como la figura de los Mejores Intereses (Cárcar et al., 2014).

Cabe recalcar que, los Comités de Ética son especialmente valiosos porque proporcionan apoyo en la toma de decisiones complejas; también ejercen control social en temas de salud pública y aseguran una reflexión adecuada mediante un análisis completo de la información disponible, una revisión de casos similares y una consideración de todos los argumentos racionales. Además, ofrecen una perspectiva multidisciplinar y facilitan el diálogo entre todas las partes involucradas en situaciones

donde no existe documento de voluntades anticipadas y surgen conflictos entre las partes involucradas. Por ello, se recomienda consultar al Comité de Ética, aunque su informe no sea vinculante, ya que proporciona una visión más amplia y fundamentada para la toma de decisiones. Todo ello en un marco que busca asegurar el mejor resultado posible para el paciente, respetando sus deseos y dignidad hasta el final de la vida (Cárcar et al., 2014).

Conceptos Operativos

Omisión normativa

Al ser parte de investigación, el análisis del impacto en la integridad del acto médico geriátrico con base en el testamento vital en la ley general de salud del Perú se debe comprender que existe una omisión normativa sobre dicha figura jurídica. Si bien existe casos que fueron resueltos en el Tribunal Constitucional, los mismos no son jurisprudencia vinculante, aunque su existencia permanece como casos ejemplo y la necesidad potencial de su legislación, y posterior reglamentación.

De manera que, Pardo (2017) analiza que el Tribunal Constitucional de Perú ha establecido que la Constitución es una norma vinculante que puede desarrollarse a través de la jurisprudencia, especialmente cuando hay omisiones del legislador. Sin embargo, para que el Tribunal pueda declarar una omisión normativa, esta debe manifestarse como un verdadero acto inconstitucional que implique violaciones graves y evidentes de derechos fundamentales, ya sea por ausencia de normas que permitan ejercer estos derechos o por alguna obligación absoluta incumplida de desarrollar o contemplar la norma.

En dichos casos, las sentencias del Tribunal ordenan al órgano correspondiente, sea el Poder Ejecutivo o el Congreso, emitir la normativa necesaria. Para ello resulta importante notar que, aunque la Constitución peruana de 1993 no contempla

expresamente el control de omisiones legislativas, el fundamento para este control se encuentra en el marco normativo constitucional que se ha desarrollado en los últimos años. El Tribunal Constitucional no solo ha declarado la incompatibilidad de leyes aprobadas por el Parlamento, sino que también ha emitido sentencias interpretativas para establecer las bases del Estado Constitucional (Pardo, 2017).

El control constitucional puede abordar las omisiones legislativas absolutas examinando otras disposiciones que podrían aplicarse en lugar de la “ley debida” que una inexistente. Dicho enfoque resulta similar al utilizado en otras constituciones iberoamericanas. Por lo que, para declarar una omisión normativa, no es necesario señalar la norma específica que debería aplicarse, ya que ello sería inconstitucional por imposibilidad natural de cumplimiento y negaría el acceso a la justicia constitucional (Pardo, 2017).

De manera que, Pardo (2017) recalca que el análisis de la omisión normativa como objeto de control constitucional debe considerar tanto la Constitución formal como la material, reconociendo que factores reales de poder pueden constituir la inactividad del legislador. Ello puede crear situaciones donde otros actores ocupen el espacio político-jurídico.

La protección constitucional de los derechos contemplados en Tratados y Convenciones sería incompleta si solo se aplicara frente a acciones positivas de los legisladores. Dichas fuentes de derecho deben desarrollarse, y su omisión puede crear situaciones que requieran disposiciones jurídicas superiores, justificando así el control constitucional convencional (Pardo, 2017).

Por tanto, la omisión legislativa, sea relativa o absoluta, no significa ausencia total de regulación, sino una regulación diversa que resulta de la inacción del legislador y que

debe alinearse con los principios constitucionales. Dicha situación se tipifica como “inconstitucionalidad por omisión”, cuyo objetivo es dar continuidad y eficacia a los mandatos constitucionales (Pardo, 2017).

Marco sociosanitario

Dentro de las implicancias de analizar el testamento vital, se recae en la evolución de la sociedad como la expectativa de vida. Por la misma razón se debe comprender la definición de un marco sociosanitario.

Los cambios en las enfermedades típicas de las sociedades modernas han creado nuevas necesidades de atención que requieren más cuidados y menos medicina puramente curativa. Para responder a esto, se han desarrollado nuevas técnicas de intervención para enfermedades crónicas como, por ejemplo: la hospitalización a domicilio, el hospital de día, las técnicas de abordaje comunitario preventivas y la gestión de casos, especialmente útil para personas con múltiples necesidades (Marcos del Cano et al., 2017).

Ello ha conllevado a la creación de un nuevo ámbito de atención llamado atención sociosanitaria, que combina servicios sociales, atención sanitaria comunitaria y hospitalaria. Las proyecciones demográficas indican que la dependencia y la salud de las personas mayores serán el factor dominante en la prestación de servicios personales, tanto públicos como privados conforme señalan Marcos del Cano et al (2017).

Sin embargo, tradicionalmente ha existido una separación entre sanidad y servicios sociales, lo que ha generado una menor efectividad en las actuaciones como un impacto negativo en personas que necesitan ambos servicios simultáneamente. Bajo esa misma línea, deben diferenciarse ambos sistemas, puesto que, un sistema de salud es una red muy desarrollada con cobertura universal y servicios gratuitos; mientras que, los servicios sociales cuentan con red menos extensa y sus prestaciones no son garantizadas al tener una financiación parcial por los usuarios (Marcos del Cano et al., 2017).

De modo que, la coordinación sociosanitaria busca facilitar el acceso a diferentes servicios y así garantizar la continuidad de cuidados para servir de enlace entre ambos sistemas; asimismo, establece protocolos comunes de intervención. Por ello, los objetivos principales de este modelo colaborativo son investigar, examinar, diagnosticar y tratar de forma coordinada las situaciones-problema de personas y familias, especialmente en casos de pérdida severa de salud o autonomía. Además, garantiza la equidad en el acceso a recursos sanitarios y sociales para lograr niveles asistenciales adecuados para cada proceso y brindar una atención de calidad en entornos que prioricen necesidades personales para evidenciar la mejora de la calidad de vida y autonomía (Marcos del Cano et al., 2017).

Por lo tanto, Marcos del Cano et al (2017) enfatizan que el modelo requiere una planificación y coordinación conjunta de estrategias sociales y sanitarias para lograr una respuesta integral y eficiente, estableciendo los órganos e instrumentos necesarios para su implementación. Dicho enfoque integrado busca superar las limitaciones históricas de la separación entre sistemas, proporcionando una atención más completa y efectiva, especialmente para personas con necesidades complejas que requieren servicios tanto sanitarios como sociales.

Integridad del acto médico

Al examinar los aspectos legales de la práctica médica, Pacheco (2024) determina que existen diversas interpretaciones conceptuales. La atención médica abarca no solo el tratamiento terapéutico tradicional, sino también otras prácticas como la experimentación en seres humanos, aunque nos centraremos en la primera. Por lo que, se define el tratamiento médico como una acción que beneficia la salud de la persona y se ejerce sobre su cuerpo.

Dicha acción beneficiosa comprende tanto la prevención como la curación y rehabilitación. Dicho tratamiento debe ser realizado por un profesional médico, excluyendo a personas sin formación médica (Pacheco, A., 2024).

En cuanto a la *lex artis*, este concepto está relacionado con la indicación médica, aunque son distintos en su esencia. La indicación médica justifica la idoneidad del tratamiento para resolver un problema clínico específico, mientras que la *lex artis* determina cómo debe aplicarse dicho tratamiento. Por ello, no basta con que un tratamiento médico-quirúrgico esté correctamente indicado; también debe ejecutarse siguiendo las reglas del arte médico (Pacheco, A., 2024).

Conforme Pacheco (2024) comenta que, en México, la *lex artis* está respaldada por el derecho sanitario, específicamente en el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud, que establece que la atención médica debe seguir principios científicos y éticos. La *lex artis* consiste en un conjunto de reglas técnicas y procedimientos generalmente aceptados por la comunidad médica, aunque siempre considerando las particularidades de cada caso.

Cabe destacar que estas reglas no se encuentran limitadas a una escuela médica específica, ya que esto atentaría contra la libertad de prescripción o terapéutica. En casos donde las enfermedades no tienen tratamientos establecidos, se pueden aplicar nuevos recursos terapéuticos, siempre que estén justificados y cuenten con el consentimiento informado del paciente (Pacheco, A., 2024).

La *lex artis ad hoc* representa una extensión importante de este concepto, permitiendo la valoración de casos específicos considerando circunstancias particulares como el estado del paciente, la intervención de familiares y la organización sanitaria. El contenido de ambas formas de *lex artis* es dinámico y evoluciona con el avance de las

ciencias de la salud, respaldándose en guías clínicas, protocolos de actuación y literatura médica especializada (Pacheco, A., 2024).

En conclusión, la *lex artis ad hoc* permite analizar casos particulares considerando diversas circunstancias que influyen en la actuación médica, incorporando criterios éticos y bioéticos para regular y evaluar las acciones del personal sanitario.

Indeterminación jurídica

Como se mencionó anteriormente, existen resoluciones no vinculantes sobre conseguir una muerte digna. Por lo que, resulta determinante definir la indeterminación jurídica para analizar el impacto legal de dichas resoluciones y su característica no vinculante junto con su alcance con futuros casos.

Existe una distinción importante en el uso de los términos indeterminación y derrotabilidad en el contexto jurídico. La indeterminación se considera una característica del derecho en su conjunto, mientras que la derrotabilidad se refiere específicamente a una cualidad de las normas jurídicas individuales. Aunque estos conceptos están íntimamente relacionados, sus aplicaciones difieren en el análisis jurídico (Ródenas, A., 2012).

La indeterminación del derecho puede manifestarse de diversas formas, particularmente cuando se consideran los defectos lógicos de los sistemas jurídicos. Dicho enfoque considera al derecho como un sistema normativo diseñado para justificar decisiones, las cuales se consideran válidas cuando pueden derivarse de manera deductiva de normas generales junto con los hechos específicos del caso. La indeterminación en este contexto afecta la capacidad de establecer con precisión el estatus jurídico de ciertas acciones, surgiendo principalmente de problemas de consistencia o completitud en los sistemas jurídicos, manifestándose como lagunas y antinomias (Ródenas, A., 2012).

En las lagunas jurídicas existen tres tipos distintos: normativas, axiológicas y de reconocimiento según explica Ródenas (2012). Una laguna normativa ocurre cuando el sistema carece de una norma que vincule un caso con una solución específica. Una laguna axiológica surge cuando, aunque existe una norma aplicable, esta no considera como relevante una propiedad que debería serlo. Las lagunas de reconocimiento se presentan cuando hay ambigüedad semántica en los términos que definen un caso genérico.

Sin embargo, se demuestran limitaciones cuando se trata de determinar las obligaciones judiciales en estos casos. Según Ródenas (2012), ante una laguna normativa, el juez solo debe emitir un fallo, sin importar su dirección, mientras que en las lagunas axiológicas debe aplicar la solución prevista en la norma existente, ignorando consideraciones externas al derecho.

Dicha postura contrasta con la opinión general de los juristas, quienes sostienen que incluso en casos de lagunas normativas, las decisiones judiciales deben estar jurídicamente fundamentadas, y que las lagunas axiológicas podrían representar excepciones implícitas a las reglas. De modo que, se reconoce que el derecho no se limita a directivas de conducta en forma de reglas, sino que incluye la protección y promoción de bienes y valores mediante principios. Ello permite una comprensión más completa de cómo los jueces pueden tomar decisiones jurídicamente fundamentadas incluso en situaciones de indeterminación, considerando tanto las reglas explícitas como los principios subyacentes del sistema jurídico (Ródenas, A., 2012).

CAPITULO II: EL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial en las últimas décadas es una realidad evidenciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual fuerza la adopción de nuevos paradigmas en la sociedad (World Health Organization, 2024a). Uno de estos paradigmas es el aumento de incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, ante lo cual nuestro país no es la excepción, pues la OMS estima que el 50% de peruanos padece mínimo de una, y se asocian con una reducción considerable en los años de vida saludable, por las secuelas que generan (World Health Organization, 2024b).

Esta situación sanitaria es relevante para el derecho peruano, pues la Constitución Política del Perú en su primer artículo declara “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y Estado”, y en su segundo artículo sostiene que “Toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica, y física y a su libre desarrollo y bienestar.”, evidenciando así que la salud es un bien jurídico (Congreso Constituyente Democrático, 1993).

Si bien esta realidad se ha visto en parte reconocida por la Ley N°30846, que establece el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, dicha normativa no contempla los aspectos jurídicos propios de la evolución negativa de las enfermedades tributarias a dichos manejos, nominalmente en lo referente a materia de testamentos (Plataforma Digital Única del Estado Peruano, 2018). Esto es de suma importancia pues, siendo el testamento un documento típicamente redactado por las personas naturales interesadas en un punto del tiempo posterior a recibir su diagnóstico, y contempla la materia de sucesiones sobre los bienes materiales de la persona natural, no establece disposición

sobre el bien más importante según nuestra propia Carta Magna, que es la salud y la dignidad (Soto, 2018). Esta situación se manifiesta en el encarnizamiento terapéutico, cuando el paciente recibe atención médica aun cuando el cuadro de fondo es en sí mismo incurable, causando sufrimiento innecesario al paciente y sus allegados, lo cual va en contra del mismo Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (CMP) ante el cual todo galeno se rige en el ejercicio de su profesión (Colegio Médico del Perú, 2023).

Ante esta problemática, se ha configurado la figura jurídica del “testamento vital”, conocido también como voluntad anticipada o testamento biológico, que es un documento mediante el cual una persona, de manera libre y voluntaria, expresa sus intenciones respecto a las medidas terapéuticas que se tomarán en relación con su salud, y delega a un apoderado para que las ejecute (World Medical Association, 2024). En otros países de la región, como es el caso de Argentina y Colombia, estos documentos han sido implementados, y su elaboración se efectúa previo a que la enfermedad avance al punto que comprometa parcial o totalmente el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), como alimentarse o levantarse de la cama, previniendo así el encarnizamiento terapéutico y preservando la dignidad del paciente, del mismo modo que se salvaguarda el ejercicio médico (Buedo et al., 2023).

Sin embargo, en el contexto peruano, el testamento vital no solo no se halla implementado, sino que tampoco ha recibido la discusión exhaustiva sobre su viabilidad legal y la aplicabilidad del mismo que merece de manera estructurada, lo cual limita el ejercicio médico y afecta la toma de decisiones en situaciones críticas de salud, lo cual se evidencia en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas vigente, que no establece los lineamientos jurídicos del cómo un paciente se vuelve tributario de estos manejos, y tampoco establece las pautas de salvaguarda que

una vez se le incorpore a ellos, exista una protección legal de su decisión y del médico tratante (Ministerio de Salud, 2021). Igualmente, iniciativas presentadas sobre este tema, como el Proyecto de Ley N°5937-2023-CR no responden plenamente a la cuestión de la implementación sin afectar el ejercicio médico, o el cómo se codificaría en el derecho peruano sin contravenir a otras normativas ya existentes (El Peruano, 2023).

Ello cobra relevancia cuando analizamos los expedientes 00573- 2020-0-1801-JR-DC-11 Lima y 004988-2023-0-1801-JR-DC-1, donde se evidencia la negativa de los médicos tratantes a ejecutar la voluntad anticipada de las demandantes, aun cuando los dictámenes para su ejecución fueran establecidos por un juez, lo que prolongó innecesariamente la agonía de los pacientes a su cuidado (Pandal, 2023).

Evidenciando esta problemática, es que se fundamenta el desarrollo de la presente investigación titulada El Testamento Vital en la Ley General de Salud y su impacto en la integridad del Acto Médico Geriátrico - Un análisis médico legal del Marco Normativo Peruano.

2.1.2 Definición del Problema

Problema general

¿De qué manera la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud vulnera la integridad del acto médico del paciente geriátrico en el contexto sociosanitario nacional?

Problemas específicos

1. ¿Cómo la omisión de implementación del testamento vital vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente en el sistema de salud peruano?

2. ¿De qué forma la ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico frente a decisiones sobre tratamientos en pacientes con enfermedades terminales?

3. ¿Cuáles son las implicancias jurídicas de la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos respecto a la toma de decisiones médicas?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad analizar las consecuencias jurídicas y médicas de la omisión del testamento vital en la Ley General de Salud peruana, con especial énfasis en la atención del paciente geriátrico y el ejercicio médico, para proponer una base normativa que permita su adecuada implementación en el ordenamiento jurídico nacional, garantizando tanto la dignidad del paciente como la seguridad jurídica del acto médico.

2.2.2 Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Determinar cómo la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud afecta la integridad del acto médico del paciente geriátrico en el contexto sociosanitario nacional.

Objetivos específicos

1. Analizar los efectos de la omisión de implementación del testamento vital en el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente dentro del sistema de salud peruano.

2. Identificar las implicaciones de la ausencia de regulación del testamento vital en la seguridad jurídica del ejercicio profesional médico, específicamente en la toma de decisiones sobre tratamientos en pacientes con enfermedades terminales.

3. Evaluar el impacto jurídico de la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos y sus consecuencias en el proceso de toma de decisiones médicas.

2.2.3 Delimitación del estudio.

Local

Se llevó a cabo la investigación basándose en primera instancia en la jurisprudencia nacional, de por sí reducida pues a la fecha del escrito solo se dieron dos casos peruanos con resolución final de sentencia, empero se empleó mayor referencia con casuística internacional, donde se ha ampliado la discusión sobre el testamento vital, valga mencionando con otras realidades jurídicas.

La investigación se llevó a cabo en los meses posteriores al fallecimiento de las primeras dos ciudadanas peruanas que accedieron a la eutanasia mediante sentencia judicial, en la primera mitad del año 2024, en medio de un contexto de crisis política y desaceleración económica, los cuales limitó la continuidad de la discusión académica y política sobre el tema de estudio.

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

Justificación Teórica

Esta investigación se basa en la definición vigente según el Código Civil Peruano del testamento como acto jurídico, así como de los Artículos relevantes del mismo sobre esta temática. Del mismo modo, se fundamenta del expediente 00573- 2020-0-1801-JR-DC-11 Lima, y el expediente 004988-2023-0-1801-JR-DC-1, donde se observan los efectos jurídicos en personas naturales de la no implementación oportuna de un

testamento vital. Del mismo modo, se justifica en las disposiciones de la Ley N°26842, Ley General de Salud y la Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, así como en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, y la Constitución Política del Perú, en las cuales se aborda qué constituye la salud, tanto como concepto operativo en la medicina como en el derecho, así como lo que constituye el derecho a la integridad física, y cómo se deriva que el testamento vital brinda respaldo legal al personal de la salud que trata con pacientes con dolencias crónicas e incurables que se beneficiarían de la implementación de este tipo de documento en el derecho peruano.

Justificación Práctica

La justificación práctica de este trabajo para futuras investigaciones radica en el estudio de la viabilidad del testamento vital en el derecho peruano, lo cual permitirá tanto renovar la discusión en foros tanto de jurisconsultos como de médicos en aras de su futura implementación, brindando así mayor practicidad para el ejercicio médico en pacientes tributarios a cuidados paliativos, así como facilitará una mayor intervención de los especialistas en derecho sucesorio en los asuntos legales previos al fallecimiento, garantizando así que los pacientes puedan ejercer plenamente su derecho a la planificación y disposición de su proyecto de vida.

Justificación Metodológica

Referente a lo metodológico, el presente escrito se justifica en su utilidad para futuras publicaciones con respecto a materia de testamentos, la bioética aplicada en el derecho, y el derecho a la integridad física como es establecido en la Constitución Política del Perú, empleando una revisión sistemática de fuentes bibliográficas, demostrando así la utilidad y relevancia del enfoque analítico descriptivo en la investigación jurídica. Del mismo modo, se emplean expedientes de casos nacionales, validando el siguiente trabajo

a la realidad peruana, sirviendo, así como revisión del derecho médico como parte del Código Civil.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos teóricos

La protección de la dignidad humana y el derecho a la vida son principios fundamentales del ordenamiento jurídico peruano según la Constitución Política.

El testamento vital es un instrumento jurídico que garantiza el respeto a la autonomía del paciente en decisiones sobre su salud.

La práctica médica debe regirse por principios éticos y deontológicos que eviten el encarnizamiento terapéutico.

El sistema de salud peruano requiere marcos normativos específicos para situaciones que involucran decisiones sobre el fin de la vida.

2.3.2 Hipótesis Principal y Especificaciones

Hipótesis General

La omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud vulnera significativamente la integridad del acto médico del paciente geriátrico al generar inseguridad jurídica en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos y al no garantizar el respeto a la autonomía del paciente en el contexto sociosanitario nacional.

Hipótesis Específicas

1. La omisión de implementación del testamento vital vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente al no proporcionar un mecanismo legal que garantice el respeto de sus decisiones anticipadas sobre tratamientos médicos.

2. La ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico al no establecer un marco normativo claro para la toma de decisiones en pacientes con enfermedades terminales.

3. La omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos afecta negativamente la toma de decisiones médicas al carecer de lineamientos jurídicos específicos para su implementación.

2.3.3 Categorías

En la tabla 1 figuran las variables a investigar junto con sus indicadores que serán aplicados en el análisis del presente trabajo con guía de los índices. En cuanto a su aspecto operacional, se permiten examinar cada variable desde un enfoque particular, facilitando así su análisis detallado.

Tabla 1

Presentación de las variables a investigar

Variables/Categorías	Indicadores	Índices
Testamento Vital	Capacidad de decisión médica	Nivel de comprensión de opciones médicas
	Manifestación de voluntades	Tipos de manifestación (formal/informal)
Acto Médico	Naturaleza jurídica del acto médico	Cumplimiento de principios bioéticos
	Relación médico-paciente	Aplicación de la lex artis
Marco Regulatorio Sanitario	Normativa sanitaria vigente	Nivel de implementación normativa
Seguridad Jurídica	Regularidad estructural del sistema	Eficacia de protección legal
Dignidad Humana y Cuidados Paliativos	Calidad de vida terminal	Integración de servicios paliativos
Marco Sociosanitario Integral	Coordinación de servicios sanitarios	Nivel de integración de servicios

CAPITULO III: METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y muestra

Al tratarse de una investigación con enfoque cualitativo, no se cuenta con el cálculo de una población o muestra. De igual modo, se realizará el análisis de expedientes en los cuales se tenga en común el tema de muerte digna. Por lo que, la muestra de la revisión documentaria estará conformada por dos sentencias del Tribunal Constitucional. Por ello, se empleará el muestreo teórico a través de la muestra no probabilística al ser documentación judicial. En consecuencia, se busca que la muestra resulte ser confirmativa de que la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud vulnera significativamente la integridad del acto médico del paciente geriátrico (Martín-Crespo & Salamanca, 2007).

3.2 Enfoque y Diseño a utilizar en el estudio

Esta investigación adopta una metodología cualitativa. La selección de este enfoque metodológico responde a la naturaleza de las variables objeto de estudio. El propósito fundamental es alcanzar un entendimiento profundo e interpretación adecuada de los fenómenos jurídicos estudiados conforme menciona Hernández et al (2014).

Por lo que, el tipo de investigación utilizado es el básico y con enfoque cualitativo. De manera que, se realizará una investigación básica al centrarse en lo teórico, en resolver el planteamiento de un problema (Escudero & Cortez, 2018).

El diseño de la investigación es socio-jurídica. Este diseño se caracteriza por estudiar la eficacia de las normas jurídicas con la finalidad de reconocer el marco legal del testamento vital sobre las implicancias de la realidad del paciente geriátrico (Tantaleán, 2016).

3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

En la presente investigación se utilizará la técnica de revisión documentaria a través del instrumento de fichas bibliográficas. Cabe mencionar que, se presenta un esquema del primer instrumento para lograr un análisis que responda a cada objetivo del estudio.

Para ello, se realizará la revisión documentaria a dos casos judiciales peruanos que compartan como pretensión principal a la muerte digna. En consecuencia, a cada casación se le dará un solo formato mediante las fichas bibliográficas para determinar los puntos clave que demuestren las implicancias de la seguridad jurídica en el paciente.

Ficha bibliográfica

A continuación, se presenta el formato de la ficha bibliográfica que dará respuesta a los objetivos de la presente investigación:

Tabla 2

Formato de la ficha bibliográfica

Ficha Bibliográfica:	
Número de Expediente:	Tribunal o Instancia:
Resumen Breve del Caso:	
Relación con los Objetivos	
Objetivo General: ¿Cómo el caso respalda o refuta el objetivo general?	
Objetivo Específico 1: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?	
Objetivo Específico 2: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?	
Objetivo Específico 3: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?	

3.4 Ética de la Investigación

Esta investigación se ha desarrollado en estricto cumplimiento de los lineamientos académicos establecidos por la institución universitaria y las directrices APA Sexta Edición. El trabajo ha sido elaborado con rigor académico y originalidad, evitando cualquier forma de plagio, con el objetivo de constituir una fuente de consulta confiable para futuras investigaciones en el ámbito del derecho penal y contribuir al conocimiento académico de los estudiantes.

3.5 Procesamiento de Datos

Las sentencias fueron obtenidas de plataformas de Derecho con la finalidad de constatar los análisis de juristas, y así enriquecer el presente estudio.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

En este apartado, se presentan los resultados del análisis de los dos casos judiciales relevantes para la investigación, siendo el caso de Ana Milagros Estrada Ugarte y el caso de María Teresa Benito Orihuela. Ambos casos abordan la problemática de la muerte digna y la aplicación del testamento vital en el contexto peruano, aunque con resultados diferentes.

4.1.1. Caso de Ana Milagros Estrada Ugarte

Dicho caso resulta ser emblemático en el Perú, ya que fue el primer caso en el que se reconoció el derecho a una muerte digna mediante la inaplicación parcial del artículo 112 del Código Penal, el cual tipifica el homicidio piadoso. Ana Estrada era una mujer diagnosticada con polimiositis, una enfermedad degenerativa e incurable. Por ello, solicitó que se le permitiera decidir cuándo poner fin a su vida, sin que los médicos que la asistieran fueran responsables penalmente.

En cuanto al objetivo general, la lectura de dicho expediente denota que la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud genera inseguridad jurídica y vulnera la integridad del acto médico. Ello se debe a que, el proceso legal duró más de cuatro años desde el 2019, cuando su caso fue judicializado, hasta lograr el fallo a su favor de la eutanasia en el mes de julio del 2022. Aunque, hubo demoras en la emisión de la orden de ejecución con lo resuelto por la observación de los protocolos para la eutanasia por parte del Ministerio de Salud y de EsSalud, lo cual conllevó a que los procedimientos fueran finalmente aceptados en enero del 2024 (Actualidad Gubernamental, 2024).

De modo que, la inseguridad jurídica se evidencia tanto en la duración del proceso como por la ausencia de apoyo de las instituciones a las cuales acudió para obtener su derecho a la muerte. En la misma línea, se denota la vulneración a la integridad del acto médico, puesto que la relación del médico-paciente no era bilateral al darse que ella rechazaba el tratamiento médico pues su enfermedad no tenía cura y su agonía era prolongada por el acto médico en sí mismo. Si bien la resolución fue favorable, se basó en principios constitucionales y no en una normativa específica.

En el caso del primer objetivo específico, en el caso se evidencian los efectos de la omisión de implementación del testamento vital, ya que se vulneró el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente, por parte del sistema de salud peruano.

Incluso ello se menciona en la sentencia:

La muerte digna es un derecho derivado de la dignidad [...] como tal debe ser protegida, pero no podría ser promovida, en tanto que podría afectar la libertad de ejercerla, cuanto por que se genera un conflicto con su deber de proteger la vida (LP Pasión por el Derecho, 2021, p. 56).

En materia sobre el derecho a la autonomía y dignidad, el Tribunal Constitucional reconoció que Ana Estrada tenía el derecho a decidir sobre su propia vida y muerte, basándose en los principios de autonomía y dignidad humana. Por lo que, dicho caso sentó un precedente importante al establecer que el Estado debe respetar la voluntad del paciente en situaciones de enfermedades terminales y dolor insoportable.

En el caso del segundo objetivo, se demostraron las implicaciones de la ausencia de regulación del testamento vital en la seguridad jurídica del ejercicio profesional médico, ya que enfrentaron dilemas éticos y legales al no contar con lineamientos claros. Conforme se menciona en el expediente, y que fue criticado por los jueces:

Por ello, consideran que lo resuelto en esta causa podría generar conflictos éticos entre el personal médico. Como la objeción de conciencia, las medidas para garantizar voluntades sin vicios. En nuestro país existe únicamente un Comité de Ética Clínica que funciona en el Hospital del Niño, dedicada a la resolución y atención de estos conflictos en pediatría, por lo que consideran que es preciso analizar la pretensión desde la perspectiva de los médicos quienes serían los ejecutantes (LP Pasión por el Derecho, 2021, p. 11).

Si bien, el caso no estaba enfocado en el testamento vital, sí se presentaron conflictos éticos al verse vulnerado el acto médico. Además, resulta consternante que solo los pacientes pediátricos cuenten con un Comité de Ética Clínica, y que ello no sea realidad de los pacientes geriátricos ni de los pacientes adultos, a pesar de contar con una Guía y Plan de Cuidados Paliativos; y que no solo existen pacientes terminales pediátricos, sino que dichos tipos de enfermedad no tienen rango de edad.

En el mismo contexto, la ausencia de regulación legal se demostró en que, en el caso específico de Ana Estrada, los médicos que participaran en el procedimiento de eutanasia no serían penalizados, siempre que se siguiera un protocolo médico preestablecido. Dicha inaplicación del artículo 112 del Código Penal fue “únicamente en forma parcial, respecto a los miembros del personal médico y sanitario, como sujetos activos, para que no puedan ser procesados penal, civil ni administrativamente” (LP Pasión por el Derecho, 2022, p. 62). Ello implica que, aunque el homicidio piadoso sigue siendo un delito en el Perú, se estableció una excepción para casos extremos como el de Ana Estrada.

Por último, en el tercer objetivo específico se observó el impacto jurídico de la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos y sus consecuencias en el proceso de toma de decisiones médicas. Durante la duración el proceso legal, Ana Estrada fue tratada médicamente para resguardar su vida por un

problema con sus vías respiratorias, evidenciando que las decisiones médicas se vieron influenciadas por el juicio. Incluso, la resolución del caso se vio impedida por consecuencias en la toma de decisiones por parte de las instituciones que velan por la salud en el Perú, puesto que la creación del protocolo de actuación tuvo observaciones y ello ralentizó la ejecución de la eutanasia.

Si bien, el Tribunal ordenó la creación de un protocolo médico para garantizar que el procedimiento de eutanasia se realizara de manera segura y respetando la voluntad del paciente. Este protocolo incluyó la designación de una comisión médica interdisciplinaria y la ratificación de la voluntad de Ana Estrada en diferentes etapas del proceso, lo cual resulta ser confuso al tratarse de que la paciente en cuestión tenía una enfermedad catalogada como terminal. Dicha redundancia se señala en el expediente: “la prestación de ayuda a la ciudadana Ana Milagros Estrada Ugarte para ejercer su derecho a la dignidad al momento de morir o morir con dignidad se realizará cuando se encuentre en un estado terminal de su enfermedad” (LP Pasión por el Derecho, 2022, p. 62).

A modo de conclusión parcial, el caso de Ana Estrada representa un avance significativo en el reconocimiento del derecho a la muerte digna en el Perú. Sin embargo, también plantea desafíos en términos de seguridad jurídica para los médicos, ya que la inaplicación del artículo 112 del Código Penal es parcial y está condicionada al cumplimiento de un protocolo específico. Ello genera incertidumbre sobre cómo se aplicaría este precedente en otros casos similares, lo cual sucedió en el segundo caso seleccionado.

4.1.2. Caso de María Teresa Benito Orihuela

En el contexto del caso, es importante señalar que María Teresa Benito Orihuela padece esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en estado avanzado, una enfermedad degenerativa que la ha dejado dependiente de un ventilador mecánico para respirar. En

febrero de 2024, el Poder Judicial emitió un fallo a su favor, reconociendo su derecho a rechazar el tratamiento que la mantiene con vida y ordenando a Essalud que respete su decisión de desconectar el ventilador mecánico, previa sedación paliativa. No obstante, la respuesta institucional de Essalud ha sido particularmente problemática, ya que los médicos del área de Cuidados Intermedios presentaron cartas de objeción de conciencia con textos similares, lo que sugiere una resistencia sistemática al cumplimiento de la sentencia. Más aún, la institución llegó a sugerir que la jueza modificara su fallo para permitir que un médico particular realizara la desconexión, una propuesta considerada insólita y fuera de los procedimientos legales establecidos. De igual modo, en mayo del 2024, María Benito logró ejercer su derecho a una muerte digna tras ser retirada de las máquinas de soporte vital (El Peruano, 2024).

En lo concerniente al objetivo general, el análisis del expediente de María Benito demuestra cómo la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud afecta la integridad del acto médico del paciente geriátrico en el contexto sociosanitario nacional. El caso evidencia que la ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica y vulnera la integridad del acto médico, lo cual se manifestó en la denegación inicial de la solicitud y las posteriores complicaciones en la ejecución de la sentencia judicial. Asimismo, la ausencia de un marco legal claro conllevó a que los médicos de Essalud se nieguen a cumplir con la sentencia judicial, alegando objeción de conciencia, lo que ha prolongado el sufrimiento de la paciente y evidencia la necesidad urgente de una regulación específica.

Respecto al primer objetivo específico, el caso demuestra los efectos adversos de la omisión de implementación del testamento vital en el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente dentro del sistema de salud peruano. La sentencia del caso es explícita al señalar que “sin una normativa clara, no es posible garantizar que las

decisiones médicas respeten plenamente la autonomía del paciente” (LP Pasión por el Derecho, 2024, p. 56). Dicha situación se ha visto agravada por la negativa de los médicos a cumplir con la sentencia judicial, alegando objeción de conciencia, lo que ha prolongado el sufrimiento de María Benito y constituye una vulneración adicional a su dignidad.

En cuanto al segundo objetivo específico, el caso de María Benito ilustra claramente las implicaciones de la ausencia de regulación del testamento vital en la seguridad jurídica del ejercicio profesional médico, particularmente en la toma de decisiones sobre tratamientos en pacientes con enfermedades terminales. Dicha inseguridad jurídica se manifestó cuando los médicos se vieron imposibilitados de respetar la voluntad del paciente debido a la falta de lineamientos claros. La situación se complicó de los médicos de con la objeción de conciencia, lo que evidencia cómo la omisión de regulación específica ha generado un vacío legal que obstaculiza la toma de decisiones médicas en casos de enfermedades terminales.

Para el tercer objetivo específico, el caso de María Benito demuestra parcialmente el impacto jurídico de la omisión del testamento vital en el proceso de toma de decisiones médicas, aunque no aborda directamente el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. De igual modo, se presenta la contradicción de ideas en el expediente al haberse establecido que no se pueden tomar decisiones médicas a un paciente que está en contra de las mismas:

No se puede pretender tutelar prácticas médicas que constituyen medios extraordinarios e infructuosos para la preservación artificial de la vida de una persona, en contra de su voluntad, manifestada libre y conscientemente, negándose a seguir siendo sometida a ellos, a costa del respeto de su dignidad y del ejercicio de su libertad a tomar decisiones válidas sobre su salud y tratamiento, cuando la persona tiene capacidad para hacerlo, a pesar que estas decisiones puedan llevar al desencadenamiento de la fase terminal de la

enfermedad, esto constituye la aceptación del curso natural de la vida, no un intento de término anticipado de la misma, lo que sería un acto de eutanasia directa o un suicidio asistido (LP Pasión por el Derecho, 2024, p. 55).

Por ello, la situación de la paciente pone de manifiesto la necesidad imperativa de integrar el testamento vital en los protocolos de cuidados paliativos para garantizar que las decisiones médicas respeten la voluntad del paciente y su derecho a una muerte digna.

En el contexto procesal, es importante señalar que el caso se tramitó bajo el expediente 04988-2023-0-1801-JR-DC-11, siendo la jueza Jacqueline Tarrillo Meneses quien conoció de la acción de amparo interpuesta por Josefina Miró Quesada Gayoso en representación de María Teresa Benito Orihuela contra el Seguro Social de Salud. La Resolución N° 16, emitida el 11 de abril de 2024, reveló que Essalud había presentado un escrito indicando las dificultades para designar a un médico que cumpliera con el mandato judicial, dado que todos los médicos del área de Cuidados Intermedios del Hospital Edgardo Rebagliati habían alegado objeción de conciencia.

La respuesta de Essalud evidenció que los doce médicos del área de Cuidados Intermedios presentaron cartas de objeción de conciencia con textos similares, lo que sugiere una resistencia sistemática al cumplimiento de la sentencia. El plazo otorgado por la jueza Tarrillo Meneses para cumplir con la sentencia venció sin que Essalud designara a ningún médico para realizar el procedimiento, llegando incluso a sugerir que la jueza modificara su fallo para permitir que un médico particular realizara la desconexión.

Por tanto, el caso de María Benito pone de manifiesto la urgente necesidad de una regulación específica del testamento vital en la Ley General de Salud, ya que la falta de normativa ha generado inseguridad jurídica tanto para los pacientes como para los profesionales médicos. La situación resalta la importancia de garantizar que los derechos

fundamentales de los pacientes, especialmente el derecho a una muerte digna, sean respetados incluso en casos donde los médicos aleguen objeción de conciencia.

4.2 Contrastación de Hipótesis

4.2.1 Contrastación de la Hipótesis General

La hipótesis general propuesta sostiene que la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud vulnera significativamente la integridad del acto médico del paciente geriátrico al generar inseguridad jurídica en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos. Los resultados del análisis de los casos estudiados confirman esta hipótesis de manera contundente.

En el caso de Ana Estrada, la ausencia de un marco normativo específico resultó en un proceso legal que se extendió por más de cuatro años, desde 2019 hasta 2024, evidenciando la inseguridad jurídica que esta omisión genera en el sistema de salud. Este caso demostró que, a pesar de que el Tribunal Constitucional reconoció el derecho a la muerte digna basándose en principios constitucionales, la falta de una regulación específica generó demoras innecesarias y obstáculos administrativos, lo que afectó tanto la integridad del acto médico como la dignidad de la paciente.

De manera similar, el caso de María Benito refuerza esta confirmación, ya que la falta de regulación específica derivó en la negativa sistemática de los médicos de EsSalud a ejecutar la sentencia judicial, demostrando cómo la ausencia de un marco legal claro afecta directamente la integridad del acto médico y la dignidad del paciente. La resistencia institucional y la presentación masiva de objeciones de conciencia por parte del personal médico evidenciaron la necesidad urgente de una normativa que regule el testamento vital y garantice su aplicación efectiva.

En ambos casos, se observa que la omisión de una regulación específica no solo genera inseguridad jurídica, sino que también vulnera los derechos fundamentales de los pacientes, especialmente en situaciones de enfermedades terminales o degenerativas. Por lo tanto, se confirma que la falta de categorización del testamento vital en la Ley General de Salud constituye un obstáculo significativo para la protección de la integridad del acto médico y la garantía de los derechos de los pacientes.

4.2.2 Contrastación de la Primera Hipótesis Específica

La primera hipótesis específica plantea que la omisión de implementación del testamento vital vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente. Esta hipótesis se confirma a través del análisis de ambos casos.

En el caso de Ana Estrada, la sentencia reconoció explícitamente que la muerte digna es un derecho derivado de la dignidad humana, el cual debe ser protegido, aunque no promovido activamente por el Estado. Esta afirmación judicial valida la hipótesis al establecer una conexión directa entre el testamento vital y la protección de la dignidad humana. Sin embargo, la falta de una regulación específica generó demoras en la ejecución de su voluntad, lo que prolongó su sufrimiento y vulneró su derecho a una muerte digna.

Por su parte, el caso de María Benito refuerza esta confirmación al evidenciar cómo la prolongación innecesaria de su sufrimiento, debido a obstáculos administrativos y resistencia institucional, constituye una vulneración directa de su dignidad. La negativa de los médicos de EsSalud a cumplir con la sentencia judicial, alegando objeción de conciencia, demostró que la falta de mecanismos legales efectivos para garantizar el respeto a las decisiones anticipadas de los pacientes genera una situación de desprotección y vulneración de sus derechos fundamentales.

En conclusión, ambos casos confirman que la omisión de implementación del testamento vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente, especialmente en contextos donde las decisiones médicas no respetan plenamente la autonomía del individuo.

4.2.3 Contrastación de la Segunda Hipótesis Específica

La segunda hipótesis específica sostiene que la ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico. Esta hipótesis encuentra sustento en los resultados analizados.

En el caso de Ana Estrada, se evidenció una situación preocupante al constatar que solo existe un Comité de Ética Clínica en el Hospital del Niño, dejando un vacío significativo para la resolución de conflictos éticos en casos de pacientes adultos y geriátricos. Esta carencia institucional confirma la hipótesis al demostrar la ausencia de estructuras necesarias para garantizar la seguridad jurídica en la práctica médica. Además, la falta de lineamientos claros generó dilemas éticos y legales entre los médicos, quienes no contaban con un marco normativo que les permitiera actuar con certeza en situaciones de enfermedades terminales.

El caso de María Benito refuerza esta confirmación de manera más dramática, pues la presentación masiva de objeciones de conciencia por parte del personal médico de EsSalud demostró cómo la falta de un marco normativo claro genera incertidumbre y resistencia en el ejercicio profesional médico. La negativa de los médicos a cumplir con la sentencia judicial evidenció que, en ausencia de una regulación específica, los profesionales de la salud se ven imposibilitados de respetar plenamente la voluntad del paciente, lo que afecta tanto su seguridad jurídica como la calidad de la atención médica.

En síntesis, ambos casos confirman que la ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico, lo que dificulta la toma de decisiones en contextos de enfermedades terminales y vulnera los derechos de los pacientes.

4.2.4 Contrastación de la Tercera Hipótesis Específica

La tercera hipótesis específica sostiene que la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos afecta negativamente la toma de decisiones médicas. Esta hipótesis se confirma parcialmente a través de los casos analizados.

En el caso de Ana Estrada, las significativas demoras en la emisión de protocolos por parte del Ministerio de Salud y EsSalud evidenciaron cómo la falta de lineamientos claros afecta la implementación efectiva de decisiones médicas en el contexto de cuidados paliativos. Aunque el Tribunal Constitucional ordenó la creación de un protocolo médico para garantizar el procedimiento de eutanasia, las observaciones y demoras en su implementación demostraron que la ausencia de una regulación específica obstaculiza la toma de decisiones médicas y prolonga el sufrimiento de los pacientes.

El caso de María Benito complementa esta confirmación parcial al demostrar que la ausencia de protocolos claros en el marco de los cuidados paliativos obstaculiza la toma de decisiones médicas. Si bien este caso no abordó directamente el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, la resistencia institucional y la falta de lineamientos específicos evidenciaron la necesidad de integrar el testamento vital en los protocolos de cuidados paliativos para garantizar que las decisiones médicas respeten la voluntad del paciente y su derecho a una muerte digna.

En conclusión, ambos casos confirman parcialmente la hipótesis, demostrando que la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos afecta

negativamente la toma de decisiones médicas, especialmente en contextos de enfermedades terminales.

4.3 Discusión de Resultados

El análisis de los casos de Ana Milagros Estrada Ugarte y María Teresa Benito Orihuela ha permitido contrastar las hipótesis planteadas en esta investigación, evidenciando cómo la omisión de una regulación específica del testamento vital en la Ley General de Salud peruana genera consecuencias significativas en la integridad del acto médico, la seguridad jurídica y la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, especialmente en el contexto de la atención geriátrica. A continuación, se presenta una discusión crítica de los hallazgos, integrando los resultados con los fundamentos teóricos y el marco normativo analizado en los capítulos anteriores.

Vulneración de la Integridad del Acto Médico y la Dignidad del Paciente

La omisión de una categorización específica del testamento vital en la legislación peruana ha demostrado ser un obstáculo para garantizar la integridad del acto médico y el respeto a la dignidad humana en situaciones de enfermedades terminales. En el caso de Ana Estrada, el proceso legal se extendió por más de cuatro años, evidenciando la inseguridad jurídica que enfrentan los pacientes cuando no existe un marco normativo claro que respalde sus decisiones anticipadas. Aunque el Tribunal Constitucional reconoció su derecho a una muerte digna, basándose en principios constitucionales, la falta de una regulación específica generó demoras innecesarias y obstáculos administrativos, lo que prolongó su sufrimiento y vulneró su derecho a la autonomía y dignidad.

De manera similar, el caso de María Benito puso de manifiesto cómo la ausencia de un marco legal claro afecta directamente la integridad del acto médico. La negativa

sistemática de los médicos de EsSalud a ejecutar la sentencia judicial, alegando objeción de conciencia, demostró que la falta de lineamientos específicos genera incertidumbre y resistencia en el ejercicio profesional médico. Esta situación no solo prolongó el sufrimiento de la paciente, sino que también constituyó una vulneración adicional a su dignidad, al no respetarse plenamente su voluntad de rechazar tratamientos que prolongaban artificialmente su vida.

Estos casos confirman que la omisión de una regulación específica del testamento vital vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente, tal como lo establece la Constitución Política del Perú en su artículo 1. Además, se evidencia que la falta de un marco normativo claro genera dilemas éticos y legales para los profesionales de la salud, quienes se ven imposibilitados de respetar plenamente la voluntad del paciente en situaciones de enfermedades terminales.

Inseguridad Jurídica en el Ejercicio Profesional Médico

La ausencia de regulación del testamento vital también ha generado inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico, tal como se planteó en la segunda hipótesis específica. En el caso de Ana Estrada, se evidenció que solo existe un Comité de Ética Clínica en el Hospital del Niño, dejando un vacío significativo para la resolución de conflictos éticos en casos de pacientes adultos y geriátricos. Esta carencia institucional confirma que la falta de estructuras necesarias para garantizar la seguridad jurídica en la práctica médica afecta directamente la toma de decisiones en contextos de enfermedades terminales.

El caso de María Benito refuerza esta confirmación de manera más dramática, pues la presentación masiva de objeciones de conciencia por parte del personal médico de EsSalud demostró cómo la falta de un marco normativo claro genera incertidumbre y

resistencia en el ejercicio profesional médico. La negativa de los médicos a cumplir con la sentencia judicial evidenció que, en ausencia de una regulación específica, los profesionales de la salud se ven imposibilitados de respetar plenamente la voluntad del paciente, lo que afecta tanto su seguridad jurídica como la calidad de la atención médica.

Esta situación resalta la urgente necesidad de desarrollar un marco normativo específico que aborde estas deficiencias y garantice una mejor protección de los derechos de los pacientes en el contexto del sistema de salud peruano. Además, se evidencia que la falta de regulación no solo afecta a los pacientes, sino también a los profesionales de la salud, quienes enfrentan dilemas éticos y legales al no contar con lineamientos claros para actuar en situaciones complejas.

Impacto en la Toma de Decisiones Médicas y el Plan Nacional de Cuidados Paliativos

La tercera hipótesis específica, que sostiene que la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos afecta negativamente la toma de decisiones médicas, se confirma parcialmente a través de los casos analizados. En el caso de Ana Estrada, las significativas demoras en la emisión de protocolos por parte del Ministerio de Salud y EsSalud evidenciaron cómo la falta de lineamientos claros afecta la implementación efectiva de decisiones médicas en el contexto de cuidados paliativos. Aunque el Tribunal Constitucional ordenó la creación de un protocolo médico para garantizar el procedimiento de eutanasia, las observaciones y demoras en su implementación demostraron que la ausencia de una regulación específica obstaculiza la toma de decisiones médicas y prolonga el sufrimiento de los pacientes.

El caso de María Benito complementa esta confirmación parcial al demostrar que la ausencia de protocolos claros en el marco de los cuidados paliativos obstaculiza la toma de decisiones médicas. Si bien este caso no abordó directamente el Plan Nacional de

Cuidados Paliativos, la resistencia institucional y la ausencia de lineamientos específicos evidenciaron la necesidad de integrar el testamento vital en los protocolos de cuidados paliativos para garantizar que las decisiones médicas respeten la voluntad del paciente y su derecho a una muerte digna.

Por tanto, los resultados de esta investigación demuestran que la ausencia de una regulación específica del testamento vital en el sistema legal peruano tiene consecuencias significativas en la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, la seguridad jurídica del ejercicio profesional médico y la implementación efectiva de decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida. Esta situación resalta la urgente necesidad de desarrollar un marco normativo específico que aborde estas deficiencias y garantice una mejor protección de los derechos de los pacientes en el contexto del sistema de salud peruano.

En primer lugar, se recomienda la implementación de una normativa integral que regule el testamento vital, garantice su aplicación efectiva y promueva la seguridad jurídica en el sistema de salud peruano. Dicha normativa debería incluir lineamientos claros sobre cómo los pacientes pueden expresar sus voluntades anticipadas, así como los procedimientos que deben seguir los profesionales de la salud para respetar dichas decisiones. Además, se deberían establecer mecanismos de supervisión y control para garantizar que los derechos de los pacientes sean respetados, incluso en casos donde los médicos aleguen objeción de conciencia.

En segundo lugar, es fundamental fortalecer los Comités de Ética Clínica en los hospitales, especialmente en aquellos que atienden a pacientes adultos y geriátricos. Estos comités deberían contar con protocolos claros para la resolución de conflictos éticos y legales en casos de enfermedades terminales, garantizando que las decisiones médicas respeten plenamente la voluntad del paciente y su derecho a una muerte digna.

Finalmente, se sugiere la integración del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, estableciendo lineamientos claros sobre cómo los pacientes pueden acceder a este derecho y cómo los profesionales de la salud deben actuar en casos donde se presente una voluntad anticipada. Esto permitiría garantizar que las decisiones médicas respeten la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna, al mismo tiempo que se protege la seguridad jurídica de los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones dando respuesta a las hipótesis planteadas en la presente investigación:

Primera. –

La investigación confirma que la omisión de categorización específica del Testamento Vital en la Ley General de Salud vulnera significativamente la integridad del acto médico del paciente geriátrico, generando inseguridad jurídica en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos. Los casos de Ana Estrada y María Benito evidenciaron que la falta de un marco normativo claro prolonga los procesos judiciales, obstaculiza la ejecución de los testamentos vitales de los pacientes y genera conflictos éticos y legales para los profesionales de la salud. Esta situación afecta directamente la relación médico-paciente y la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, especialmente en contextos de enfermedades terminales.

Segunda. -

Se comprobó que la omisión de implementación del testamento vital vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente en el sistema de salud peruano. En ambos casos analizados, la falta de regulación específica resultó en la prolongación innecesaria del sufrimiento de las pacientes, lo que constituyó una violación directa de su derecho a una muerte digna. El Tribunal Constitucional reconoció este derecho en el caso de Ana Estrada, pero la ausencia de una normativa clara impidió que se respetara plenamente su voluntad, evidenciando la necesidad de un marco legal que garantice la protección de la dignidad humana en situaciones de fin de vida.

Tercera. -

La investigación demostró que la ausencia de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica en el ejercicio profesional médico, particularmente en la toma de decisiones sobre tratamientos en pacientes con enfermedades terminales. La resistencia de los médicos de EsSalud a ejecutar la sentencia judicial en el caso de María Benito, alegando objeción de conciencia, evidenció cómo la falta de lineamientos claros genera incertidumbre y conflictos éticos en la práctica médica. Esta situación no solo afecta a los pacientes, sino también a los profesionales de la salud, quienes enfrentan dilemas legales al no contar con un marco normativo que respalde sus decisiones.

Cuarta. -

Se confirmó parcialmente que la omisión del testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos afecta negativamente la toma de decisiones médicas. Las demoras en la emisión de protocolos en el caso de Ana Estrada y la falta de lineamientos claros en el caso de María Benito evidenciaron que la ausencia de regulación específica obstaculiza la implementación efectiva de decisiones médicas en el contexto de cuidados paliativos. Sin embargo, es importante señalar que el caso de María Benito no abordó directamente el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, lo que limita la generalización de este hallazgo.

Quinta. -

En conclusión, los resultados de esta investigación resaltan la urgente necesidad de desarrollar un marco normativo específico que regule el testamento vital en el Perú. Dicha regulación debería garantizar la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, la seguridad jurídica de los profesionales de la salud y la implementación efectiva de decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida. La ausencia de esta

normativa no solo vulnera los derechos de los pacientes, sino que también genera conflictos éticos y legales que afectan la calidad de la atención médica en el país.

Recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones para futuras investigaciones sobre la materia investigada:

Primera. –

Se recomienda al Congreso de la República y al Ministerio de Salud la elaboración y aprobación de una ley que regule el testamento vital en el Perú. Dicha normativa debería incluir: Definiciones claras sobre el alcance y los requisitos para la elaboración de un testamento vital. Procedimientos específicos para la ejecución de las voluntades anticipadas de los pacientes. Mecanismos de supervisión y control para garantizar que los derechos de los pacientes sean respetados, incluso en casos donde los médicos aleguen objeción de conciencia.

Segunda. -

Se sugiere fortalecer los Comités de Ética Clínica en los hospitales, especialmente en aquellos que atienden a pacientes adultos y geriátricos. Estos comités deberían contar con protocolos claros para la resolución de conflictos éticos y legales en casos de enfermedades terminales, garantizando que las decisiones médicas respeten plenamente la voluntad del paciente y su derecho a una muerte digna. Además, se debería promover la creación de comités de ética en hospitales que actualmente no cuentan con ellos, especialmente en regiones fuera de Lima.

Tercera. -

Se recomienda integrar el testamento vital en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, estableciendo lineamientos claros sobre cómo los pacientes pueden acceder a

este derecho y cómo los profesionales de la salud deben actuar en casos donde se presente una voluntad anticipada. Esto permitiría garantizar que las decisiones médicas respeten la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna, al mismo tiempo que se protege la seguridad jurídica de los profesionales de la salud.

Cuarta. -

Se sugiere implementar programas de capacitación y sensibilización para el personal médico y sanitario sobre los derechos de los pacientes y la importancia del testamento vital. Estos programas deberían abordar temas como la autonomía del paciente, el consentimiento informado y los dilemas éticos en situaciones de enfermedades terminales. Además, se debería promover una cultura de respeto hacia las decisiones anticipadas de los pacientes, especialmente en contextos de cuidados paliativos.

Quinta. -

Se recomienda promover una cultura de respeto a la voluntad del paciente en el sistema de salud peruano, a través de campañas de sensibilización dirigidas a la población general y a los profesionales de la salud. Estas campañas deberían enfatizar la importancia del testamento vital como un instrumento para garantizar el derecho a una muerte digna y la protección de la autonomía del paciente en situaciones de enfermedades terminales.

REFERENCIAS

- Actualidad Gubernamental. (2024). *Ana Estrada se sometió a la eutanasia: La historia de más de cinco años de lucha judicial para conseguir una muerte digna*. <https://m.actualidadgubernamental.pe/noticia/ana-estrada-se-sometio-a-la-eutanasia-la-historia-de-mas-de-cinco-anos-de-lucha-judicial-para-conseguir-una-muerte-digna/130d9f84-f904-4c96-a517-70af3dbff52f/1>
- Álvarez, M. (2023). *Regulación constitucional de la muerte digna y vulneración del derecho a la vida en Huacho 2021*. <https://repositorio.unjpsc.edu.pe/handle/20.500.14067/8159>
- Asensio, M. (2020). Autonomía del paciente: Una reflexión a propósito de la pandemia. *RAPHISA. Revista de Antropología y Filosofía de lo Sagrado*, 4(2), Article 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7996633>
- Atienza, M. (2022). *Sobre la Dignidad Humana*. <https://digitalia.upc.elogim.com/a/115396>
- Ayala, S. (2009). *Fundamentos éticos y médico-legales en el ejercicio de la anestesiología*. <https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/40585>
- Bermejo, J., & Belda, R. (2013). *Testamento vital: diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad*. <https://digitalia.upc.elogim.com/a/85761>
- Buedo, P., et al. (2023). Consentimiento informado y directivas anticipadas: Análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, 58, 25–44. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/232441>
- Caballero, H. (2022). *Factores que Determinan la Validez del Testamento Vital como Ejercicio del Derecho Humano a la Eutanasia en Perú en el Año 2021*. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/1f8d3529-8829-4e51-8dbb-fba278545055>
- Cárcar, J., Caro, I., & Marcos del Cano, A. (2014). *Voluntades anticipadas*. <https://digitalia.upc.elogim.com/a/40465>
- Centro UC Derecho y Religión. (2024). *PERÚ. Sexto Juzgado Constitucional, Sede Alzamora - Sentencia - Acción de Amparo interpuesta por María Teresa Benito Orihuela, en contra de Essalud. Incumplimiento de lo ordenado por el Poder Judicial, (eutanasia, objeción de conciencia, dignidad humana)*. <https://ojs.uc.cl/index.php/bjur/article/view/77098>

- Colegio Médico del Perú. (2023). *Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú*. <https://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/02/Actualizacion-Codigo-de-etica-ultima-revision-por-el-comite-de-doctrina01feb.pdf>
- Congreso Constituyente Democrático. (1993). *Constitución Política del Perú de 1993*. <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Peru/Leyes/constitucion.pdf>
- De La Cruz, L. & Saldarriaga, J. (2023). *Eutanasia, eximente de responsabilidad del personal médico en el Código Penal peruano*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/143776>
- de Lorenzo y Montero, R. (2003). El derecho sanitario, su transformación y reto. *Revista CONAMED*, N°. Extra 1, p. 133-154. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4052718>
- Dip, R. (2016). *Seguridad jurídica y crisis del mundo posmoderno*. <https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/127418>
- El Peruano. (2023). *Presentan proyecto para crear y regular el testamento vital*. <https://elperuano.pe/noticia/223500-presentan-proyecto-para-crear-y-regular-el-testamento-vital>
- El Peruano. (2024). *María Benito Orihuela accedió al retiro de soporte vital y ahora descansa en paz*. <https://elperuano.pe/noticia/242872-maria-benito-orihuela-accedio-al-retiro-de-soporte-vital-y-ahora-descansa-en-paz>
- Escudero, C., & Cortez, L. (2018). Técnicas y Métodos Cualitativos en la Investigación Científica. <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12501/1/Tecnicas-y-MetodosCualitativosParaInvestigacionCientifica.pdf>
- Espinar-Cid, V. (2019). Los cuidados paliativos en el final de la vida. Aspectos clínicos y éticos. *Arbor*, 195(792), Article 792. <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2319>
- Falvy-Bockos, I., Peralta, C., Valdivia, C., & Chambergo-Michilot, D. (2022). Conocimientos de médicos geriatras respecto a la terminalidad de pacientes con demencia avanzada. *Horizonte médico*, 22 (2), 9-17. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n2.01>
- Franco, Á. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119-130. Retrieved February 06, 2025, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200012&lng=en&tlng=es

- Gallo, C. et al. (2023). Planificación anticipada de los cuidados y del uso de recursos hospitalarios en pacientes con COVID-19 en un programa de atención integrada para adultos mayores frágiles en residencias. *Revista española de geriatría y gerontología*, 58(1), 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.10.009>
- García-Villarreal, O. (2022). Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. *Gaceta médica de México*, 158(6), 439–443. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132022000600439&script=sci_abstract
- Gomes, M., & Gomes, F. (2023). Testamento Vital: O Morrer Com Dignidade. *Cadernos ESP*, 17(1), 1-5. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v17i1.1530>
- Gonzales, M. (2022). El derecho a la salud y el principio de seguridad personal. *Ius Inkarrri*. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Inkarri/article/view/4638/6515#toc>
- Hanna, V. (2021). Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Revista Chilena de Anestesia*, 50(1). <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv50n01-15/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2025). *Etapas finales de la vida (PDQ®) – Versión para profesionales de salud*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pro-pdq>
- LP Pasión por el Derecho. (2021). *Expediente 00573-2020-0-1801-JR-DC-11*. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2021/02/Expediente-00573-2020-LP.pdf>
- LP Pasión por el Derecho. (2022). *Expediente N° 14442 – 2021*. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/08/Consulta-14442-2021-LPDerecho.pdf>

- LP Pasión por el Derecho. (2024). *Exp.04988-2023-0-1801-JR-DC-11*.
<https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2024/02/Expediente-04988-2023-0-1801-JR-DC-11-LPDerecho.pdf>
- Marcos del Cano, A., et al. (2017). *El derecho a una asistencia sanitaria para todos*.
<https://doi.org/10.2307/j.ctt22p7hcq.19>
- Martín-Crespo, M., & Salamanca, A. (2007). *El Muestreo en la Investigación Cualitativa*.
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
- Miname, F., Santos, M., & Santana, F. (2023). Testamento vital sob a ótica de enfermeiros que assistem pacientes em situação de terminalidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem Órgão Da Faculdade de Enfermagem Da Universidade Federal de Goiás*, (25), 1-8. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74482>
- Ministerio de Salud. (2015). *Decreto Supremo N.º 027-2015-SA*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/997327-027-2015-sa>
- Ministerio de Salud. (2020). *Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
- Ministerio de Salud. (2021). *Resolución Ministerial N.º 939-2021-MINSA*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>
- Nascher, I. (1909). *Geriatrics*. *New York Medical Journal*. (90), 358-359
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Constitución*.
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Pacheco, A. (2024). *Legitimacion Del Acto Biomedico* (1st ed.).
<https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/40784>
- Padilla, A., et al. (2024). Fragilidad como predictor de mortalidad a 3 años en los pacientes adultos mayores en cuidados de largo plazo en México. *Revista española de geriatría y gerontología*, 59(5), 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101508>
- Pandal, E. (2023). *La Dignidad Como Fundamento Del Derecho A La Eutanasia en Pacientes Con Enfermedad Incurable, Terminal y Degenerativa en El Perú*.
<https://es.scribd.com/document/652985603/La-Dignidad-Como-Fundamento-Del-Derecho-a-La-Eutanasia-en-Pacientes-Con-Enfermedad-Incurable-Terminal-y-Degenerativa-en-El-Peru>

- Pardo, O. (2017). Activismo constitucional en América Latina: la jurisdicción normativa. *Revista Jurídica Piélagus*, 16(1), 167-. <https://doi.org/10.25054/16576799.1453>
- Parejo, M. (2018). *Consentimiento informado y autonomía del paciente: su aplicación en el ocaso de la vida en la España y Europa del siglo XXI*. <https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/250157>
- Plataforma Digital Única del Estado Peruano. (1997). *Ley N.º 26842*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
- Plataforma Digital Única del Estado Peruano. (2018). *Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas—Ley N° 30846*. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/852899-30846>
- Plataforma Digital Única del Estado Peruano. (2024). *Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud*. <https://www.gob.pe/10423-derechos-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud>
- Ramos, R. (2024). *La despenalización del homicidio piadoso y el derecho a una muerte digna*. Lima, 2023. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/135994>
- Ródenas, A. (2012). *Los Intersticios Del Derecho: Indeterminación, Validez y Positivismo Jurídico*. (1st ed.). <https://digitalia.upc.elogim.com/a/127484>
- Rodriguez-Arias, D. (2005). *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*. <https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/47739>
- Sepúlveda-Hermosilla, D., Irrázabal-Vargas, L., & Rojas, N. (2022). Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: un estudio exploratorio. *Enfermería intensiva*, 33(4), 173-184. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.004>
- Soto, N. (2018). Derecho Médico. De las nociones fundamentales y la responsabilidad médica. *Diagnóstico*, 57(3), Article 3. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v57i3.191>
- Tantaleán, R. (2016). Tipología de las Investigaciones Jurídicas. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5456267.pdf>
- Tena, C. & Casa, O. (2009). *Medicina Asertiva, Acto Médico y Derecho Sanitario* (First edition.). <https://elibro.upc.elogim.com/es/lc/upc/titulos/72765>
- Trujillo, N. (2015). *Cuidados paliativos*. <https://digitalia.upc.elogim.com/a/67540>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2025). *The Belmont Report*. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

- Varsi-Rospigliosi, E. (2006). *Derecho médico peruano*.
<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/7709>
- Vivas-Tesón, I. (2018). *Capacidad jurídica y apoyo en la toma de decisiones: una mirada al derecho italiano*. <https://digitalia.upc.elogim.com/a/104939>
- World Health Organization. (2024a). *Global health estimates Life expectancy and healthy life expectancy*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>
- World Health Organization. (2024b). *Peru—Health Data Overview*. <https://data.who.int/countries/604>
- World Medical Association. (2024). *WMA - The World Medical Association-Declaracion de la AMM sobre la Voluntad Anticipada («Testamentos Vitales»)*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-voluntad-anticipada-testamentos-vitales/>
- Zarate-Cardenas, E. (2004). *Los Derechos de los Pacientes y El Consentimiento Informado En Perú*. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enpdf/a03.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Fichas Bibliográficas de los casos judiciales analizados

Ficha Bibliográfica n° 1			
Número de Expediente	00573-2020-0-1801- JR-DC-11/ Exp. 14442-2021	Tribunal o Instancia	Tribunal Constitucional del Perú.
Resumen Breve del Caso			
El Tribunal Constitucional resolvió a favor de la solicitud de muerte digna de Estrada, basándose en el derecho a la autonomía del paciente y en la protección de su dignidad humana.			
Relación con los Objetivos			
Objetivo General: ¿Cómo el caso respalda o refuta el objetivo general?	El caso respalda el objetivo general al demostrar que la falta de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica y vulnera la integridad del acto médico. Aunque la resolución fue favorable, se basó en principios constitucionales y no en una normativa específica.		
Objetivo Específico 1: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?	El caso respalda este objetivo al evidenciar que la falta de un mecanismo legal claro vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente. La sentencia menciona que “ <i>La muerte digna es un derecho derivado de la dignidad [...] como tal debe ser protegida, pero no podría ser promovida, en tanto que podría afectar la libertad de ejercerla, cuanto por que se genera un conflicto con su deber de proteger la vida</i> ” (LP Pasión por el Derecho, 2021, p. 56).		
Objetivo Específico 2: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?	El caso respalda este objetivo al mostrar cómo la ausencia de regulación genera inseguridad jurídica en el ejercicio médico. Los médicos enfrentaron dilemas éticos y legales al no contar con lineamientos claros. La sentencia detalla lo siguiente: “ <i>Por ello, consideran que lo resuelto en esta causa podría generar conflictos éticos entre el personal médico. Como la objeción de conciencia, las medidas para garantizar voluntades sin vicios. En nuestro país existe únicamente un Comité de Ética</i>		

Clínica que funciona en el Hospital del Niño, dedicada a la resolución y atención de estos conflictos en pediatría, por lo que consideran que es preciso analizar la pretensión desde la perspectiva de los médicos quienes serían los ejecutantes (LP Pasión por el Derecho, 2021, p. 11).

“únicamente en forma parcial, respecto a los miembros del personal médico y sanitario, como sujetos activos, para que no puedan ser procesados penal, civil ni administrativamente” (LP Pasión por el Derecho, 2022, p. 62).

Objetivo

Específico

3:

¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo?

El caso sugiere que la falta de lineamientos jurídicos específicos afecta la toma de decisiones médicas conforme mencionan en el expediente: *“la prestación de ayuda a la ciudadana Ana Milagros Estrada Ugarte para ejercer su derecho a la dignidad al momento de morir o morir con dignidad se realizará cuando se encuentre en un estado terminal de su enfermedad” (LP Pasión por el Derecho, 2022, p. 62).*

Ficha Bibliográfica n° 2

Número de Expediente	Exp. 004988-2023-0-1801-JR-DC-11	Tribunal o Instancia	Tribunal Constitucional del Perú.
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Resumen Breve del Caso

El Tribunal Constitucional aceptó la solicitud de muerte digna de Benito, pero la institución médica objetó. De igual forma, se ejecutó la orden de prescindir del soporte vital.

Relación con los Objetivos

Objetivo

General: ¿Cómo el caso respalda o refuta el objetivo general? El caso respalda el objetivo general al demostrar que la falta de regulación del testamento vital genera inseguridad jurídica y vulnera la integridad del acto médico. La denegación de la solicitud evidenció las limitaciones de la ausencia de normativa.

Objetivo

Específico 1: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo? El caso respalda este objetivo al mostrar cómo la omisión de un mecanismo legal claro vulnera el derecho a la dignidad e integridad personal del paciente. La sentencia menciona que *“sin una normativa clara, no es posible garantizar que las decisiones médicas respeten plenamente la autonomía del paciente”* (LP *Pasión por el Derecho*, 2024, p.56).

Objetivo

Específico 2: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo? El caso respalda este objetivo al evidenciar cómo la ausencia de regulación genera inseguridad jurídica en el ejercicio médico. Los médicos se negaban a respetar la voluntad del paciente debido a la falta de lineamientos claros.

Objetivo

Específico 3: ¿Cómo el caso respalda o refuta este objetivo? El caso respalda parcialmente este objetivo, ya que la falta de regulación afectó negativamente la toma de decisiones médicas, aunque no se aborda directamente el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. En el expediente figura que: *“No se puede pretender tutelar prácticas médicas que constituyen medios extraordinarios e infructuosos para la preservación artificial de la vida de una persona, en contra de su voluntad, manifestada libre y conscientemente, negándose a seguir siendo sometida a ellos, a*

costa del respeto de su dignidad y del ejercicio de su libertad a tomar decisiones válidas sobre su salud y tratamiento, cuando la persona tiene capacidad para hacerlo, a pesar que estas decisiones puedan llevar al desencadenamiento de la fase terminal de la enfermedad, esto constituye la aceptación del curso natural de la vida, no un intento de término anticipado de la misma, lo que sería un acto de eutanasia directa o un suicidio asistido” (LP Pasión por el Derecho, 2024, p. 55).
