



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PENAL Y
PROCESAL PENAL**

TESIS

**LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y LOS DERECHOS
CIVILES DEL PACIENTE TERMINAL**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
DERECHO
MENCIÓN DERECHO PENAL Y PROCESAL PENAL**

AUTOR

Br. MIREYHA MADELEY SOTO CORDOVA

ASESOR:

Mg. MARCO ANTONIO ABARCA ALFARO
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-6563-6830

CUSCO-PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor MGT MARCO ANTONIO ABARCA ALFARO** quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: **LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y LOS DERECHOS CIVILES DEL PACIENTE TERMINAL**, Presentado por: **MIREYHA MADELEY SOTO CORDOVA**, DNI N° 73958167; Para optar el título Profesional/Grado Académico de **MAESTRO EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PENAL Y PROCESAL PENAL**, Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 09 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 08 de AGOSTO de 2026



Firma

Post Firma: MARCO ANTONIO BACA ALFARO
Nro. de DNI 44175511
ORCID del Acceso: 000-002-6563-6830

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid: 27259:613043138**.

MADELY SOTO CORDOVA

DESPENALIZACION DE LA EUTANASIA MADELEY SOTO CORDOVA.docx

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:613043138

127 páginas

Fecha de entrega

7 ago 2026, 5:04 p.m. GMT-5

25.027 palabras

Fecha de descarga

7 ago 2026, 5:09 p.m. GMT-5

155.452 caracteres

Nombre del archivo

DESPENALIZACION DE LA EUTANASIA MADELEY SOTO CORDOVA.docx

Tamaño del archivo

344.9 KB

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES A TESIS

Dr. LEONCIO SOLIS QUISPE, Director de la Escuela de Posgrado, nos dirigimos a usted en condición de integrantes del jurado evaluador de la tesis intitulada **LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y LOS DERECHOS CIVILES DEL PACIENTE TERMINAL** del / de la **BR. MIREYHA MADELEY SOTO CORDOVA**. Hacemos de su conocimiento que el (la) sustentante ha cumplido con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Jurado el día **OCHO DE JUNIO DE 2026**.

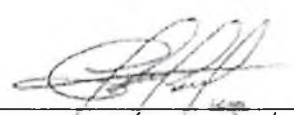
Es todo cuanto informamos a usted fin de que se prosiga con los trámites para el otorgamiento del grado académico de **MAESTRO EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PENAL Y PROCESAL PENAL**.

Cusco, 05/08/2026


DRA. FABIOLA BUTRÓN SOLIS
Primer Replicante


MG. JORGE ROSAS YATACO
Segundo Replicante


DR. LUIS ALBERTO JIMENEZ BERNAL
Primer Dictaminante


MG. JUAN ELÍAS GARRIÓN DÍAZ
Segundo Dictaminante

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	i
INDICE DE TABLAS	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	x
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Justificación de la investigación	5
1.3.1. Conveniencia	5
1.3.2. Relevancia social	5
1.3.3. Implicancia práctica	5
1.3.4. Valor teórico normativo	6
1.3.5. Aportaciones para la enseñanza	6
1.3.6. Utilidad metodológica	6
1.3.7. Aporte para la ciencia del derecho	6
1.4. Objetivos de la investigación	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9

2.1.	Bases teóricas	9
2.1.1.	Fundamentos constitucionales y bioéticos del fin de vida	9
2.1.2.	Dogmática del artículo 112 del Código Penal peruano (homicidio piadoso) y bien jurídico vida	14
2.1.3.	Derechos del paciente y estándares sanitarios en Perú (O1–O3)	20
2.1.4.	Modelos y estándares comparados trasladables (O2).....	26
2.1.5.	Salvaguardas y procedimientos mínimos para decisiones libres (O3) ...	33
2.1.6.	Marco analítico para el diseño regulatorio peruano (O4).....	41
2.1.7.	Síntesis integradora (O1–O4)	49
2.2.	Marco conceptual (palabras clave)	55
2.3.	ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN (ESTADO DE ARTE).	61
2.3.1.	Primer antecedente	61
2.3.2.	Segundo antecedente	62
2.3.3.	Tercer antecedente	65
2.3.4.	Cuarto antecedente	67
2.3.5.	Quinto antecedente	70
2.3.6.	Sexto antecedente	72
2.3.7.	Séptimo antecedente	73
2.3.8.	Octavo antecedente.....	75
III.	HIPÓTESIS Y CATEGORIAS	78
3.1.	Hipótesis	78
3.1.1.	Hipótesis general	78
3.1.2.	Hipótesis específicas.....	78
3.2.	Categorías a explorar	79

IV.	Metodología	81
4.1.	Enfoque metodológico.....	81
4.2.	Ámbito de estudio: localización política y geográfica	81
4.3.	Tipo y nivel de la investigación:.....	81
4.4.	Unidad de análisis.....	82
4.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	82
4.6.	Procedimiento de recolección y análisis de la información	82
V.	RESULTADOS Y DISCUSION	84
5.1.	Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados	84
5.1.1.	Procesamiento de la información	84
5.1.2.	Análisis e interpretación por categorías	85
5.1.3.	Discusión transversal	88
5.1.4.	Limitaciones y alcances.....	89
5.2.	Pruebas de hipótesis	90
5.2.1.	Criterios de contrastación (síntesis).....	90
5.2.2.	Hipótesis general (HG).....	90
5.2.3.	Hipótesis específica 1 (HE1).....	91
5.2.4.	Hipótesis específica 2 (HE2).....	91
5.2.5.	Hipótesis específica 3 (HE3).....	92
5.2.6.	Hipótesis específica 4 (HE4).....	93
5.2.7.	Síntesis final	94
5.3.	Presentación de resultados.....	94
5.3.1.	Resultados por categorías (síntesis ejecutiva)	94
5.3.2.	Matriz de corroboración de hipótesis	95
5.3.3.	Checklist de salvaguardas (para uso operativo)	96

5.3.4.	Flujo operativo propuesto (texto guía)	97
5.3.5.	Riesgos identificados y mitigaciones	98
5.3.6.	Visual de congruencia metodológica (resumen narrativo)	98
VI.	CONCLUSIONES	100
VII.	RECOMENDACIONES	104
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	106
IX.	ANEXOS	109
1.	PROYECTO DE LEY	110
I.	Exposición de Motivos (síntesis didáctica)	110
II.	Texto Normativo	110
	Artículo 1. Objeto de la Ley	110
	Artículo 2. Definiciones esenciales	111
	Artículo 3. Modificación del artículo 112 del Código Penal	111
	Artículo 4. Protocolo Nacional de Decisiones de Fin de Vida	112
	Artículo 5. Piso obligatorio de Cuidados Paliativos y AET	112
	Artículo 6. Registro Nacional y Auditoría	112
	Artículo 7. Objeción de conciencia y derivación	113
	Artículo 8. Formación obligatoria	113
	Artículo 9. Supervisión y responsabilidades	113
III.	Disposiciones Complementarias	113
	Primera. Reglamentación	113
	Segunda. Enfoque intercultural y accesibilidad	113
	Tercera. Programa piloto y evaluación	114
	Cuarta. Adecuación de sistemas de información	114
IV.	Anexo operativo (referencial para el Protocolo)	114

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Síntesis de Fundamentos constitucionales y bioéticos del fin de vida</i>	13
Tabla 2.	<i>Síntesis Dogmática del art. 112 del Código Penal (homicidio piadoso) y bien jurídico vida</i>	19
Tabla 3.	<i>Síntesis Derechos del paciente y estándares sanitarios en Perú</i>	24
Tabla 4.	<i>Síntesis Modelos y estándares comparados trasladables</i>	31
Tabla 5.	<i>Salvaguardas y procedimientos mínimos para decisiones libres</i>	38
Tabla 6.	<i>Síntesis Marco analítico para el diseño regulatorio peruano</i>	45
Tabla 7.	<i>Síntesis integradora</i>	52
Tabla 8.	<i>Cuadro de categorías</i>	79
Tabla 9.	<i>Cuadro 1. Resultados C0–C4</i>	94
Tabla 10.	<i>Cuadro 2. Hipótesis ↔ Evidencias ↔ Decisión</i>	95
Tabla 11.	<i>Cuadro 3. Paquete mínimo (C3)</i>	96
Tabla 12.	<i>Cuadro 5. Riesgos ↔ Mitigaciones</i>	98

DEDICATORIA

A mi familia, por su amor y paciencia incondicional; a mis maestros, por sembrar la disciplina del pensamiento jurídico; y a las personas que, desde el silencio del dolor, enseñan que la dignidad también habita el final de la vida. A quienes luchan por decidir con libertad y responsabilidad, y a quienes cuidan con ciencia y compasión. Este trabajo es para ustedes, y por ustedes, con la esperanza de que el derecho acompañe, no castigue, los últimos pasos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor y al jurado por su guía rigurosa; a los profesionales de la salud y juristas entrevistados, por su tiempo y honestidad; a las instituciones que facilitaron información; y a mi familia, por sostener cada jornada. A mis estudiantes, cuya curiosidad mantuvo vivo el proyecto. Reconozco especialmente a quienes compartieron experiencias de cuidado y fin de vida: su confianza dio sentido a esta investigación. Toda responsabilidad por errores u omisiones es únicamente mía.

RESUMEN

La tesis analiza cómo armonizar la protección penal de la vida del artículo 112 del Código Penal con los derechos del paciente (dignidad, autonomía y consentimiento informado) para diseñar un modelo peruano de muerte médicamente asistida con salvaguardas y control institucional. Emplea un enfoque cualitativo con triangulación de entrevistas, análisis documental, normativo y jurisprudencial. Los hallazgos muestran consenso en que la armonización es posible mediante una no punibilidad condicionada en supuestos excepcionales, siempre que se cumplan salvaguardas clínicas y procedimentales (evaluación de capacidad, consentimiento cualificado por escrito, segunda opinión, comité interdisciplinario, plazo de reflexión, integración de cuidados paliativos, objeción de conciencia con derivación, registro y supervisión) bajo control del MINSA/EsSalud. El comparado ofrece subreglas trasladables al Perú si se refuerza la protección de personas vulnerables, la independencia de comités y la trazabilidad documental. Se propone un diseño normativo–procedimental viable: cláusula penal condicionada articulada con una directiva–protocolo sectorial que estandarice el flujo operativo y la gobernanza.

Palabras clave: Eutanasia, Muerte Digna, Autonomía, Dignidad, Consentimiento Informado.

ABSTRACT

This thesis examines how to reconcile the criminal protection of life in Article 112 of the Peruvian Criminal Code with patients' rights (dignity, autonomy, and informed consent) in order to design a Peruvian regulatory model for physician-assisted death with robust safeguards and institutional oversight. Using a qualitative approach that triangulates interviews with documentary, statutory, and case-law analysis, the study finds broad convergence: harmonization is feasible through a narrowly framed conditional non-punishability for exceptional cases, provided clinical and procedural safeguards are satisfied (capacity assessment, qualified written consent, independent second opinion, interdisciplinary committee, reflection period, integration of palliative care, individual conscientious objection with referral, and mandatory recording and supervision) under MINSA/EsSalud control. Comparative jurisprudence yields transferable sub-rules for Peru when coupled with enhanced protection of vulnerable persons, independence of review bodies, and strict traceability. The thesis proposes a viable legal-procedural design combining a conditional criminal clause with a sectoral directive-protocol that standardizes operational flow and governance.

Keywords: Euthanasia, Dignified Death, Autonomy, Dignity, Informed Consent.

INTRODUCCION

La discusión sobre la eutanasia y la muerte médicamente asistida interpela simultáneamente a la ética clínica, al derecho penal y al derecho sanitario. En el Perú, el artículo 112 del Código Penal (homicidio piadoso) expresa el mandato estatal de protección de la vida; sin embargo, su aplicación práctica ha evidenciado tensiones con los derechos del paciente a la dignidad, a la autonomía y al consentimiento informado, especialmente en contextos de enfermedad grave, incurable o irreversible con sufrimiento no mitigable. En la última década, el debate jurídico y social se ha profundizado, catalizado por decisiones judiciales relevantes (como el caso Ana Estrada) y por la consolidación de un marco sanitario que reconoce el respeto al proceso natural de morir, la prohibición del encarnizamiento terapéutico y la obligación de ofrecer cuidados paliativos.

Este trabajo parte de un problema central: ¿cómo armonizar el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente para diseñar, en el Perú, un modelo regulatorio de muerte médicamente asistida que incorpore salvaguardas clínicas y procedimentales robustas y un control institucional eficaz, sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal? La pregunta se inserta en una realidad clínica donde convergen tres fricciones: el temor penal que desalienta el registro transparente de decisiones de fin de vida; la inhibición de la adecuación del esfuerzo terapéutico pese a la voluntad del paciente; y la heterogeneidad en el acceso a cuidados paliativos, con especial impacto en regiones fuera de Lima.

La justificación de la investigación es triple. En lo constitucional, se busca compatibilizar la defensa de la persona y su dignidad con la protección de la vida y de la salud. En lo dogmático-penal, se pretende precisar el alcance del art. 112 CP a la luz del

principio de proporcionalidad y de la última ratio, evitando que el ius puniendi sustituya indebidamente a protocolos clínicos con salvaguardas verificables. En lo sanitario, se apunta a fortalecer la rectoría del MINSA/EsSalud mediante directivas claras, registros y auditoría, de modo que las decisiones de fin de vida sean libres, informadas y trazables.

Metodológicamente, la tesis adopta un enfoque cualitativo, de tipo dogmático y propositivo y nivel descriptivo-analítico, con ámbito en la ciudad de Cusco. Se triangula: (i) entrevistas semiestructuradas a actores clave (abogados penalistas y constitucionalistas, abogado de institución de salud, médico clínico, familiar/abogado), (ii) análisis documental (doctrina), (iii) análisis normativo (Constitución, Ley 29414, Ley 30846, Código de Ética del CMP) y (iv) análisis jurisprudencial, combinando la sentencia peruana del caso Ana Estrada con referentes comparados (Colombia, Italia, TEDH y EE. UU.). Se respetó el anonimato de los informantes y se cuidó la trazabilidad de fuentes y evidencias.

En coherencia con las preguntas de investigación previamente formuladas, se fijó un objetivo general: analizar y proponer un modelo regulatorio peruano de muerte médicamente asistida que armonice el art. 112 CP con los derechos del paciente, mediante salvaguardas clínicas y procedimentales (capacidad, información y consentimiento cualificado por escrito, segunda opinión, comité interdisciplinario, periodo de reflexión, integración de cuidados paliativos, objeción de conciencia con derivación, registro y supervisión) y control institucional (MINSA/EsSalud). Los objetivos específicos se orientan a: (1) identificar incompatibilidades y vacíos entre el art. 112 CP y el bloque sanitario-deontológico; (2) analizar principios y subreglas trasladables desde la jurisprudencia comparada con sus límites; (3) consensuar un paquete mínimo de salvaguardas según actores clave; y (4) diseñar un arreglo normativo-procedimental

viable (cláusula penal condicionada + directiva–protocolo sectorial con flujo operativo y gobernanza).

Los aportes del estudio son teórico-prácticos. En lo dogmático, se propone una lectura que reconcilia tutela de la vida con dignidad y autonomía, articulando la no punibilidad condicionada para supuestos excepcionales. En lo regulatorio, se ofrece un protocolo nacional “paso a paso” con formularios únicos, matriz RACI, plazos breves, registro y auditoría; y se establecen salvaguardas operativas que reducen riesgos de coacción, error o abuso. En lo organizacional, se prioriza la interculturalidad (formatos bilingües cuando corresponda) y el fortalecimiento de cuidados paliativos y AET como “piso obligatorio”.

La delimitación temporal abarca el periodo reciente en que se consolidan los estándares sanitarios y las decisiones judiciales clave; la delimitación material se concentra en la muerte médicamente asistida (no se estudian en detalle otros supuestos de final de vida, como rechazos de tratamiento fuera del marco propuesto). La unidad de análisis combina la sentencia de Ana Estrada, la normativa peruana aplicable, la jurisprudencia comparada y los testimonios de actores clave en Cusco.

La estructura del trabajo es la siguiente: el Capítulo I presenta el problema, las preguntas, la justificación y los objetivos; el Capítulo II desarrolla el marco teórico (fundamentos constitucionales y bioéticos, marco conceptual y antecedentes); el Capítulo III expone la metodología cualitativa y el diseño de instrumentos; el Capítulo IV sistematiza las fichas (documentales, normativas y jurisprudenciales); el Capítulo V presenta resultados, discusión y pruebas de hipótesis, así como los cuadros de corroboración; finalmente, se formulan conclusiones y recomendaciones, y se anexa un proyecto de norma con el modelo propuesto.

En suma, esta tesis sostiene que la armonización penal–sanitaria es posible y necesaria para tutelar, a la vez, la vida digna del paciente y la seguridad jurídica del personal de salud. La propuesta normativa y procedimental resultante es concreta, verificable y sensible a las condiciones del sistema peruano, ofreciéndose como una hoja de ruta para la toma de decisiones públicas y la práctica clínica responsable al final de la vida.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La discusión sobre la eutanasia en el Perú evidencia una fricción estructural entre (i) la tutela penal de la vida como bien jurídico y (ii) el bloque de derechos del paciente (dignidad, autonomía, consentimiento informado, rechazo de tratamientos y respeto del proceso natural de morir) reconocido en el ordenamiento sanitario y ético-profesional (Colegio Médico del Perú, 2025). Mientras el artículo 112 del Código Penal mantiene la figura del homicidio piadoso y sanciona la conducta aun cuando media solicitud expresa y consciente de la persona enferma, el derecho sanitario y la deontología profesional reafirman la autodeterminación del paciente y el deber de evitar el encarnizamiento terapéutico, además de garantizar alivio del dolor y cuidados paliativos (Congreso de la República del Perú, 2009).

En el plano sanitario-civil, la Ley N.º 29414 reconoce los derechos de las personas usuarias a recibir información comprensible, aceptar o rechazar procedimientos (con explicación de consecuencias) y a que se respete el proceso natural de su muerte (Congreso de la República del Perú, 2009). El Código de Ética del Colegio Médico del Perú (2025) refuerza este estándar al exigir consentimiento informado para actos de riesgo, prohibir el encarnizamiento terapéutico y orientar la práctica a la máxima calidad de vida, dejando claro, a la vez, que el médico “no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte”. Por su parte, la Ley N.º 30846 creó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para asegurar su inclusión efectiva en el sistema de salud y la atención integral (médica, psicológica y espiritual) con enfoque intercultural (Congreso de la República del Perú, 2018). Este tripode normativo como derechos del paciente, ética médica y paliativos apunta a dignidad y autonomía al final de la vida.

Sin embargo, en el plano penal, el tipo del homicidio piadoso (art. 112 CP) expresa el mandato de preservar la vida aun frente a decisiones libres de pacientes incurables que experimentan dolores intolerables. En la práctica, ello genera desalineaciones: el sistema reconoce la decisión informada para rechazar tratamientos o limitar el esfuerzo terapéutico, pero no ofrece un cauce normativo general para prestar una ayuda médica a morir cuando así lo solicita el titular del derecho; el resultado es una zona gris que judicializa casos individuales y desplaza la carga a comités o protocolos ad hoc, sin cobertura legal general.

El caso Ana Estrada puso en evidencia esa asimetría normativa. La judicatura reconoció en sede de amparo el derecho a morir en condiciones dignas y ordenó medidas operativas (Junta Médica, plan y validación ministerial) mediante control difuso del art. 112 para el caso concreto (Corte Superior de Justicia de Lima, 2021). La decisión fue luego ratificada por la Corte Suprema y el procedimiento se ejecutó en 2024 bajo un Plan y Protocolo de Muerte Digna de EsSalud (Redacción BBC News Mundo, 2024). Este precedente fáctico y jurisprudencial confirma que, sin regulación legislativa, la respuesta estatal queda fragmentada: se protege la vida digna y la autonomía en un caso singular, pero no se resuelve la compatibilización general entre derecho penal y derechos del paciente.

El derecho comparado muestra que la tensión puede resolverse de modos distintos: (a) reconociendo un espacio acotado de no punibilidad o despenalización con controles sustantivos y procedimentales (p. ej., Colombia ha consolidado el derecho a morir dignamente articulado con dignidad y autonomía, y ha precisado que el *ius puniendi* es última ratio, distinguiendo despenalización de regulación: C-239/97; C-233/21; C-164/22; (b) admitiendo ayuda al suicidio bajo condiciones estrictas (Corte Costituzionale della Repubblica Italiana, 2019);

(c) reconociendo que la decisión de morir es parte de la vida privada (art. 8 CEDH) pero dejando a los Estados un amplio margen para imponer controles y no facilitar el acceso a fármacos letales sin receta ni evaluación (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2011); o (d) negando que exista un derecho fundamental a la ayuda para morir en la tradición constitucional (Supreme Court of the United States, 1997). Este mosaico subraya que autonomía y protección de la vida pueden coexistir si se diseñan salvaguardas robustas (comités interdisciplinarios, doble verificación, consentimiento informado cualificado, evaluación de capacidad, plazos de reflexión, reporte y supervisión).

Problema central de investigación. En el Perú, persiste una incompatibilidad práctica entre:

- el bloque sanitario/ético (derechos del paciente, consentimiento informado, rechazo de tratamientos, respeto del proceso de morir, paliativos) y la jurisprudencia constitucional que reconoce la muerte digna como derivación de la dignidad y la autonomía; y
- la subsistencia del art. 112 CP y la ausencia de una regulación legal general que ordene el proceso, proteja a personas vulnerables y brinde seguridad jurídica a profesionales e instituciones.

Esta desarticulación produce costos: decisiones casuísticas, asimetrías de acceso, riesgo de clandestinidad o “migración” por atención, y desprotección de pacientes y médicos frente a exigencias éticas y penales contradictorias (Barturen et al., 2024). En consecuencia, el núcleo problemático de esta tesis es cómo armonizar el mandato penal de protección de la vida con la autonomía y dignidad del paciente al final de la vida, mediante estándares constitucionales y sanitarios que permitan definir un modelo

regulatorio acotado, con salvaguardas y control institucional, evitando tanto el encarnizamiento terapéutico como cualquier forma de abuso o coacción.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo puede armonizarse el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente a la dignidad, autonomía y consentimiento informado, para sustentar la despenalización de la eutanasia en el ordenamiento jurídico peruano para casos excepcionales de muerte medicamente asistida.

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué incompatibilidades, vacíos y antinomias emergen del análisis sistemático entre el art. 112 del Código Penal y el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414, Ley 30846 y Código de Ética del CMP), y cómo se manifiestan en la práctica clínica peruana?

¿Qué principios y subreglas derivadas de la jurisprudencia constitucional y comparada (caso Ana Estrada; Colombia C-239/97, C-233/21, C-164/22; Italia 242/2019; TEDH Haas; EE. UU. Glucksberg) son trasladables al contexto peruano y bajo qué límites?

¿Cuáles son, desde la perspectiva de actores clave, las salvaguardas y procedimientos indispensables para prevenir abusos y garantizar decisiones libres (p. ej., evaluación de capacidad, consentimiento informado cualificado, segunda opinión, comités interdisciplinarios, plazos de reflexión, integración de cuidados paliativos, objeción de conciencia, registro y supervisión)?

¿Qué diseño normativo y procedimental viable (proyecto de ley/directiva–protocolo) permitiría viabilizar la despenalización de la eutanasia para casos excepcionales de muerte médicamente asistida sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal, y cómo articularlo operativamente con el MINSA/EsSalud y los estándares de derechos civiles a la dignidad, autonomía y consentimiento informado del paciente?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Conveniencia

La investigación es conveniente porque resuelve una tensión real entre el artículo 112 del Código Penal y los derechos del paciente (dignidad, autonomía y consentimiento informado). Ofrece una salida operativa—no punibilidad condicionada + protocolo sanitario—que es concreta, viable y compatible con el marco constitucional y sanitario vigente.

1.3.2. Relevancia social

El trabajo impacta en personas con enfermedades graves o irreversibles y en sus familias, así como en profesionales de salud que hoy enfrentan incertidumbre y temor penal. Promueve decisiones libres, informadas y trazables, fortalece cuidados paliativos y evita el encarnizamiento terapéutico, elevando la calidad del final de vida.

1.3.3. Implicancia práctica

Propone un flujo único para casos excepcionales: Información → Capacidad → Consentimiento escrito → Segunda opinión → Comité interdisciplinario → Reflexión/confirmación → Ejecución o AET/paliativos → Registro y auditoría. Incluye formularios tipo, plazos, matriz RACI y consideraciones interculturales (formatos quechua–castellano), listo para implementar por MINSA/EsSalud.

1.3.4. Valor teórico normativo

Aporta una relectura dogmática del bien jurídico vida como vida digna, armonizada con autonomía y última ratio penal. Sistematiza principios y subreglas trasladables del comparado (consentimiento cualificado, comités, plazos, controles) y los adapta con límites (protección de vulnerables, independencia de segundas opiniones/comités, trazabilidad).

1.3.5. Aportaciones para la enseñanza

Ofrece materiales didácticos replicables: checklists de capacidad y consentimiento, guías de AET y paliativos, matrices de codificación C0–C4, caso Ana Estrada como estudio de caso, y un proyecto de ley estilo “clínica jurídica”, útiles en pregrado y posgrado (derecho penal, constitucional, bioética y salud).

1.3.6. Utilidad metodológica

Demuestra la potencia de la triangulación cualitativa (entrevistas, análisis documental, normativo y jurisprudencial) en investigaciones dogmático–propositivas. La matriz de trazabilidad (cita → código → categoría → hipótesis) y el instrumento de entrevistas facilitan replicación y auditoría académica.

1.3.7. Aporte para la ciencia del derecho

Integra teoría constitucional, penal y sanitaria en un modelo normativo–procedimental que operacionaliza la última ratio con salvaguardas clínicas. Supera el binomio “prohibición/permiso” con una arquitectura de garantías y control institucional, ofreciendo conocimiento transferible a otras áreas de decisiones sanitarias complejas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Armonizar el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente a la dignidad, autonomía y consentimiento informado, para sustentar la despenalización de la eutanasia en el ordenamiento jurídico peruano para casos excepcionales de muerte médicamente asistida.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las incompatibilidades, vacíos y antinomias que emergen del análisis sistemático entre el art. 112 del Código Penal y el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414, Ley 30846 y Código de Ética del CMP) y describir cómo se manifiestan en la práctica clínica peruana.
- Determinar los principios y subreglas derivadas de la jurisprudencia constitucional y comparada que son trasladables al contexto peruano y delimitar sus límites de aplicación.
- Establecer, desde la perspectiva de actores clave, las salvaguardas y procedimientos indispensables para prevenir abusos y garantizar decisiones libres (evaluación de capacidad, consentimiento informado cualificado, segunda opinión, comités interdisciplinarios, plazos de reflexión, integración de cuidados paliativos, objeción de conciencia, registro y supervisión).
- Diseñar un modelo normativo y procedimental viable (proyecto de ley/directiva–protocolo) que permita viabilizar la despenalización de la eutanasia para casos excepcionales de muerte médicamente asistida sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal y articularlo operativamente con el MINSA/EsSalud y los

estándares de derechos civiles a la civiles a la dignidad, autonomía y consentimiento del paciente.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Fundamentos constitucionales y bioéticos del fin de vida

En el marco del Estado constitucional peruano, la dignidad (fin supremo), la vida y el libre desarrollo (arts. 1 y 2.1 de la Constitución), junto con la salud como derecho y deber de organización estatal (arts. 7, 9 y 11), constituyen el parámetro para resolver las decisiones al final de la vida. Ese parámetro se concreta en el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414 y Ley 30846; Código de Ética del CMP), que garantiza consentimiento informado, rechazo de tratamientos, respeto del proceso natural de morir y cuidados paliativos. A la vez, el derecho penal —como última ratio— debe operar proporcionadamente y en equilibrio con la autonomía del paciente y la tutela contra abusos. La experiencia jurisprudencial comparada (Colombia, Italia, TEDH, EE. UU.) ofrece subreglas y salvaguardas para armonizar la protección de la vida con la muerte en condiciones dignas, evitando tanto el encarnizamiento terapéutico como cualquier forma de coacción.

Claves normativas peruanas que concretan este parámetro: Ley 29414 (información, consentimiento, rechazo de tratamientos, respeto del proceso natural de morir) y Ley 30846 (Plan Nacional de Cuidados Paliativos con calidad de vida, enfoque integral e intercultural).

2.1.1.1. Dignidad humana, autonomía y vida digna: alcance y tensiones

En la arquitectura constitucional contemporánea, la vida no se reduce a “estar vivo”, sino a vivir en condiciones de dignidad. La Corte Constitucional de Colombia lo expresó de manera canónica: “el derecho a la vida no puede reducirse a la mera

subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad” (Corte Constitucional de Colombia, 1997).

La misma línea subraya que “Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana” (Corte Constitucional de Colombia, 1997).

En el orden sanitario peruano, ese estándar se concreta: la Ley 29414 reconoce el derecho a recibir información comprensible, a aceptar o rechazar tratamientos (con explicación de consecuencias) y a que se respete el proceso natural de la muerte (art. 15). (Perú, 2009).

A su vez, la Ley 30846 crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, cuyo objetivo es “asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores” (Perú, 2018).

Desde la ética profesional, el Código de Ética del CMP (2025) exige consentimiento informado y proscribire el encarnizamiento terapéutico, orientando la práctica a la calidad de vida del paciente (Colegio Médico del Perú, 2025).

Como recordatorio doctrinal útil para el capítulo, en la revisión académica peruana se afirma que “no se puede hablar de vida digna sin una muerte digna” (Del Villar Vargas, 2021).

Ello explica la tensión con el art. 112 CP (homicidio piadoso) descrita por investigaciones nacionales (Alejos & Rojas, 2020; Carpio, 2020).

2.1.1.2. Principio de proporcionalidad e inexcusabilidad de la tutela jurisdiccional

En el Estado constitucional, el juez no puede eludir la decisión cuando colisionan derechos fundamentales; debe aplicar proporcionalidad. La sentencia peruana del caso Ana Estrada lo formula con nitidez: “en el Estado Constitucional, el principio de no dejar de administrar justicia es un mandato de optimización” y para aplicar principios “resulta útil [...] el principio de proporcionalidad”; la inexcusabilidad y la supremacía de la Constitución son mandatos de optimización, pues lo contrario sería “no otorgar tutela jurídica” (Corte Superior de Justicia de Lima, 2021).

En comparado, la Corte italiana advierte que un “veto indiscriminado” a la ayuda al suicidio, en supuestos estrictos (patología irreversible, sufrimiento intolerable, sostén vital y decisión libre), lesiona la autodeterminación y la dignidad y reclama disciplina legal para evitar abusos (Corte costituzionale, 2019).

2.1.1.3. Última ratio del derecho penal y límites del ius puniendi

La teoría penal contemporánea exige que el ius puniendi sea mínimo y necesario. La Corte Constitucional de Colombia (C-164/22) sostuvo que perseguir penalmente al médico que asiste, bajo condiciones estrictas de autonomía y sufrimiento, “excede indudablemente los límites del orden constitucional” y es “absolutamente desproporcionado”, recordando el carácter de última ratio del penal (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

También sistematizó principios limitantes (necesidad/mínima intervención, protección de bienes jurídicos, legalidad/lesividad, culpabilidad y proporcionalidad).

Y precisó la distinción entre despenalizar (obligación negativa de no castigar) y regular (organizar garantías).

Otras altas cortes muestran límites y matices: en EE. UU., la Corte Suprema rechazó que exista un derecho fundamental a la ayuda para morir y validó prohibiciones bajo base racional por fines legítimos como preservar la vida, prevenir el suicidio, proteger la ética médica y evitar deslizamientos (Washington v. Glucksberg, 1997).

En Europa, el TEDH reconoció que “el derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida” integra el art. 8 CEDH (vida privada), pero otorgó a los Estados un amplio margen de apreciación para exigir controles (receta y evaluación) y no facilitar libremente sustancias letales (Haas v. Suiza, 2011).

Para la discusión interna, conviene registrar también la posición del TC español (STC 120/1990) sobre la protección positiva de la vida y la inexistencia de un “derecho a la propia muerte”, lo que ilumina la carga justificativa cuando se limitan decisiones individuales en contextos de riesgo vital —síntesis recogida en tu compendio de jurisprudencia.

2.1.1.4. Rol de la bioética clínica y el estándar sanitario peruano

La bioética clínica aporta el método para decidir prudentemente en la incertidumbre, con foco en no maleficencia y alivio del sufrimiento. El Código de Ética del CMP (2025) enfatiza que la bioética “nos permite tomar decisiones prudentes [...] aportándonos una metodología para fundamentarlas”, exige consentimiento informado para actos de riesgo y proscrib el encarnizamiento terapéutico cuando solo prolonga la agonía con “grandes sufrimientos” (arts. sobre ética clínica y consentimiento).

Este eje se operativiza con la Ley 30846, que manda asegurar la inclusión de paliativos en el sistema nacional de salud “a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores”, incluyendo apoyo espiritual y psicológico y enfoque intercultural (Perú, 2018).

Y se complementa con la Ley 29414, que reconoce el derecho a rechazar o discontinuar tratamientos con explicación de consecuencias y a que “se respete el proceso natural de su muerte” (Perú, 2009).

Para un estado del arte plural, incorpora también la crítica bioética a la legalización (UCSP): el artículo “La eutanasia en debate” advierte sobre “manipulación del lenguaje” en políticas públicas, la necesidad de “despersonalizar” casos emblemáticos y la protección de la objeción de conciencia —útil para tu sección de salvaguardas y riesgos de coacción cultural.

Tabla 1.

Síntesis de Fundamentos constitucionales y bioéticos del fin de vida

Subsección / Eje	Idea clave (síntesis)	Cita normativa / jurisprudencial (APA breve)	Uso en la tesis (Objetivo)
Dignidad humana	La dignidad es fin supremo del Estado y parámetro de interpretación de todos los derechos.	Constitución del Perú, art. 1 (1993/act.).	Marco axiológico para armonizar vida-autonomía (O2, O4).
Vida, integridad y libre desarrollo	La vida se vincula al libre desarrollo y bienestar; no se reduce a mera subsistencia.	Constitución del Perú, art. 2.1; Corte Const. Col., C-239/97.	Fundamenta vida digna y decisiones al final de la vida (O2).
Cláusula abierta de derechos	Permite integrar derechos análogos fundados en la dignidad (consentimiento informado, adecuación terapéutica, planificación anticipada).	Constitución del Perú, art. 3.	Sustenta recepción de estándares sanitarios y bioéticos (O1, O2).

Derecho a la salud y deberes estatales	El Estado define política de salud, norma y supervisa para acceso equitativo; garantía de organización.	Constitución del Perú, arts. 7, 9 y 11.	Enlaza derechos con arreglos institucionales (O3, O4).
Tutela efectiva y proporcionalidad	Amparo protege derechos y exige control de razonabilidad/proporcionalidad; inexcusabilidad judicial.	Constitución del Perú, art. 200.2; CSJ Lima (caso Ana Estrada, 2021).	Justifica solución de colisiones vida–dignidad–autonomía (O2, O4).
Derechos del paciente	Información comprensible; aceptar/rechazar tratamientos; respeto del proceso natural de la muerte.	Ley 29414 (2009).	Bloque sanitario–civil para O1 y salvaguardas (O3).
Cuidados paliativos	Incluir paliativos en el sistema de salud para máxima calidad de vida, con enfoque integral.	Ley 30846 (2018).	Eje operativo para decisiones libres y alivio del sufrimiento (O3).
Deontología médica y bioética clínica	Consentimiento informado, <i>lex artis</i> y proscripción del encarnizamiento terapéutico.	CMP, Código de Ética (2025).	Criterios técnicos para protocolos/salvaguardas (O3, O4).
Comparado: límites del <i>ius puniendi</i>	Ultima ratio; despenalización vs. regulación; estándares trasladables y salvaguardas.	C-164/22; C-233/21 (Col.); Sent. 242/2019 (It.); TEDH <i>Haas</i> (2011); <i>Glucksberg</i> (1997).	Criterios de traslación y diseño regulatorio (O2, O4).

2.1.2. Dogmática del artículo 112 del Código Penal peruano (homicidio piadoso) y bien jurídico vida.

2.1.2.1. Texto legal, bien jurídico y ubicación sistemática (O1)

El punto de partida es el texto oficial del artículo 112 CP, publicado en El Peruano:

“Artículo 112.- Homicidio piadoso. El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años.”

Dogmáticamente, el bien jurídico protegido es la vida como valor objetivo de tutela general; pero el legislador atenúa la respuesta punitiva en una hipótesis excepcional en la que concurren piedad, enfermedad incurable, solicitud expresa y consciente y dolores intolerables. El precepto se ubica en el Título I (delitos contra la vida, el cuerpo y la salud), lo que confirma su adscripción al catálogo homicida, pero con una penalidad sensiblemente menor (hasta tres años), signo de disvalor reducido frente al homicidio simple.

2.1.2.2. Estructura típica: elementos objetivos y subjetivos (O1)

a) Conducta: “matar” (resultado muerte) no se prevé modalidad culposa, por lo que exige dolo.

b) Sujeto activo: indeterminado (cualquier persona); en la práctica, puede involucrar profesionales de salud.

c) Sujeto pasivo: “enfermo incurable” (elemento normativo con valoración médica).

d) Condiciones habilitantes:

- Móvil de piedad (elemento subjetivo que excluye fines espurios).
- Solicitud expresa y consciente (exige capacidad decisional, ausencia de coacción y manifestación inequívoca).
- Dolores intolerables (juicio mixto: experiencia subjetiva con correlato clínico).

Estos elementos delimitan una situación-límite: sufrimiento extremo, pronóstico incurable y decisión autónoma. A efectos probatorios, su verificación se conecta con estándares sanitarios (historia clínica, consentimiento informado y evaluación de

capacidad), lo que acerca el tipo a criterios propios del derecho sanitario (Ley 29414; Plan de Paliativos de la Ley 30846).

2.1.2.3. Antijuridicidad y consentimiento de la víctima (O1)

En el sistema peruano, el consentimiento de la víctima no excluye per se la tipicidad del atentado contra la vida; en el art. 112, el consentimiento integra el tipo atenuado (“...le solicita de manera expresa y consciente...”), no una causa de justificación. Por ello, la antijuridicidad subsiste —no hay “derecho a ser matado”—, pero el legislador reconoce un menor desvalor y atenúa la pena. En clave comparada, la doctrina de la última ratio ha sido usada para valorar la proporcionalidad del ius puniendi en contextos de sufrimiento extremo: perseguir penalmente la asistencia en condiciones estrictas “excede indudablemente los límites del orden constitucional” y es “una intervención absolutamente desproporcionada” (C-164/22, Corte Constitucional de Colombia).

La Constitución peruana obliga a ponderar con proporcionalidad (tutela judicial efectiva) y a no eludir la decisión cuando se colisionan derechos (amparo: art. 200.2); el caso Ana Estrada remarcó que “no dejar de administrar justicia es un mandato de optimización” y que es útil el “principio de proporcionalidad” para otorgar tutela efectiva.

2.1.2.4. Culpabilidad, fines de la pena y el móvil de “piedad” (O1)

El móvil de piedad actúa como elemento subjetivo del injusto que depura finalidades espurias (interés económico, animadversión). En la culpabilidad, cobran relevancia el error de tipo (p. ej., creer que el paciente es “incurable” cuando no lo es), el error de prohibición (desconocer la ilicitud), y situaciones de inexigibilidad (p. ej., conflictos dramáticos ante sufrimiento extremo). La penalidad reducida del art. 112

expresa una ratio preventiva distinta a la del homicidio simple: reafirma la tutela de la vida, pero reconoce el peso atenuante de la autonomía y del sufrimiento intolerable.

2.1.2.5. Figuras próximas en el espacio sanitario: adecuación del esfuerzo terapéutico, retiro de soporte y paliativos (O1–O3)

Es crucial distinguir el art. 112 de prácticas sanitario-deontológicas constitucionalmente admitidas:

- Adecuación/suspensión del esfuerzo terapéutico y retiro de soporte no constituyen homicidio cuando obedecen a *lex artis*, consentimiento informado y respeto del proceso natural de morir (Ley 29414). La norma reconoce el derecho del paciente a aceptar o rechazar procedimientos y a que “se respete el proceso natural de su muerte”.
- Los cuidados paliativos (Ley 30846) persiguen “lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores”, incorporando apoyo psicológico y espiritual y enfoque intercultural: son obligación organizativa del Estado y estándar de atención al final de la vida.
- El Código de Ética del CMP (2025) proscribe el encarnizamiento terapéutico y exige consentimiento informado reforzado en procedimientos de riesgo, alineando bioética clínica y derechos del paciente.

Estas prácticas no equivalen a “matar”, sino a no prolongar artificialmente procesos irreversibles y a aliviar sufrimiento, con base en autonomía, beneficencia y no maleficencia.

2.1.2.6. Antinomias con el bloque sanitario–deontológico y necesidad de armonización (O1–O4)

La fricción emerge cuando el sistema sanitario reconoce derechos a información, rechazo de tratamientos y respeto del proceso de morir (Ley 29414), y organiza paliativos (Ley 30846), pero el derecho penal mantiene la incriminación del auxilio a la muerte (vía homicidio piadoso) aun en contextos de decisión libre y sufrimiento intolerable. De ahí la necesidad —propia del objetivo general de esta tesis— de armonizar la protección penal de la vida con la autonomía y dignidad del paciente, delimitando salvaguardas (capacidad, consentimiento cualificado, segundas opiniones, comités, integración de paliativos, objeción de conciencia, trazabilidad y control). La comparación ofrece rutas:

- Europa (TEDH): la decisión de morir integra la vida privada (art. 8 CEDH) si es libre, pero los Estados conservan un amplio margen para imponer controles y no facilitar sustancias letales (Haas v. Suiza).
- Italia: no punibilidad condicionada de la ayuda al suicidio en supuestos estrictos y llamado a regulación (Sent. 242/2019).
- Colombia: última ratio del penal y tríada del derecho a morir dignamente (paliativos, adecuación terapéutica, prestaciones eutanásicas) como facetas complementarias (C-233/21; C-164/22).
- EE. UU.: negativa a reconocer derecho fundamental a la ayuda para morir; prohibiciones válidas por fines estatales legítimos (Glucksberg).

Esta base dogmática justifica, en clave aplicada, elaborar un modelo regulatorio acotado que evite tanto el encarnizamiento como la clandestinidad, brinde seguridad jurídica a pacientes y profesionales, y respete el carácter de última ratio del derecho penal.

Tabla 2. *Síntesis Dogmática del art. 112 del Código Penal (homicidio piadoso) y bien jurídico vida*

Subsección / Eje	Idea clave (síntesis)	Cita normativa / jurisprudencial (APA breve)	Uso en la tesis (Objetivo)
Texto del tipo penal	Homicidio piadoso: matar por piedad, a enfermo incurable, a solicitud expresa y consciente, por dolores intolerables; pena ≤ 3 años.	Código Penal del Perú, art. 112 (El Peruano).	Base dogmática para identificar antinomias (O1).
Bien jurídico y ubicación	Protección de la vida en el catálogo homicida con atenuación punitiva por circunstancias excepcionales.	CP Perú, Tít. I (delitos contra la vida).	Delimita el desvalor específico del art. 112 (O1).
Estructura típica	Elementos: resultado muerte; sujeto pasivo incurable; solicitud expresa y consciente; dolores intolerables; móvil de piedad.	CP Perú, art. 112.	Criterios probatorios y sanitarios vinculados (O1, O3).
Antijuridicidad y consentimiento	El consentimiento integra el tipo atenuado, no justifica; la antijuridicidad subsiste.	Dogmática penal; C-164/22 (última ratio y proporcionalidad).	Debate sobre límites del <i>ius puniendi</i> (O1, O2).
Culpabilidad y móvil de piedad	Móvil altruista depura finalidades espurias; relevancia de error de tipo/prohibición e inexigibilidad.	CP Perú, art. 112; doctrina penal.	Ajuste valorativo de la respuesta penal (O1).
Figuras sanitarias próximas	Adecuación del esfuerzo terapéutico, retiro de soporte y paliativos no son “matar”; se rigen por <i>lex artis</i> y consentimiento informado.	Ley 29414; Ley 30846; CMP 2025.	Diferenciación práctica y criterios de salvaguarda (O3).
Antinomias y armonización	Fricción entre tutela penal de la vida y bloque sanitario–deontológico; necesidad de salvaguardas y diseño regulatorio.	Ley 29414/30846; CP 112; comparado (C-233/21; <i>Haas</i> ; 242/2019; <i>Glucksberg</i>).	Insumo para propuesta normativa–procedimental (O4).

2.1.3. Derechos del paciente y estándares sanitarios en Perú (O1–O3)

2.1.3.1. Derechos informacionales y consentimiento informado

El punto de partida del estándar sanitario peruano es el bloque de derechos del paciente. En materia de información, la Ley N.º 29414 reconoce, entre otros, el derecho:

“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.”

Este derecho informacional se articula con el consentimiento informado, atendiendo a la naturaleza y riesgo de los procedimientos:

“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones.”

“Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica u otras prácticas que puedan afectar la integridad de la persona, supuestos en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”

Desde la deontología, el Código de Ética del CMP (2025) refuerza el estándar: “En pacientes que requieren tratamiento médico, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...” (art. 92).

2.1.3.2. Derecho a aceptar o rechazar tratamientos y respeto del proceso natural de morir

La capacidad de decidir sobre el propio cuerpo incluye aceptar o rechazar intervenciones y decidir la continuidad de tratamientos, con advertencia explícita de consecuencias:

“A ser informado sobre su decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.”

En el tramo final de vida, la ley reconoce con claridad el derecho:

“A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.”

Este reconocimiento normativo es el que, dogmáticamente, separa las prácticas sanitarias ajustadas a *lex artis* (limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico, retiro proporcional de soporte) de cualquier conducta que tenga por objetivo directo la muerte.

2.1.3.3. Segunda opinión, interconsulta y juntas médicas

La Ley N.º 29414 garantiza la segunda opinión clínica en cualquier momento de la atención, lo que actúa como salvaguarda frente a riesgos de error o sesgo:

“A solicitar la opinión de otro médico, distinta a la que la institución ofrece, en cualquier momento de la etapa de su atención o tratamiento...”

El Código de Ética del CMP añade garantías instrumentales: “Es deber del médico tratante informar al paciente que tiene derecho a solicitar una segunda opinión” (art. 114)

y prevé la interconsulta o la convocatoria de una junta médica (art. 115), con reglas de confidencialidad y registro.

Estas previsiones operativas son claves en decisiones de alta complejidad (fin de vida), porque habilitan verificación independiente y deliberación interdisciplinaria, condiciones necesarias para construir consentimientos informados cualificados.

2.1.3.4. Cuidados paliativos como estándar de calidad y deber de organización estatal

La Ley N.º 30846 crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos y fija como objetivo general:

“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.”

El plan atiende enfermedades crónicas progresivas y debe contener:

“Apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.”

La ley, además, establece obligaciones de gestión (plazos para reglamentación y elaboración del plan), reafirmando el deber estatal de organización en salud.

Este estándar paliativo no sustituye a otras decisiones de fin de vida, pero sí integra un piso mínimo de alivio del sufrimiento, soporte psicosocial y acompañamiento familiar que debe ofrecerse de forma oportuna y equitativa.

2.1.3.4. Ética clínica: no encarnizamiento, límites del acto médico y autonomía del paciente

El Código de Ética del CMP establece prohibiciones y deberes de cuidado proporcional:

“El médico no debe incurrir en el encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal la adopción de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no beneficien al paciente, que le generen grandes sufrimientos y prolonguen la situación terminal.” (art. 110).

“El médico debe respetar la voluntad anticipada del paciente dentro del marco legal y ético... El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona.” (art. 111).

Estas reglas delimitan el campo de la ética clínica: proporcionalidad terapéutica, respeto a las decisiones anticipadas y no instrumentalización del paciente. Se complementan con el deber de solicitar consentimiento por escrito en procedimientos de riesgo mayor que el mínimo (art. 92).

2.1.3.5. Convergencia para salvaguardas y articulación con el diseño regulatorio (O3)

De la conjunción de estas fuentes se derivan salvaguardas mínimas para decisiones libres al final de la vida:

- (i) Información comprensible y completa; (ii) consentimiento informado cualificado y, cuando corresponda, por escrito; (iii) segunda opinión e interconsulta/junta médica; (iv) integración de cuidados paliativos con enfoque integral e intercultural; (v) prohibición de encarnizamiento y

respeto de voluntades anticipadas; y (vi) registro/trazabilidad clínica. Estas salvaguardas soportan las propuestas de diseño regulatorio (O4) y diferencian, en clave práctica, las actuaciones sanitarias conformes a *lex artis* de los supuestos que colisionan con el tipo penal del art. 112 CP.

Tabla 3.

Síntesis Derechos del paciente y estándares sanitarios en Perú

Eje / Derecho	Cita textual (completa)	Norma / Art.	Uso en la tesis	Fuente (APA breve)
Información comprensible	“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.”	Ley 29414	Estándar informacional para consentimiento y decisiones al final de la vida	Perú, Ley 29414 (2009).
Consentimiento informado (general)	“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones.”	Ley 29414	Pilar de autonomía; base para consentimiento cualificado	Perú, Ley 29414 (2009).
Consentimiento por escrito (riesgo > mínimo)	“Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica u otras prácticas que puedan afectar la integridad de la persona, supuestos en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”	Ley 29414	Exigencia documental en altos riesgos; insumo de salvaguardas	Perú, Ley 29414 (2009).
Rechazo o discontinuación de tratamientos	“A ser informado sobre su decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse	Ley 29414	Diferenciación con art. 112 CP; adecuación del esfuerzo terapéutico	Perú, Ley 29414 (2009).

	anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.”				
Respeto del proceso natural de morir	“A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.”	Ley 29414	Marco para decisiones de fin de vida conforme a lex artis	Perú, Ley 29414 (2009).	
Segunda opinión	“A solicitar la opinión de otro médico, distinta a la que la institución ofrece, en cualquier momento de la etapa de su atención o tratamiento...”	Ley 29414	Salvaguarda clínica (verificación independiente)	Perú, Ley 29414 (2009).	
Deber de informar 2.ª opinión e interconsulta/junta	“Es deber del médico tratante informar al paciente que tiene derecho a solicitar una segunda opinión” / “El médico puede solicitar una interconsulta o convocar una junta médica...”	CMP 2025 (arts. 114 y 115)	Procedimientos de control y deliberación interdisciplinaria	CMP, Código de Ética (2025).	
Prohibición de encarnizamiento terapéutico	“El médico no debe incurrir en el encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal la adopción de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no beneficien al paciente, que le generen grandes sufrimientos y prolonguen la situación terminal.”	CMP 2025 (art. 110)	Criterio bioético para limitar intervenciones no beneficiosas	CMP, Código de Ética (2025).	
Voluntades anticipadas y límites del acto médico	“El médico debe respetar la voluntad anticipada del paciente dentro del marco legal y ético... El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona.”	CMP 2025 (art. 111)	Delimitación ética (autonomía vs. finalidad del acto médico)	CMP, Código de Ética (2025).	
Consentimiento escrito (regla deontológica)	“En pacientes que requieren tratamiento médico... que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...”	CMP 2025 (art. 92)	Refuerzo de la exigencia documental (riesgo)	CMP, Código de Ética (2025).	
Objetivo de los cuidados paliativos	“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.”	Ley 30846	Piso de calidad para alivio del sufrimiento	Perú, Ley 30846 (2018).	
Contenidos mínimos de paliativos	“Apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.”	Ley 30846	Enfoque integral e intercultural	Perú, Ley 30846 (2018).	

Obligaciones de gestión estatal	(Reglamentación y elaboración del Plan	Ley	Deber	de	Perú, Ley
	Paliativos en plazos; organización del servicio)	30846	organización y acceso equitativo		30846 (2018).

2.1.4. Modelos y estándares comparados trasladables (O2)

2.1.4.1. Colombia: dignidad/autonomía, tríada del derecho a morir dignamente y límites del ius puniendi

Colombia ha construido un corpus coherente que conecta dignidad, autonomía y vida digna con la idea de que la vida no se reduce a mera subsistencia biológica. En C-239/97, la Corte sostuvo que “el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad” y que “Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana” (Corte Constitucional de Colombia, 1997).

Incluso reconoció que, en circunstancias terminales con dolores incompatibles con la dignidad, “El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir” (Corte Constitucional de Colombia, 1997).

Más tarde, en C-233/21, la Corte sistematizó la tríada del derecho a morir dignamente como facetas complementarias, no excluyentes: cuidados paliativos, adecuación/suspensión del esfuerzo terapéutico y prestaciones eutanásicas: “Es imprescindible dejar sentada con claridad la siguiente subregla jurisprudencial: el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas” (Corte Constitucional de Colombia, 2021).

Y precisó que “no existe una disyunción excluyente entre los cuidados paliativos y las prestaciones concretas para el tránsito a la muerte digna” (Corte Constitucional de Colombia, 2021).

En C-164/22, el tribunal fijó límites materiales al *ius puniendi*: perseguir penalmente al médico que asiste, bajo condiciones estrictas de autonomía y sufrimiento grave, “excede indudablemente los límites del orden constitucional” y es “una intervención absolutamente desproporcionada”, recordando el principio de *última ratio* (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

Además, distinguió despenalización (quitar del catálogo penal) y regulación (diseño de mecanismos) —“Lo primero es el campo de acción de este tribunal... mientras lo segundo corresponde al legislador y el ejecutivo”— y aclaró que de la despenalización “no se derivan obligaciones prestacionales, sino obligaciones negativas” de no castigar (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

La misma sentencia enunció cinco principios que limitan el poder punitivo: necesidad/mínima intervención, exclusiva protección de bienes jurídicos, legalidad/lesividad, culpabilidad y proporcionalidad (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

Claves trasladables a Perú. (i) Concepción sustantiva de vida digna (no mera biología); (ii) estructura trinodal (paliativos–adecuación–prestaciones) para ordenar decisiones de fin de vida; (iii) *última ratio* penal y distinción despenalizar/reglamentar para asegurar salvaguardas sin desproteger bienes jurídicos.

2.1.4.2. Italia: no punibilidad condicionada y deber de regulación (Sentenza n. 242/2019)

La Corte costituzionale definió un ámbito acotado de no punibilidad de la ayuda al suicidio cuando concurren cuatro requisitos cumulativos: patología irreversible, sufrimientos físicos o psicológicos absolutamente intolerables, sostén vital y capacidad para decisiones libres y conscientes. Mantener un “veto indiscriminado” en esos casos lesiona la autodeterminación y la dignidad (Corte costituzionale, 2019).

La Corte, no obstante, instó a una disciplina legal específica para evitar abusos y proteger a personas vulnerables (Corte costituzionale, 2019).

Claves trasladables. (i) Criterios sustantivos de elegibilidad (irreversibilidad, intolerabilidad, dependencia de soporte vital, capacidad); (ii) centralidad del consentimiento libre e informado; (iii) exigencia de regulación con controles procedimentales.

2.1.4.3. Europa (TEDH): vida privada, margen de apreciación y salvaguardas (Haas v. Suiza, 2011)

El TEDH reconoció que “El derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida, siempre que sea capaz de tomar libremente una decisión... es uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada en el sentido del artículo 8” del Convenio; sin embargo, subrayó la falta de consenso europeo y el amplio margen de apreciación estatal, destacando la exigencia de prescripción médica y evaluación para prevenir abusos, especialmente en países con acceso relativamente fácil al suicidio asistido; no hubo violación del art. 8 en el caso (TEDH, 2011).

Claves trasladables. (i) Enfoque de vida privada con eje en decisiones libres; (ii) salvaguardas clínicas (receta/evaluación) como condición de legitimidad; (iii) deferencia regulatoria (margen de apreciación) para diseñar controles.

2.1.4.4. Estados Unidos: ausencia de derecho fundamental y control de base racional (*Washington v. Glucksberg*, 1997)

La Corte Suprema sostuvo que no existe un derecho fundamental a la ayuda para morir dentro de la tradición constitucional estadounidense y que la descripción del interés debe ser cuidadosa (“a ‘careful description’ of the asserted fundamental liberty interest”); el tribunal es “reacio a expandir” el debido proceso sustantivo y valida las prohibiciones si están racionalmente relacionadas con fines legítimos como preservar la vida, prevenir el suicidio, proteger la ética médica y evitar deslizamientos hacia la eutanasia (U.S. Supreme Court, 1997).

Claves trasladables. (i) Relevancia del test de racionalidad para medir restricciones; (ii) catálogo de intereses estatales a ponderar en cualquier diseño peruano; (iii) utilidad metodológica de la descripción precisa del interés protegido.

2.1.4.5. Síntesis de subreglas trasladables y criterios de adaptación al Perú

A partir de estos modelos, se identifican subreglas que pueden trasladarse al contexto constitucional y sanitario peruano:

- Vida digna $\neq$ mera subsistencia; autonomía del titular para decidir (con garantías) sobre compatibilidad entre vida y dignidad. Soporte: C-239/97 (“el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia...”; “Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir...”).

- Tríada operativa del derecho a morir dignamente: paliativos, adecuación terapéutica y prestaciones eutanásicas complementarias (no excluyentes). Soporte: C-233/21.
- Última ratio penal y límites al ius puniendi (necesidad, lesividad, culpabilidad, proporcionalidad). Soporte: C-164/22 (“excede indudablemente...”; “última ratio”; cinco principios).
- Despenalizar $\neq$ regular: la primera impone obligaciones negativas de no castigar; la segunda, diseño de procedimientos y controles. Soporte: C-164/22.
- Criterios sustantivos y procedimentales de elegibilidad (irreversibilidad, sufrimiento intolerable, sostén vital, capacidad; consentimiento libre; comités; segundas opiniones; plazos de reflexión; registro y auditoría). Soporte: Sent. 242/2019 (It.); C-233/21; T-544/17 (comités NNA).
- Salvaguardas clínicas exigibles (receta y evaluación) y margen de apreciación para el diseño regulatorio. Soporte: Haas v. Suiza.
- Intereses estatales legítimos a preservar en cualquier rediseño (preservación de la vida, prevención del suicidio no libre, protección de vulnerables, integridad de la profesión, evitar deslizamientos). Soporte: Glucksberg.

Criterios de adaptación al Perú. La constitución (arts. 1, 2.1, 3, 7, 9, 11) y el bloque sanitario-deontológico (Ley 29414, Ley 30846, CMP 2025) proveen anclajes para traducir estas subreglas:

- El art. 3 (cláusula abierta) permite integrar derechos análogos fundados en la dignidad (consentimiento informado, adecuación terapéutica,

planificación anticipada), mientras los arts. 7, 9 y 11 obligan al Estado a organizar servicios y supervisar su funcionamiento (Constitución del Perú).

- Las salvaguardas (capacidad, consentimiento cualificado, segunda opinión, comités, paliativos integrados, objeción de conciencia, trazabilidad y auditoría) pueden normarse vía ley y directivas sanitarias, respetando la última ratio penal (C-164/22) y el estándar de vida privada con controles (Haas).

Con ello, el diseño peruano puede armonizar la protección de la vida con la autonomía y la dignidad, evitando tanto el encarnizamiento terapéutico como la clandestinidad, y brindando seguridad jurídica a pacientes y profesionales.

Tabla 4.

Síntesis Modelos y estándares comparados trasladables

Subregla trasladable	Cita textual (completa)	Fuente (APA breve)	Aplicación propuesta en Perú (y vínculo con objetivos)
Vida digna ≠ mera subsistencia	“el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad.”	Corte Constitucional de Colombia, C-239/97.	Interpretación constitucional pro-dignidad (arts. 1, 2.1, 3 Const. Perú) para decisiones de fin de vida. O2–O4.
Autonomía decisional del titular	“Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana.”	Corte Constitucional de Colombia, C-239/97.	Refuerzo del consentimiento informado y de voluntades anticipadas; base para protocolos de evaluación de capacidad. O2–O3.

Estado y límites frente a decisión libre del paciente	“El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad.”	Corte Constitucional de Colombia, C-239/97.	Delimita intervención punitiva y guía el test de proporcionalidad en casos excepcionales. O2–O4.
Triada del derecho a morir dignamente (facetas complementarias)	“Es imprescindible dejar sentada con claridad la siguiente subregla jurisprudencial: el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas.” / “no existe una disyunción excluyente entre los cuidados paliativos y las prestaciones concretas para el tránsito a la muerte digna.”	Corte Constitucional de Colombia, C-233/21.	Estructura de políticas: paliativos + adecuación terapéutica + prestaciones como paquete integrado. O2–O3.
Última ratio y desproporcionalidad penal	“excede indudablemente los límites del orden constitucional colombiano... Perseguir penalmente al médico... no sólo no tutela ningún bien jurídico... sino que... debiera ser la última ratio... resulta una intervención absolutamente desproporcionada.”	Corte Constitucional de Colombia, C-164/22.	Calibrar art. 112 CP con mínima intervención y proporcionalidad; sustento de armonización penal-sanitaria. O1–O2.
Despenalizar ≠ regular (obligaciones negativas vs. diseño procedimental)	“Lo primero es el campo de acción de este tribunal... mientras lo segundo corresponde al legislador y el ejecutivo.” / “De la despenalización no se derivan obligaciones prestacionales, sino obligaciones negativas.”	Corte Constitucional de Colombia, C-164/22.	Ruta peruana: separación entre ámbito penal (no punir supuestos estrictos) y regulación sanitaria (procedimientos y controles). O4.
Límites del <i>ius puniendi</i>: principios guía	“cinco principios que limitan el poder punitivo... (a) necesidad y mínima intervención penal... (última ratio); (b) exclusiva protección de bienes jurídicos; (c) legalidad estricta... y lesividad; (d) culpabilidad; (e) racionalidad y proporcionalidad.”	Corte Constitucional de Colombia, C-164/22.	Marco para evaluar cualquier reforma: necesidad–lesividad–culpabilidad–proporcionalidad. O2–O4.
Vida privada (art. 8 CEDH) y salvaguardas clínicas	“El derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida... es uno de los aspectos del derecho al respeto de la	TEDH, <i>Haas v. Suiza</i> (2011).	Reconocer decisión libre dentro de vida privada con controles (receta,

	vida privada...” / “Los Estados... están lejos de haber alcanzado un consenso... De ello se deduce... un margen de apreciación considerable...” / “La exigencia de obtener una prescripción médica... proteger... de decisiones precipitadas y evitar abusos...”		evaluación), y margen nacional para diseñar salvaguardas. O2–O4.
No punibilidad condicionada (cuatro requisitos) y deber de regulación	“non è punibile l’aiuto al suicidio... [persona] tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale... patologia irreversibile, sofferenze fisiche o psicologiche... intollerabili, capace di prendere decisioni libere e consapevoli... [con] disciplina legale per prevenire abusi.”	Corte costituzionale, <i>Sent. n. 242/2019</i> .	Criterios sustantivos (4 requisitos) + procedimentales; base para comité, segunda opinión, plazos, registro y auditoría. O3–O4.
Ausencia de derecho fundamental y base racional	“a ‘careful description’ of the asserted fundamental liberty interest.” / “have always been reluctant to expand the concept of substantive due process...” / “These interests include... preserving human life; preventing... suicide; protecting the medical profession’s integrity... and avoiding a possible slide toward... euthanasia.”	U.S. Supreme Court, <i>Washington v. Glucksberg</i> (1997).	Catálogo de intereses estatales y test de razonabilidad para la regulación peruana; precisión del interés protegido. O2–O4.
Órdenes estructurales: comités y diseño institucional	“ORDENAR... promover... directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios... para garantizar el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes... presentar –dentro del año siguiente– un proyecto de ley...”	Corte Constitucional de Colombia, <i>T-544/17</i> .	Hoja de ruta institucional (comités, lineamientos, proyecto de ley) replicable en MINSA/EsSalud. O3–O4.

2.1.5. Salvaguardas y procedimientos mínimos para decisiones libres (O3)

2.1.5.1. Evaluación de capacidad decisional y libertad de la decisión

La primera salvaguarda es confirmar que la decisión sea libre, informada y competente. En el Perú, la Ley 29414 exige que el consentimiento sea “libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad” y que se otorgue para los procedimientos de salud “en especial en las siguientes situaciones” (alto riesgo, etc.).

En la práctica clínica, ello se concreta con valoración de capacidad decisional y descarte de coacción. El estándar europeo converge: el TEDH ha reconocido que “el derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida, siempre que sea capaz de tomar libremente una decisión...” integra la vida privada del artículo 8 CEDH; a la vez, resalta la necesidad de controles para asegurar decisiones libres.

2.1.5.2. Consentimiento informado cualificado y documentación reforzada

La decisión debe apoyarse en un proceso de información suficiente y documentado. La Ley 29414 garantiza el derecho “a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada” sobre diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, incluidos riesgos y advertencias.

Cuando el riesgo supera el mínimo, el consentimiento “debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión”.

El Código de Ética del CMP refuerza esta exigencia: “el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito” en procedimientos de riesgo mayor.

Implicación operativa: formularios estandarizados, lenguaje claro, registro del iter informativo y verificación de comprensión.

2.1.5.3. Plazo de reflexión y persistencia de la voluntad

En decisiones de alta trascendencia, es recomendable un plazo razonable de reflexión y una verificación de persistencia de la voluntad. Aunque la Ley 29414 no fija un tiempo específico, su mandato de consentimiento libre y no viciado y por escrito en supuestos de riesgo proporciona base para incorporar (por directiva sanitaria) un doble

momento de decisión (entrevista inicial y confirmación posterior), análogo a buenas prácticas comparadas (Italia exige disciplina legal específica para prevenir abusos).

2.1.5.4. Segunda opinión independiente y comités interdisciplinarios

La Ley 29414 reconoce el derecho “a solicitar la opinión de otro médico... en cualquier momento de la etapa de su atención o tratamiento”.

El Código de Ética ordena que el tratante informe este derecho y prevé interconsulta o junta médica.

En el comparado, la Corte colombiana ordenó al Ministerio de Salud “promover... directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios” para garantizar la muerte digna (T-544/17).

Implicación operativa: segunda opinión externa e independiente; comité (medicina, bioética, psicología, trabajo social, legal) que verifique capacidad, ausencia de coacción, completitud informativa y alternativas (paliativos).

2.1.5.5. Integración obligatoria de cuidados paliativos

Los paliativos son salvaguarda clínica y ética indispensable. La Ley 30846 fija como objetivo “asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible” del paciente y su entorno, incluyendo “apoyo espiritual y psicológico... con enfoque intercultural”.

Además, establece obligaciones de gestión (reglamentación y plan).

Implicación operativa: evaluación paliativa previa y documentada como condición de procedencia; oferta efectiva y no meramente formal.

2.1.5.6. Objeción de conciencia y deber de derivación

La ética médica peruana exige respetar voluntades anticipadas y, a la vez, delimita el acto profesional: “El médico debe respetar la voluntad anticipada del paciente... El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona.” (CMP, art. 111).

En el debate público nacional (estado del arte), se resalta la necesidad de proteger la objeción de conciencia y evitar su uso obstructivo, asegurando derivación oportuna (UCSP, “La eutanasia en debate”).

Implicación operativa: reconocer objeción individual con deber de derivación a un equipo no objetor; prohibición de objeción institucional que bloquee el acceso legal.

2.1.5.7. Registro, trazabilidad, reporte y verificación externa

El estándar documental es parte de la salvaguarda. La Ley 29414 exige consentimiento por escrito en supuestos de riesgo, “en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión”.

Implicación operativa: historia clínica con anexos (formularios de información/consentimiento; informes de capacidad; constancia de segunda opinión; acta de comité); reporte anonimizados a una unidad supervisora del MINSA/EsSalud para auditoría.

2.1.5.8. Protección de personas vulnerables y control de abusos

Toda salvaguarda debe cubrir vulnerabilidades (edad, discapacidad, pobreza, fragilidad psicosocial). El TEDH justificó la prescripción médica y evaluación para “proteger a todos de decisiones precipitadas y de evitar abusos... y, en particular, que una

persona falto de discernimiento no obtenga una dosis letal**” (paráfrasis de los objetivos) —criterio que recoge el fallo Haas.

En línea convergente, la Corte de EE. UU. validó prohibiciones orientadas a “proteger... a los pobres, los ancianos, las personas con discapacidad... y evitar un posible deslizamiento hacia la eutanasia”.

Implicación operativa: tamizaje psicosocial, evaluación psiquiátrica cuando corresponda, y umbrales probatorios más altos si existen indicadores de vulneración (dependencia, violencia, coerción).

2.1.5.9. Procedimiento-guía propuesto (esquema operativo)

(i) Solicitud inicial del paciente → (ii) información integral (Ley 29414) y oferta de paliativos (Ley 30846) → (iii) evaluación de capacidad y ausencia de coacción → (iv) segunda opinión independiente → (v) comité interdisciplinario (verifica criterios, persistencia de voluntad y alternativas) → (vi) plazo de reflexión y confirmación → (vii) documentación/actas (consentimiento escrito, informes) → (viii) reporte a unidad supervisora → (ix) ejecución dentro de *lex artis* o, si no procede, plan de cuidados reforzado.

Este flujo armoniza el bloque sanitario peruano con estándares comparados: tríada colombiana (paliativos–adecuación–prestaciones), disciplina legal italiana para evitar abusos, y controles clínicos europeos.

2.1.5.10. Síntesis

Las salvaguardas aquí descritas (capacidad, consentimiento cualificado, reflexión, segunda opinión, comités, paliativos, objeción con derivación, trazabilidad y supervisión) operativizan la dignidad y la autonomía sin desconocer la protección de la vida y de

poblaciones vulnerables. Constituyen, por tanto, el puente entre el bloque sanitario–deontológico peruano y un diseño regulatorio que respete la última ratio penal y proporcione seguridad jurídica a pacientes y profesionales (O3–O4).

Tabla 5.

Salvaguardas y procedimientos mínimos para decisiones libres

Salvaguarda / Procedimiento	Cita textual completa	Instrumento / Actor responsable	Evidencia requerida
Evaluación de capacidad y decisión libre	“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones.”	Médico tratante; soporte de psicología/psiquiatría cuando corresponda	Informe de capacidad decisional; nota de descarte de coacción; registro en historia clínica
Información comprensible y completa	“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.”	Médico tratante / equipo asistencial	Hoja de información firmada; constancia de absolución de dudas
Consentimiento informado por escrito (riesgo > mínimo)	“Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica u otras prácticas que puedan afectar la integridad de la persona, supuestos en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”	Médico tratante; establecimiento de salud	Formulario oficial de consentimiento; anexos informativos

Segunda opinión independiente (derecho del paciente)	“A solicitar la opinión de otro médico, distinta a la que la institución ofrece, en cualquier momento de la etapa de su atención o tratamiento...”	Médico especialista externo; coordinación del establecimiento	Informe de segunda opinión firmado; registro en historia clínica
Deber de informar la 2.ª opinión	“Es deber del médico tratante informar al paciente que tiene derecho a solicitar una segunda opinión”	Médico tratante	Constancia en HC de que se informó el derecho; firma del paciente
Interconsulta y/o Junta médica	“El médico puede solicitar una interconsulta o convocar una junta médica...”	Jefatura de servicio; médicos interconsultores	Acta de junta; conclusiones y recomendaciones; firmas
Comités interdisciplinarios	“ORDENAR... directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios... para garantizar el derecho a la muerte digna...”	MINSA/EsSalud; direcciones hospitalarias	Resolución de creación del comité; reglamento; actas de evaluación
Integración obligatoria de cuidados paliativos	“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.”	Unidad/Equipo de Cuidados Paliativos; red asistencial	Evaluación paliativa previa; plan de manejo; constancia de oferta efectiva
Contenido integral de paliativos	“Apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.”	Paliativos; psicología; trabajo social; capellanía/acompañamiento	Registro de apoyo psicológico/espiritual; intervención de trabajo social
Respeto del proceso natural de morir	“A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.”	Equipo tratante; comité/junta cuando corresponda	Plan de adecuación del esfuerzo terapéutico; órdenes médicas; consentimiento
Prohibición de encarnizamiento terapéutico	“El médico no debe incurrir en el encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal la adopción de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no benefician al paciente, que le generen grandes sufrimientos y prolonguen la situación terminal.”	Médico tratante; comité de ética asistencial	Nota de proporcionalidad terapéutica; decisión clínica motivada

Voluntades anticipadas y límites del acto médico	“El médico debe respetar la voluntad anticipada del paciente dentro del marco legal y ético... El médico no debe realizar acciones cuyo objetivo directo sea la muerte de la persona.”	Médico tratante; consultoría legal; bioética	Registro de voluntad anticipada; ruta de derivación si hay objeción
Controles clínicos: prescripción y evaluación	“La exigencia de obtener una prescripción médica persigue, entre otros, los objetivos legítimos de proteger a todos de decisiones precipitadas y de evitar abusos y, en particular, de garantizar que un paciente falto de discernimiento no obtenga una dosis letal de pentobarbital sódico.”	Médico responsable; evaluación psiquiátrica/psicológica cuando corresponda	Receta (si aplica); informe de evaluación mental; checklist de elegibilidad
Protección de vulnerables y evitar deslizamientos	“These interests include prohibiting intentional killing and preserving human life; preventing the serious public-health problem of suicide ...; protecting the medical profession’s integrity and ethics and maintaining physicians’ role as their patients’ healers; protecting the poor, the elderly, disabled persons, the terminally ill, and persons in other vulnerable groups ...; and avoiding a possible slide toward voluntary and perhaps even involuntary euthanasia.”	Unidad supervisora (MINSA/EsSalud); comités; control interno	Tamizaje psicosocial; verificación de ausencia de coerción; auditorías
Documentación, trazabilidad y reporte	“...el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”	Establecimiento de salud; control de calidad; auditoría	Carpeta con consentimientos, informes de segunda opinión, actas de comité, reportes anonimizados

2.1.6. Marco analítico para el diseño regulatorio peruano (O4)

2.1.6.1. Principios rectores de armonización

El diseño regulatorio debe partir de una concordancia práctica entre: (i) dignidad/autonomía del paciente y (ii) protección de la vida y de las personas vulnerables. En el plano sanitario, la autonomía se concreta mediante información comprensible y consentimiento informado (“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad”, Ley 29414).

A la vez, el Estado debe organizar paliativos como piso de calidad de atención (“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos... a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores”, Ley 30846).

En el plano comparado, la última ratio y la proporcionalidad del ius puniendi acotan la respuesta penal: perseguir al médico en supuestos estrictos de autonomía y sufrimiento “excede indudablemente los límites del orden constitucional” y es “absolutamente desproporcionado” (C-164/22).

2.1.6.2. Objetivos del modelo regulatorio

El modelo debe asegurar simultáneamente:

a) Decisiones libres e informadas (consentimiento cualificado y escrito en supuestos de alto riesgo). “...el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión” (Ley 29414).

b) Alivio del sufrimiento y calidad de vida (paliativos integrados: apoyo psicológico/espiritual con enfoque intercultural). “Apoyo espiritual y psicológico... con enfoque intercultural” (Ley 30846).

c) Protección de vulnerables y prevención de abusos, mediante controles clínicos y procedimentales. El TEDH justifica la prescripción y la evaluación para “proteger a todos de decisiones precipitadas y de evitar abusos...” (Haas).

d) Seguridad jurídica para profesionales e instituciones (trazabilidad, auditoría y reglas claras).

e) Coherencia con la última ratio del derecho penal (C-164/22).

2.1.6.3. Ámbito de aplicación y criterios sustantivos de elegibilidad

Una vía practicable en Perú —compatible con el bloque sanitario— es adoptar criterios sustantivos y acumulativos para supuestos excepcionales, siguiendo el estándar italiano: patología irreversible, sufrimientos físicos o psicológicos absolutamente intolerables, mantenimiento por tratamientos de sostén vital y capacidad para decisiones libres y conscientes (Sentenza 242/2019).

La Corte italiana advirtió que un “veto indiscriminado” en tales casos lesiona autodeterminación y dignidad, pero instó a una disciplina legal para prevenir abusos.

En el enfoque colombiano, estas situaciones no excluyen la tríada de atención: paliativos, adecuación/suspensión del esfuerzo terapéutico y, en su caso, prestaciones eutanásicas complementarias (C-233/21).

2.1.6.4. Procedimiento general (flujo operativo)

Fase 1 – Información y valoración clínica. Entrega de información comprensible y completa (Ley 29414).

Evaluación de capacidad y descarte de coacción; oferta efectiva de paliativos (Ley 30846).

Fase 2 – Consentimiento cualificado. Consentimiento escrito en documento oficial para supuestos de alto riesgo (Ley 29414) y verificación de comprensión.

Fase 3 – Segunda opinión y Comité. Derecho del paciente a segunda opinión (“A solicitar la opinión de otro médico...”, Ley 29414).

Deber del tratante de informarlo y posibilidad de interconsulta/junta (CMP, arts. 114–115).

Organización de comités interdisciplinarios con directrices formales (T-544/17).

Fase 4 – Reflexión y confirmación. Establecer un plazo de reflexión razonable y confirmar la persistencia de la voluntad (en línea con el llamado italiano a regulación preventiva de abusos).

Fase 5 – Ejecución conforme a *lex artis* o plan alternativo (adecuación del esfuerzo/paliativos reforzados), con trazabilidad documental.

2.1.6.5. Salvaguardas y controles (clínicos, deontológicos e institucionales)

- Consentimiento por escrito y documentación del proceso informativo (Ley 29414; CMP).
- Segunda opinión independiente y Comité interdisciplinario (Ley 29414; CMP; T-544/17).
- Paliativos integrados con apoyo psicológico/espiritual y enfoque intercultural (Ley 30846).
- Proporcionalidad terapéutica y prohibición de encarnizamiento (CMP, art. 110).
- Controles clínicos exigibles: prescripción/evaluación para evitar abusos (Haas).

- Objeción de conciencia individual con deber de derivación (delimitación ética del acto médico en CMP, art. 111).

2.1.6.6. Roles institucionales y arquitectura de gobernanza

- Normación y supervisión: el sector salud debe expedir directivas (líneas de base clínicas/procedimentales) y supervisar su cumplimiento; en Colombia, la Corte ordenó “directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios” (T-544/17), pauta que puede replicarse en MINSA/EsSalud.
- Implementación asistencial: establecimientos de salud crean Comités y aseguran segunda opinión, juntas y registro. (Ley 29414; CMP).
- Red de paliativos: desarrollo y cobertura del Plan de Cuidados Paliativos (Ley 30846).

2.1.6.7. Evaluación, trazabilidad y rendición de cuentas

La trazabilidad es condición de legitimidad: el expediente debe contener consentimiento escrito, informes de capacidad, segunda opinión, actas de Comité y oferta de paliativos. La Ley 29414 exige que el consentimiento “conste por escrito...” y “visibilice el proceso de información y decisión”.

Para la rendición de cuentas, se sugiere reporte anonimizado a una unidad supervisora y auditorías periódicas (en línea con los fines estatales de proteger vida, prevenir suicidio no libre, proteger a vulnerables y la ética médica, reconocidos por la Corte estadounidense).

2.1.6.8. Compatibilidad penal y delimitación de no punibilidad

Una cláusula de no punibilidad condicionada —con criterios sustantivos (como en Italia) y salvaguardas procedimentales— permite armonizar el art. 112 CP con la autonomía y la dignidad, manteniendo la última ratio del derecho penal (C-164/22).

A la vez, debe ponderar los intereses estatales legítimos (preservar vida, prevenir suicidio no libre, proteger vulnerables y ética profesional, evitar deslizamientos), que justifican controles estrictos (Glucksberg).

2.1.6.9. Síntesis operativa

El marco analítico propuesto articula: (i) autonomía y dignidad (información, consentimiento cualificado, voluntad persistente), (ii) paliativos integrados y proporcionalidad clínica, (iii) controles (segunda opinión, Comité, evaluación/receta), (iv) trazabilidad y auditoría, y (v) última ratio penal con una zona condicionada de no punibilidad. Con ello se armoniza la protección de la vida con decisiones libres e informadas, se protege a vulnerables y se otorga seguridad jurídica a pacientes y profesionales (O4).

Tabla 6.

Síntesis Marco analítico para el diseño regulatorio peruano

Componente del marco	Subregla / principio (cita textual completa)	Fuente (APA breve)	Instrumento / Actor en Perú	Evidencia / Documento	Objetivo
Autonomía y consentimiento	“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en	Perú, Ley 29414 (2009)	Establecimiento de salud; médico tratante	Formato oficial de consentimiento informado	O4

	especial en las siguientes situaciones.”					
Información comprensible	“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias...”	Perú, Ley 29414 (2009)	Equipo asistencial	Hoja de información y constancia de comprensión	O4	
Paliativos (objetivo general)	“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.”	Perú, Ley 30846 (2018)	MINSA/EsSalud; redes asistenciales	Evaluación y plan paliativo integrado	O4	
Paliativos (contenido integral)	“Apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.”	Perú, Ley 30846 (2018)	Equipo de paliativos; psicología; trabajo social	Registro de apoyo psicológico/espiritual	O4	
Última ratio y desproporción penal	“excede indudablemente los límites del orden constitucional... Perseguir penalmente al médico... debiera ser la última ratio... resulta una intervención absolutamente desproporcionada.”	C. Const. Colombia, C-164/22 (2022)	Congreso; Poder Ejecutivo (alineación penal-sanitaria)	Informe técnico-jurídico de armonización	O4	

Límites al ius puniendi	“cinco principios que limitan el poder punitivo... (a) necesidad y mínima intervención penal... (última ratio); (b) exclusiva protección de bienes jurídicos; (c) legalidad estricta... y lesividad; (d) culpabilidad; (e) racionalidad y proporcionalidad.”	C. Const. Colombia, C-164/22 (2022)	Legislador; operadores penales	Matriz de principios aplicada a la O4 propuesta
Comités interdisciplinarios	“ORDENAR... directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios... para garantizar el derecho a la muerte digna...”	C. Const. Colombia, T-544/17 (2017)	MINSAL/EsSalud; hospitales	Resolución de creación y actas de comité O4
Controles clínicos (receta/evaluación)	“La exigencia de obtener una prescripción médica persigue, entre otros, los objetivos legítimos de proteger a todos de decisiones precipitadas y de evitar abusos y, en particular, de garantizar que un paciente falto de discernimiento no obtenga una dosis letal...”	TEDH, <i>Haas v. Suiza</i> (2011)	Médico responsable; evaluación mental	Receta (si aplica) + informe de capacidad O4
Documentación trazable	“...el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”	Perú, Ley 29414 (2009)	Establecimiento de salud	Carpeta: info + consentimiento + seg. opinión + actas O4

Deontología (consentimiento escrito)	“...procedimientos... que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...”	CMP, Código de Ética (2025), art. 92	Médico tratante	Consentimiento por escrito (riesgo > mínimo)	O4
Proporcionalidad clínica	“El médico no debe incurrir en el encamizamiento terapéutico... procedimientos... que no beneficien al paciente, que le generen grandes sufrimientos y prolonguen la situación terminal.”	CMP, Código de Ética (2025), art. 110	Médico; Comité de ética asistencial	Nota de adecuación del esfuerzo terapéutico	O4
Segunda opinión y deber de informar	“A solicitar la opinión de otro médico...” / “Es deber del médico tratante informar al paciente que tiene derecho a solicitar una segunda opinión”	Ley 29414 (2009) / CMP (2025)	Médico tratante; especialista externo	Informe de 2.ª opinión + constancia de información	O4
Criterios sustantivos de elegibilidad	“...patología irreversibile... sofferenze... intollerabili... tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale... capace di prendere decisioni libere e consapevoli... [y] disciplina legale per prevenire abusi.”	Corte costituzionale, Sent. 242/2019	Legislador; MINSA (directivas)	Protocolo con requisitos cumulativos	O4
Intereses estatales a proteger	“...preserving human life; preventing... suicide; protecting the medical profession’s integrity... protecting the poor, the elderly, disabled	<i>Washington v. Glucksberg</i> (1997)	Congreso; MINSA; supervisión	Informe de impacto regulatorio y auditorías	O4

persons... and avoiding a
possible slide toward...
euthanasia.”

2.1.7. Síntesis integradora (O1–O4)

La revisión de fuentes constitucionales, sanitarias, deontológicas y comparadas permite articular un marco coherente que resuelve la tensión entre la tutela penal de la vida y la autonomía-dignidad del paciente al final de la vida. En el bloque sanitario peruano, los derechos de la persona usuaria de salud colocan la información comprensible, completa y continuada como condición de posibilidad de decisiones libres —“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada... incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como... riesgos” (Ley 29414)—, y aseguran la emisión del consentimiento informado libre y voluntario, con exigencia de forma escrita cuando el riesgo supera el mínimo: “...el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión” (Ley 29414).

A este núcleo se añaden dos piezas que delimitan el campo de acción clínica en el final de vida: (i) el derecho a rehusar o discontinuar tratamientos, con deber de explicar consecuencias —“A ser informado sobre su decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento... La negativa... puede expresarse anticipadamente” (Ley 29414)—; y (ii) el respeto del proceso natural de morir en fase terminal —“A que se respete el proceso natural de su muerte...” (Ley 29414)—, lo que permite distinguir, dogmática y clínicamente, la adecuación del esfuerzo terapéutico de cualquier conducta que tenga por objetivo directo la muerte.

El eje de cuidados paliativos funciona como piso de calidad y garantía de no abandono: el Plan Nacional de Cuidados Paliativos fija como objetivo “asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores” e incorpora apoyo espiritual y psicológico con enfoque intercultural (Ley 30846).

Esta política pública, con plazos de reglamentación y elaboración del plan, expresa el deber de organización estatal.

Desde la deontología, el Código de Ética del CMP refuerza el estándar de consentimiento por escrito en procedimientos de riesgo mayor que el mínimo —“el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...” (art. 92)— y estructura un capítulo específico de respeto a los derechos del paciente (art. 100 y ss.), consolidando el mandato clínico de proporcionalidad y la proscripción del encarnizamiento.

En el derecho comparado, la doctrina constitucional colombiana ofrece tres subreglas trasladables: (a) una noción sustantiva de vida ligada a la dignidad “no puede reducirse a la mera subsistencia” y a la autonomía decisional “Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir...”; (b) la tríada del derecho a morir dignamente (paliativos, adecuación del esfuerzo, prestaciones eutanasicas) complementarias; y (c) la afirmación de la última ratio del ius puniendi, con límites de necesidad y proporcionalidad, y la distinción conceptual entre despenalizar (obligaciones negativas de no castigar) y regular (diseño de procedimientos y estructuras).

El TEDH reconoce, en la órbita del art. 8 CEDH, que “el derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida...” integra la vida privada, a la par que legitima salvaguardas clínicas (receta y evaluación) para evitar abusos, dentro

de un margen de apreciación estatal. Este enfoque converge con la arquitectura peruana de controles clínicos y comités. (Haas v. Suiza).

Por su parte, la Corte Suprema de EE. UU. identifica los intereses estatales a ponderar en cualquier diseño (preservar la vida, prevenir el suicidio, proteger a vulnerables y la integridad de la profesión, evitar deslizamientos) y exige una descripción cuidadosa del interés protegido (Glucksberg).

De esta convergencia se desprenden tres conclusiones integradoras:

(1) Sobre el problema dogmático (O1). El art. 112 CP (homicidio piadoso) requiere ser interpretado/armonizado a la luz del bloque sanitario y los principios de necesidad y proporcionalidad del poder punitivo. Mantener respuestas penales rígidas en escenarios excepcionales de autonomía plena y sufrimiento intolerable genera fricciones con derechos sanitarios vigentes (información, consentimiento, rechazo de tratamientos, respeto al proceso natural de morir) y con el estándar de última ratio reconocido por la jurisprudencia comparada. La solución no es la ausencia de control, sino recalibrar los umbrales y salvaguardas.

(2) Sobre el fundamento constitucional y bioético (O2). La dignidad articula la compatibilidad entre vida y autonomía: la vida, entendida axiológicamente, no se reduce a mantener funciones biológicas sino a vivir en condiciones dignas. Ello legitima, bajo controles estrictos, decisiones de adecuación terapéutica y, en supuestos excepcionales, acceso a prestaciones eutanásicas en diálogo con los cuidados paliativos (que no son excluyentes, sino complementarios).

(3) Sobre salvaguardas y diseño regulatorio (O3–O4). El núcleo de garantías peruano ya está delineado por ley y deontología: información y consentimiento escrito (Ley 29414; CMP), segunda opinión y juntas/comités (Ley 29414; CMP), paliativos

integrados con enfoque intercultural (Ley 30846), documentación trazable y evaluaciones clínicas para evitar abusos (Haas). La síntesis operativa sugiere: información integral → valoración de capacidad y descarte de coacción → consentimiento cualificado escrito → segunda opinión independiente → comité interdisciplinario → plazo de reflexión y confirmación → ejecución conforme a *lex artis* o plan alternativo (adecuación/paliativos reforzados), con reporte y auditoría.

En consecuencia, el núcleo teórico de esta tesis propone que la armonización entre derecho penal y derechos civiles-sanitarios no se alcanza por exclusión de uno u otro, sino por diseño institucional que sitúe la decisión final de vida bajo estándares de autonomía real, paliativos efectivos, controles clínicos y procedimentales y trazabilidad, reservando la respuesta penal para los casos que no satisfacen dichas salvaguardas (lesividad, coacción, fraude, aprovechamiento de vulnerabilidad). Esta síntesis cierra el bloque de bases teóricas (2.1) y habilita, en lo que sigue, el marco conceptual (2.2) y los antecedentes (2.3), así como el diseño metodológico cualitativo que permitirá contrastar empíricamente la viabilidad y congruencia del modelo propuesto.

Tabla 7.

Síntesis integradora

Eje integrador	Conclusión / subregla	Cita textual completa	Fuente (APA breve)	Aplicación en la tesis
Bloque sanitario (información)	La decisión libre exige información comprensible, completa y continuada.	“A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos,	Perú, Ley 29414 (2009).	Base de autonomía y de consentimiento cualificado. O2–O3

		contraindicaciones, precauciones y advertencias...”				
Bloque sanitario (consentimiento)	El consentimiento debe ser libre y voluntario; en alto riesgo, por escrito.	“A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicia su voluntad...” / “...el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”	Perú, Ley 29414 (2009).		Estándar documental y probatorio de decisiones de fin de vida. O3–O4	
Rechazo y proceso de morir	El paciente puede negar o discontinuar tratamientos; debe respetarse el proceso natural de morir.	“A ser informado sobre su decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento... La negativa... puede expresarse anticipadamente...” / “A que se respete el proceso natural de su muerte...”	Perú, Ley 29414 (2009).		Diferencia clínica con el art. 112 CP; soporte a adecuación del esfuerzo terapéutico. O1–O3	
Cuidados paliativos (objetivo)	Los paliativos son piso de calidad y apoyo integral.	“Asegurar la inclusión de los cuidados paliativos... a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.”	Perú, Ley 30846 (2018).		Oferta efectiva previa; alivio del sufrimiento como salvaguarda. O3–O4	
Cuidados paliativos (contenido)	Deben incluir apoyo psicológico y espiritual con enfoque intercultural.	“Apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.”	Perú, Ley 30846 (2018).		Intervenciones psicosociales obligatorias y registradas. O3–O4	
Deontología (proporcionalidad)	Prohibición del encarnizamiento terapéutico; consentimiento escrito si el riesgo > mínimo.	“El médico no debe incurrir en el encarnizamiento terapéutico...” / “...el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito...”	CMP, Código de Ética (2025).		Guía de lex artis para limitar intervenciones no beneficiosas. O3–O4	
Vida digna (no mera subsistencia)	La vida se entiende sustantivamente: dignidad ≠ mera biología.	“el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir	C. Const. Col., C-239/97.		Lectura axiológica que orienta la ponderación en Perú. O2–O4	

			adecuadamente en condiciones de dignidad.”				
Autonomía decisional	El titular decide hasta cuándo la vida es compatible con su dignidad.	“Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana.”	C. Const. Col., C-239/97.	Núcleo de evaluación de capacidad y persistencia de voluntad. O2–O3			
Triada complementaria	Paliativos, adecuación del esfuerzo y prestaciones eutanasías son complementarias.	“...el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones...” / “no existe una disyunción excluyente...”	C. Const. Col., C-233/21.	Arquitectura de oferta sanitaria integrada. O2–O3			
Última ratio penal	Perseguir al médico en supuestos estrictos puede ser “absolutamente desproporcionado”.	“excede indudablemente los límites del orden constitucional... Perseguir penalmente al médico... debiera ser la última ratio... resulta una intervención absolutamente desproporcionada.”	C. Const. Col., C-164/22.	Calibración del art. 112 CP con necesidad y proporcionalidad. O1–O2			
Despenalizar regular	≠ La despenalización impone obligaciones negativas; la regulación diseña procedimientos.	“Lo primero es el campo de acción de este tribunal..., mientras lo segundo corresponde al legislador y el ejecutivo.” / “De la despenalización no se derivan obligaciones prestacionales, sino obligaciones negativas.”	C. Const. Col., C-164/22.	Ruta peruana: zona condicionada de no punibilidad + directivas sanitarias. O4			
Vida privada y controles clínicos	Decidir cuándo y cómo morir integra la vida privada; se permiten controles (receta/evaluación).	“El derecho de un individuo a decidir por qué medios y en qué momento terminará su vida... [art. 8 CEDH]... margen de apreciación... prescripción médica para evitar abusos.”	TEDH, Haas v. Suiza (2011).	Fundamento para comités, receta/evaluación y auditoría. O2–O4			
Intereses estatales legítimos	Preservar la vida, prevenir el suicidio,	“These interests include... preserving human life...”	U.S. Supreme	Parámetros para evaluación de			

	proteger vulnerables y la ética médica, evitar deslizamientos.	preventing... suicide... protecting the medical profession's integrity... protecting the poor, the elderly, disabled persons... and avoiding a possible slide toward... euthanasia.”	Court, Glucksberg (1997).	impacto y diseño de salvaguardas. O2–O4
Procedimiento- guía y trazabilidad	Flujo: información → capacidad consentimiento escrito → 2.ª opinión → comité → reflexión → ejecución/plan → reporte y auditoría.	“...consentimiento... por escrito... que visibilice el proceso de información y decisión.” (pilares complementarios: paliativos ; controles clínicos)	Ley 29414; Ley 30846; TEDH <i>Haas</i> .	Cierre operativo para anexar a protocolo y matrices de verificación. O3–O4

2.2. Marco conceptual (palabras clave)

Propósito. Fijar el sentido operativo de los conceptos clave de la tesis, con redacción clara y respaldo normativo/jurisprudencial.

1) Dignidad humana

Definición. Valor intrínseco de toda persona que orienta e interpreta el conjunto de derechos; vivir con dignidad no se reduce a “seguir vivo” biológicamente.

Corte Constitucional de Colombia. (1997). C-239/97. “el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia...”

2) Autonomía personal

Definición. Facultad de decidir libre e informadamente sobre el propio cuerpo y plan de vida, incluida la atención sanitaria.

Corte Constitucional de Colombia. (1997). C-239/97. “Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir...”

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. “A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario...”

3) Vida digna / Muerte digna

Definición. Vida digna incorpora calidad y autodeterminación; muerte digna es el tránsito final con respeto a la voluntad y alivio del sufrimiento.

Corte Constitucional de Colombia. (2021). C-233/21. “el derecho... tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación... y prestaciones eutanásicas.” ; “no existe una disyunción excluyente...”

4) Consentimiento informado

Definición. Decisión libre y voluntaria del paciente, emitida tras recibir información suficiente, sobre procedimientos o tratamientos.

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. “A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario...”; “debe constar por escrito...” (riesgo > mínimo).

5) Información clínica comprensible

Definición. Deber de brindar diagnóstico, pronóstico, opciones y riesgos en lenguaje claro y oportuno.

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. “A recibir en términos comprensibles información completa...”

6) Proceso natural de morir

Definición. Reconocimiento del curso terminal de la enfermedad sin imponer intervenciones desproporcionadas; respeto al declive biológico.

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. “A que se respete el proceso natural de su muerte...”

7) Adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico (AET)

Definición. Limitación de procedimientos que ya no benefician al paciente o sólo prolongan la agonía; conforme a lex artis y voluntad.

Corte Constitucional de Colombia. (2021). C-233/21. Dimensión “adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico”.

8) Encarnizamiento terapéutico

Definición. Empleo de procedimientos no beneficiosos que generan sufrimiento y prolongan la situación terminal.

Colegio Médico del Perú. (2025). Código de Ética y Deontología (art. 110). “El médico no debe incurrir en el encarnizamiento terapéutico...”

9) Cuidados paliativos

Definición. Atención integral para aliviar sufrimientos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, con enfoque intercultural.

Perú. Congreso de la República. (2018). Ley 30846. Objetivo general (máxima calidad de vida) y contenidos (apoyo psicológico/espiritual).

10) Voluntades anticipadas

Definición. Declaraciones previas del paciente sobre tratamientos futuros cuando no pueda decidir por sí mismo.

Colegio Médico del Perú. (2025). Código de Ética y Deontología (art. 111). “El médico debe respetar la voluntad anticipada...”

11) Segunda opinión e interconsulta/junta médica

Definición. Revisión independiente del caso y deliberación interdisciplinaria cuando proceda.

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. Derecho a “solicitar la opinión de otro médico...”.

Colegio Médico del Perú. (2025). Código de Ética (arts. 114–115). Deber de informar 2.^a opinión y posibilidad de junta.

12) Comité interdisciplinario

Definición. Órgano hospitalario que verifica capacidad, ausencia de coacción, completitud informativa y alternativas (paliativos), y documenta su decisión.

Corte Constitucional de Colombia. (2017). T-544/17. “ORDENAR... directrices para la creación, integración y funcionamiento de comités interdisciplinarios...”

13) Capacidad decisional

Definición. Aptitud para comprender información, valorar opciones y expresar una elección consistente.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2011). Haas v. Switzerland (n.º 31322/07). Decisión debe ser de una persona “capaz de tomar libremente una decisión”.

14) Objeción de conciencia (médica)

Definición. Facultad individual del profesional para abstenerse de realizar actos contrarios a sus convicciones, sin obstaculizar el acceso del paciente (deber de derivación).

Colegio Médico del Perú. (2025). Código de Ética (art. 111) —delimitación del acto médico y respeto de voluntades anticipadas.

15) Homicidio piadoso (art. 112 CP)

Definición. Tipo penal que sanciona, con pena atenuada, a quien por piedad da muerte a enfermo incurable, a solicitud expresa y consciente, para terminar dolores intolerables.

Código Penal del Perú, art. 112. (Descripción normativa de uso común en la tesis).

16) Última ratio del derecho penal

Definición. El castigo es recurso mínimo y necesario; sancionar actos en contextos de autonomía y sufrimiento excepcional puede ser desproporcionado.

Corte Constitucional de Colombia. (2022). C-164/22. “excede indudablemente los límites...”; “una intervención absolutamente desproporcionada”; principios de mínima intervención.

17) Despenalización vs. regulación

Definición. Despenalizar: obligación negativa de no castigar; regular: crear procedimientos, controles y órganos para aplicar salvaguardas.

Corte Constitucional de Colombia. (2022). C-164/22. “Lo primero es el campo de acción de este tribunal... mientras lo segundo corresponde al legislador y el ejecutivo”; “De la despenalización no se derivan obligaciones prestacionales, sino obligaciones negativas”.

18) Vida privada (art. 8 CEDH) y margen de apreciación

Definición. Decidir cómo y cuándo morir integra la vida privada si es libre; los Estados conservan margen para exigir controles clínicos (receta/evaluación) que eviten abusos.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2011). Haas v. Switzerland. Reconoce el ámbito del art. 8 CEDH y la legitimidad de controles.

19) Trazabilidad documental

Definición. Conjunto de registros que dejan huella verificable: información brindada, evaluaciones, consentimientos, segundas opiniones y decisiones de comité.

Perú. Congreso de la República. (2009). Ley 29414. “debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.”

20) Salvaguardas

Definición. Controles clínicos, procedimentales e institucionales (capacidad, información, consentimiento escrito, 2.^a opinión, comité, paliativos, reflexión, reporte) que aseguran decisiones libres y protegidas frente a abusos.

Perú. Congreso (2009, 2018); Colegio Médico del Perú (2025); Corte Constitucional de Colombia (2017, 2021, 2022); TEDH (2011).

2.3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN (ESTADO DE ARTE).

2.3.1. Primer antecedente

- Título
- La Despenalización del Homicidio Piadoso para Lograr la Incorporación de la Eutanasia a Través de un Protocolo Médico.
- Autores
- Beatriz Consuelo Alejos Rodríguez; Giuliana Valeria Rojas Del Pozo.
- Universidad / Facultad
- Universidad César Vallejo – Escuela Profesional de Derecho, Facultad de Derecho y Humanidades (Filial Huaraz).
- Ciudad y año
- Huaraz — Perú, 2020.
- Logro obtenido

“Tesis para obtener el título profesional de Abogada”.

Resumen del estudio

El trabajo propone la despenalización del homicidio piadoso para incorporar la eutanasia al ordenamiento peruano mediante un protocolo médico aplicable a personas con enfermedades terminales; emplea enfoque cualitativo y concluye que la despenalización permitiría implementar la eutanasia cuando el solicitante padece una enfermedad terminal que hace imposible una vida digna.

Metodología

Enfoque: cualitativo; tipo: básico; diseño: Teoría Fundamentada.

Participantes: abogados constitucionalistas, fiscales penales y médicos del área de pacientes terminales del Hospital de Huaraz.

Técnica/instrumento: entrevista a profundidad con ficha de 16 ítems; procedimiento de análisis cualitativo.

Conclusiones principales (síntesis)

- Con la despenalización del homicidio piadoso se lograría implementar la eutanasia, respetando la decisión voluntaria del enfermo terminal.
- Se requiere un marco jurídico que regule la eutanasia en casos de enfermedad terminal, a petición expresa del paciente, garantizando derechos fundamentales (vida, salud, dignidad, integridad y libertad).
- Existen precedentes comparados (Holanda, Bélgica, Luxemburgo) que priorizan la voluntad del paciente y la muerte digna.
- Un protocolo médico permitiría definir condiciones y métodos de aplicación, respetando la voluntad del paciente.

Recomendaciones (extracto)

A la población universitaria: promover el debate amplio del tema en espacios académicos y en los hogares, dada su relevancia en salud pública.

2.3.2. Segundo antecedente

- Título: Despenalización del homicidio piadoso en el Código Penal Peruano.
- Autora: Br. Silvia Isabel Carpio Saldarriaga.
- Universidad: Universidad Nacional de Piura (consignado en tu compendio de referencias).

- Facultad / Escuela: Facultad de Derecho, Escuela Académico Profesional de Derecho.
- Ciudad y país: Piura – Perú.
- Año: 2020.
- Logro obtenido: Tesis para obtener el título profesional de Abogada.

Resumen

La tesis analiza los fundamentos jurídicos que permitirían despenalizar el homicidio piadoso en el Perú, articulando como variable independiente la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad y, como variable dependiente, la despenalización del homicidio piadoso (art. 112 del Código Penal).

Sostiene que el art. 112 CP tipifica el homicidio por piedad con pena no mayor de tres años, lo que genera tensión con la finalidad altruista y la autonomía del paciente terminal.

Para contextualizar, la investigación operacionaliza variables y delimita población/muestra, técnicas e instrumentos, así como la matriz de consistencia.

Metodología

Sección de método (estructura): Tipo y diseño; operacionalización de variables; población y muestra; técnicas/instrumentos; análisis de datos y aspectos éticos.

Población: Fiscales penales de la Segunda Fiscalía Provincial Penal Corporativa de Piura (N=15).

Muestra: 5 fiscales penales.

Técnicas/instrumentos: Se emplean entrevista, encuesta y observación; el instrumento principal fue el cuestionario aplicado a los fiscales.

Principales conclusiones

- Eutanasia y valores constitucionales. La eutanasia (muerte digna) armoniza con la dignidad y la libertad de la persona; refuerza la idea de un derecho a morir dignamente cuando la vida deviene incompatible con la dignidad.
- Tensión con el art. 112 CP. El homicidio piadoso (art. 112 CP) sanciona una conducta de móvil altruista (piedad) aun cuando el titular del bien jurídico (la persona) solicita expresa y conscientemente no prolongar una vida en condiciones deplorables; se evidencia incoherencia del esquema punitivo en estos supuestos.
- Cierre del debate en Perú vs. derecho comparado. En el Perú la eutanasia es ilegal y el legislador no ha abierto un debate regulatorio; en el comparado se han creado protocolos y procedimientos que permiten su práctica bajo control, incluso despenalizando el hecho en supuestos estrictos.
- Enfoque constitucional. La fundamentación descansa en dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad; imponer como obligación la vida (y el sufrimiento) a personas con enfermedad incurable desconoce esos principios.
- Urgencia de despenalización. Se plantea la necesidad urgente de despenalizar el homicidio piadoso a solicitud, por su colisión con derechos

de igual valor; penalizar conductas queridas por el titular del bien jurídico resulta incoherente.

Recomendaciones

- Protocolo nacional (MINSA). Encargar al MINSA un protocolo especial para la eutanasia que priorice la autonomía del paciente y establezca responsabilidades penales ante incumplimientos procedimentales.
- Acto médico y salvaguardas. En un escenario de despenalización y reglamentación, la prestación debe ser un acto médico: evaluación por especialista de la patología, aprobación por junta médica con base legal y exención de responsabilidad penal del médico que actúe conforme al protocolo.
- Guía comparada. El legislador debe tomar en cuenta las pautas de la Corte Constitucional de Colombia (p. ej., C-239/1997 y SU-970/2014) para definir requisitos que excluyan el carácter delictivo de la conducta en casos estrictamente regulados.

2.3.3. Tercer antecedente

Título

La despenalización de la eutanasia para una muerte digna en Perú.

Autora

Jacqueline Elsitá Del Villar Vargas (ORCID: 0000-0003-3456-1722).

Universidad / Facultad

Universidad Continental – Facultad de Derecho (Escuela Académico Profesional de Derecho).

Ciudad y país

Huancayo, Perú.

Año

2021.

Logro obtenido

Trabajo de investigación para optar el Grado Académico de Bachiller en Derecho.

Resumen (síntesis)

Artículo de revisión que constata la ausencia de regulación de la eutanasia en el Perú y el conflicto que ello genera entre el derecho a la vida y la dignidad/autonomía, sosteniendo que no puede hablarse de vida digna sin muerte digna. Revisa literatura 2015–2020 de Latinoamérica (SciELO, Redalyc, DOAJ, ProQuest, Google Scholar) y expone posiciones a favor y en contra, destacando que el art. 112 del Código Penal tipifica el homicidio piadoso, mientras experiencias comparadas (como Colombia) muestran vías de regulación con salvaguardas.

Metodología

Tipo de estudio: Artículo de revisión / revisión metodológica de artículos científicos.

Fuentes y buscadores: SciELO, Redalyc, DOAJ, ProQuest, Google Académico.

Palabras clave: eutanasia, muerte asistida, homicidio piadoso, derecho a la vida, suicidio asistido.

Criterios de inclusión: Artículos 2015–2020 de Colombia, Perú, Chile y Ecuador; pertinencia temática sobre eutanasia/muerte asistida.

Criterios de exclusión: Fuera de la región/periodo definidos.

Muestra: 12 artículos incluidos; se establecen criterios de comparación (derechos en conflicto: dignidad y libertad; conclusiones sobre muerte digna).

Conclusiones (síntesis)

Existe ineficacia estatal para garantizar muerte digna en personas desahuciadas con sufrimiento constante; prolongar la agonía es contrario a la dignidad.

La eutanasia no debería estar penalizada; el art. 112 CP contrasta con escenarios de autonomía y sufrimiento extremo.

El Estado debe velar por la dignidad y considerar regulación con salvaguardas, tomando en cuenta referentes comparados (p. ej., Colombia, incluso con reglas para menores y objeción de conciencia).

2.3.4. Cuarto antecedente

- Título: El delito de homicidio piadoso y su incidencia en los derechos fundamentales del enfermo incurable (portada).
- Autor: Juan Saldaña Sánchez.
- Universidad / Facultad: Universidad Privada del Norte, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas (mención institucional en preliminares).
- Ciudad y país: Trujillo, Perú.

- Año: 2021.
- Logro obtenido: Tesis para optar el título profesional de Abogado.

Resumen (síntesis)

La investigación sostiene que la penalización del homicidio piadoso impide a personas con enfermedades terminales acceder a una muerte digna y vulnera derechos como la libertad, dignidad, autonomía y vida digna. Plantea, en un Estado social y democrático, la despenalización del art. 112 del Código Penal para casos con solicitud expresa, voluntaria y consciente. Emplea un enfoque cualitativo, descriptivo y básico, con entrevistas y análisis documental, normativo y jurisprudencial comparado.

“La eutanasia, desde la perspectiva jurídica tiene que ver directamente con el derecho a la calidad de vida... En el Perú, la penalización del homicidio piadoso no permite... gozar de una muerte digna” (p. 10).

“El objetivo de la presente investigación está orientado a determinar la incidencia del delito de homicidio piadoso en los derechos fundamentales del enfermo incurable” (p. 11).

Metodología

Tipo y diseño: No experimental, transversal.

Enfoque y nivel: Cualitativo, básico–descriptivo.

Población y muestra: Normativa y casos de Canadá, Colombia, Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo; además entrevistas a especialistas (penalistas, constitucionalistas, médicos) y fiscales.

Técnicas e instrumentos: Análisis de documentos, de casos/jurisprudencia y del marco normativo nacional y extranjero; entrevistas; triangulación para consistencia de resultados.

Ética: Información de acceso público y consentimiento informado; citación conforme normas APA.

Conclusiones principales

- “Se concluyó que el homicidio piadoso incide negativamente en los derechos fundamentales del paciente incurable... por lo que es necesario despenalizarlo para que los enfermos terminales decidan sobre el final de su vida” (p. 12).
- “El delito de homicidio piadoso... afecta el derecho a la libertad de decidir, la dignidad humana, la autonomía y la muerte digna” (p. 135).
- “Para la aplicación del homicidio piadoso es necesario la solicitud expresa y consciente del sujeto pasivo... lo realmente relevante es la petición de morir” (p. 60).

Recomendaciones destacadas

- Impulsar una ley de despenalización del homicidio piadoso atendiendo dignidad, autonomía y vida digna.
- Evitar el sufrimiento del enfermo incurable y respetar su voluntad expresa, libre y consciente.
- Convocar a universidades, Poder Judicial, Ministerio Público, MINSA, MINJUSDH, MIMP, etc., para un estudio profundo de la despenalización.

- Regular el testamento vital y permitir, con control judicial, el homicidio piadoso en estados vegetativos.

2.3.5. Quinto antecedente

- Título: El homicidio piadoso y la búsqueda de su despenalización en el marco del ordenamiento penal peruano: Balance y perspectivas – Lima 2018
- Autor: Edwin Bances Matallana.
- Universidad: Universidad Privada Norbert Wiener.
- Ciudad y año: Lima–Perú, 2019.
- Logro obtenido: Tesis para optar el título profesional de Abogado.
- Resumen (síntesis):

El trabajo realiza un análisis jurídico-social de la figura del homicidio piadoso en el Perú y expone razones para su despenalización dentro del ordenamiento penal, apoyándose en doctrina comparada y hermenéutica jurídica. El autor enmarca su planteamiento en el neoconstitucionalismo y la necesidad de “remojar” tipos penales restrictivos de libertades para responder a necesidades sociales actuales.

Metodología (según la tesis):

Tipo: Investigación de índole teórica con enfoque en el pragmatismo de la norma positiva para fundamentar la despenalización del homicidio piadoso.

Diseño: No experimental; no hay manipulación de variable independiente ni grupo de control; se analiza el hecho jurídico una vez acaecido.

Variables: Independiente: homicidio piadoso; Dependiente: búsqueda de despenalización en el ordenamiento penal peruano.

Población y muestra: Estudio documental (tesis, documentos, normas nacionales e internacionales), muestreo no probabilístico y casuístico.

Técnicas e instrumentos: Fichas de análisis de contenido, revisión documental y electrónica, fichas de información jurídica.

Procesamiento: Análisis cualitativo (no se traduce a métricas numéricas).

Conclusiones (síntesis verificable):

- Para la despenalización se deben priorizar la ausencia de sufrimiento físico y la evaluación estricta de que no existe alternativa razonable que preserve una vida digna; la ejecución correspondería a un especialista, con validación colegiada.
- El autor contrasta criterios internacionales que permiten la práctica bajo regulaciones y sugiere profundizar el análisis jurídico y técnico comparado para eventuales aplicaciones.

Recomendaciones (síntesis verificable):

- Realizar un estudio minucioso jurídico y técnico para proponer la despenalización con procedimientos y salvaguardas acordes con tendencias de derechos humanos y el neoconstitucionalismo.
- Que el sujeto activo sea médico; fijar requisitos claros para evitar prácticas clandestinas o deficientes.
- Ampliar la investigación y el análisis comparado internacional para sustentar un debate legislativo informado.

2.3.6. Sexto antecedente

- Título: Legalización de la eutanasia en Chile: el derecho a una muerte digna.
- Autor: William Alfredo Santos Luarte.
- Universidad / Escuela: Universidad Miguel de Cervantes, Escuela de Derecho.
- Ciudad y país: Santiago, Chile.
- Año: 2020.
- Grado / logro declarado en el documento: Tesis presentada para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas (el archivo no consigna acta de aprobación).

Resumen

El trabajo sostiene que en Chile la eutanasia no está legalizada y hoy se configura como hecho ilícito en el Código Penal, lo que tensiona la autonomía de la voluntad del paciente terminal. Plantea una propuesta legislativa que reconozca el derecho a morir dignamente con salvaguardas (consentimiento libre e informado, evaluación médica y control institucional), y apela al derecho comparado (Holanda, Bélgica, Suiza, Oregón) para mostrar viabilidad regulatoria. En la introducción identifica vacíos legales y la necesidad de respetar la decisión del paciente respecto del fin de su vida.

Metodología (descrita/inferida del texto)

Enfoque cualitativo y dogmático, con análisis documental de normas chilenas y doctrina, más análisis comparado y propuesta normativa (proyecto de “muerte digna” con requisitos y condiciones). Se deduce del planteamiento del problema, de los objetivos y de la sección de propuesta legislativa.

Conclusiones (síntesis)

- La regulación de la eutanasia aportaría solución y paz a personas que hoy solo enfrentan “una muerte lenta” y gravosa también para sus familias.
- Existe disposición social a debatirla como salida válida y legal para pacientes con enfermedades terminales.
- Como país, se debe enfrentar el tema y garantizar una muerte digna a quienes padecen enfermedades catastróficas.
- Cita textual clave de la tesis (conclusión): “En atención a todo lo antes revisado y expuesto, es innegable que la legislación en torno a la Eutanasia, vendrá a dar solución y paz a un número significativo de personas...”.

Recomendaciones (derivadas de la propuesta y del desarrollo)

- Impulsar un marco legal claro y preciso que responda a las necesidades de las personas y sitúe la voluntad del paciente como eje central. (Cita de apoyo de la propia tesis) “Es de fundamental importancia [...] contar con un marco legal, claro, preciso, pertinente... constituyéndose en un eje central de ello la voluntad de éste.” (Santos Luarte, 2020).
- Crear instancias de control (comités o equipos) que asesoren, monitoreen y controlen el proceso antes, durante y después, como “ente centinela” del correcto criterio. (Cita textual)
- Incorporar criterios comparados (Holanda, Bélgica, Suiza, Oregón) para diseñar salvaguardas y protocolos.

2.3.7. Séptimo antecedente

- Título:
- CASO ANA ESTRADA: Un hito para la eutanasia en la Legislación Peruana.

- Autoras:
- Timias Lozano, Mayri; Torres Flores, Gladys Lisbeth.
- Universidad / Facultad / Escuela:
- Universidad César Vallejo SAC – Facultad de Derecho y Humanidades, Escuela Profesional de Derecho (Filial Chiclayo).
- Ciudad y país:
- Chiclayo, Perú.
- Año:
- 2022.
- Logro obtenido (grado/título):
- Tesis para obtener el título profesional de Abogada.

Resumen (síntesis)

La investigación analiza y explica el caso Ana Estrada como hito sobre eutanasia en el Perú (dimensiones jurídica, social y religiosa). Sostiene que el fallo inicia el reconocimiento del derecho a una muerte digna y ordena la inaplicación del art. 112 CP para el caso, habilitando la intervención médica sin responsabilidad penal bajo condiciones. Enfoque cualitativo–descriptivo, método hermenéutico; 10 entrevistas (7 abogados y 3 médicos) más análisis documental.

“La investigación es cualitativa con enfoque descriptivo... usando el método hermenéutico... se utilizó la técnica de guía de entrevista aplicado a diez participantes... La conclusión... se basa en el inicio del reconocimiento del derecho a una muerte en condiciones dignas... logrando así que se inaplique el artículo 112 del Código Penal... además otorgando la potestad al personal médico... con la garantía jurídica de no ser procesado penalmente.”

Metodología

Tipo y nivel: básica, descriptiva.

Diseño: no experimental con enfoque cualitativo.

Método de análisis: hermenéutico aplicado a jurisprudencia, doctrina y normas.

Participantes: 10 entrevistas (7 abogados y 3 médicos).

Instrumentos/técnicas: guía de entrevista; análisis documental (sentencias, leyes, doctrina).

Aspectos éticos: consentimiento, anonimato y confidencialidad.

Conclusiones (síntesis)

- El caso inicia el reconocimiento del derecho a una muerte digna en el Perú.
- Se inaplica el art. 112 del Código Penal para el caso de Ana Estrada por lesionar derechos fundamentales, otorgándose potestad al personal médico para asistirle sin responsabilidad penal bajo condiciones.

2.3.8. Octavo antecedente

Título: La libertad de elegir morir dignamente y la despenalización del homicidio piadoso en el Perú.

Autor/a: Johana Lisset Dávalos Vásquez.

Universidad / Facultad / Escuela: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Escuela Académico Profesional de Derecho.

Ciudad y año: Cajamarca, julio de 2021.

Logro obtenido: Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Abogado.

Resumen (síntesis)

La monografía analiza el homicidio piadoso y las razones para su despenalización en el Perú. Expone fundamentos constitucionales (dignidad, libertad y vida en condiciones dignas), revisa el art. 112 del Código Penal y desarrolla el concepto y formas de eutanasia, con apoyo de derecho comparado (Holanda, Bélgica, Colombia). Sitúa el debate en el contexto peruano (p. ej., caso Ana Estrada) y organiza el estudio en capítulos metodológicos, marco teórico, discusión y conclusiones.

Metodología

Enfoque dogmático centrado en el estudio del ordenamiento (norma y doctrina) para analizar el supuesto fáctico y los fundamentos jurídicos de la despenalización; uso de fuentes doctrinales en Derecho Penal y Constitucional.

(Descripción de estructura y apartados metodológicos en Cap. I).

Conclusiones (principales, en síntesis)

- La eutanasia es compatible con los valores de dignidad y libertad de la persona.
- El artículo 112 CP tipifica el homicidio piadoso con móvil altruista (piedad), pero su configuración afecta a pacientes que, de forma expresa y consciente, solicitan poner fin a dolores intolerables.
- En el Perú la aplicación de la eutanasia sigue siendo ilegal; el legislador no ha abierto el debate pese a la experiencia comparada que cuenta con protocolos y salvaguardas.

- Desde la Constitución, la tutela de la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad sustentan una revisión del tratamiento penal.
- Se reafirma la necesidad de despenalizar el homicidio piadoso bajo reglas estrictas y controladas.

Recomendaciones (síntesis)

- Se sugiere avanzar hacia una reforma que incorpore criterios y protocolos claros (alineados al derecho comparado), con salvaguardas para decisiones libres e informadas y control institucional/sanitario. (Ubicación de “Recomendaciones” en el índice del trabajo)

III. HIPÓTESIS Y CATEGORIAS

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Es posible armonizar el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente a la dignidad, autonomía y consentimiento informado, mediante un modelo regulatorio peruano que permita la despenalización de la eutanasia para casos de muerte médicamente asistida, sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal en su tipo del artículo 112 del Código Penal.

3.1.2. Hipótesis específicas

HE1 (sobre incompatibilidades, vacíos y antinomias). El análisis sistemático revela incompatibilidades materiales y vacíos operativos entre el art. 112 CP y el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414, Ley 30846 y Código de Ética CMP) que, en la práctica clínica, se manifiestan como tensiones en: (a) el ejercicio efectivo del consentimiento informado (especialmente su forma escrita en supuestos de alto riesgo), (b) el respeto del proceso natural de morir y la adecuación del esfuerzo terapéutico, y (c) la oferta efectiva de cuidados paliativos.

HE2 (traslado de principios y subreglas comparadas). Un núcleo trasladable de principios y subreglas—vida digna como dignidad sustantiva, autonomía decisional del paciente capaz, tríada (paliativos–adecuación–prestaciones), última ratio penal, y controles clínicos para evitar abusos—puede adaptarse al contexto peruano, siempre que se respete: (i) límites de protección de personas vulnerables, (ii) margen de apreciación regulatoria con comités y segunda opinión, y (iii) trazabilidad documental.

HE3 (salvaguardas y procedimientos desde actores clave). Los actores clave (médicos, juristas, gestores, ética clínica, pacientes/familia) convergen en un mínimo común de salvaguardas indispensables: evaluación estandarizada de capacidad, consentimiento informado cualificado por escrito, segunda opinión independiente, comité interdisciplinario, plazo de reflexión con confirmación de voluntad, integración obligatoria de cuidados paliativos, objeción de conciencia individual con deber de derivación, y registro–supervisión institucional.

HE4 (diseño normativo–procedimental viable). Un diseño normativo y procedimental viable para el Perú combina: (a) cláusula de no punibilidad de la eutanasia condicionada o ajuste de punibilidad para supuestos excepcionales que cumplan criterios sustantivos (irreversibilidad, sufrimiento intolerable, sostén vital, capacidad y voluntad persistente) y salvaguardas procedimentales; con (b) una directiva–protocolo sectorial (MINSA/EsSalud) que establezca el flujo operativo (información → capacidad → consentimiento escrito → segunda opinión → comité → reflexión/confirmación → ejecución/plan alternativo → reporte y auditoría), manteniendo la última ratio penal para los casos que no satisfacen tales salvaguardas.

3.2. Categorías a explorar

Tabla 8. *Cuadro de categorías*

Categoría	Definición operativa	Indicadores observables		Técnicas e instrumentos (comunes)	Unidades de análisis
C0. Armonización penal–sanitaria	Convergencia entre art.	Coherencia	normativa;	Entrevista	Sentencia de
	112 CP y derechos del	existencia	de	semiestructurada;	Ana Estrada;
	paciente (dignidad,	flujos/procedimientos;		Análisis documental;	Jurisprudencia
	autonomía, consentimiento) para	referencia a última ratio y controles.		Análisis normativo;	comparada; Normas

	decisiones de fin de vida.		Análisis jurisprudencial.	
C1. Incompatibilidades, vacíos y antinomias	Tensiones entre CP y bloque sanitario–deontológico que dificultan decisiones libres.	Contradicciones textuales; ausencia/ambigüedad procedimental; riesgos de responsabilidad.	Entrevista semiestructurada; Análisis documental; Análisis normativo; Análisis jurisprudencial.	Sentencia de Ana Estrada; Jurisprudencia comparada; Normas
C2. Principios y subreglas trasladables	Núcleo de principios/reglas del comparado aplicables al Perú, con límites de protección a vulnerables y controles.	Identificación de principios (vida digna, autonomía, triada, última ratio); compatibilidad con derechos del paciente; límites de traslado.	Entrevista semiestructurada; Análisis documental; Análisis normativo; Análisis jurisprudencial.	Sentencia de Ana Estrada; Jurisprudencia comparada; Normas
C3. Salvaguardas y procedimientos indispensables	Mínimo de garantías para decisiones libres y protegidas de abuso.	Evidencia de: capacidad, consentimiento escrito, segunda opinión, comité, plazo de reflexión, paliativos, objeción con derivación, registro/supervisión.	Entrevista semiestructurada; Análisis documental; Análisis normativo; Análisis jurisprudencial.	Sentencia de Ana Estrada; Jurisprudencia comparada; Normas
C4. Diseño normativo–procedimental viable	Esquema de ley y directiva–protocolo (MINSA/EsSalud) con flujo, roles y auditoría, preservando la última ratio penal.	Criterios sustantivos; cláusula de no punibilidad/ajuste penal; flujo operativo; RACI; auditoría/reporte.	Entrevista semiestructurada; Análisis documental; Análisis normativo; Análisis jurisprudencial.	Sentencia de Ana Estrada; Jurisprudencia comparada; Normas

IV. Metodología

4.1. Enfoque metodológico

La investigación adopta un enfoque cualitativo, adecuado para comprender significados, principios y reglas jurídicas en contextos reales de decisión clínica y de interpretación normativa. Este enfoque permite describir, interpretar y proponer ajustes dogmáticos y procedimentales, priorizando la profundidad y la coherencia teórico–normativa sobre la medición cuantitativa.

4.2. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

El estudio se desarrolla en la Ciudad del Cusco, Perú, como referencia territorial y administrativa para la observación normativa y la recopilación de testimonios de operadores jurídicos y de salud. El recorte geográfico no limita la comparación con fuentes nacionales e internacionales, pero sitúa el análisis en una realidad institucional concreta.

4.3. Tipo y nivel de la investigación:

Tipo: Dogmática propositiva. Se realiza un examen sistemático del ordenamiento jurídico (Código Penal, Ley 29414, Ley 30846, Código de Ética del CMP), la sentencia del caso Ana Estrada y la jurisprudencia comparada (Colombia, Italia, TEDH, EE. UU.), para proponer un diseño regulatorio viable.

Nivel: Descriptivo. Se describen con precisión las categorías jurídicas, los procedimientos sanitarios y las salvaguardas observadas/derivadas, sin pretensión de inferencia estadística.

4.4. Unidad de análisis

- Sentencia del caso Ana Estrada (Perú).
- Jurisprudencia comparada relevante (p. ej., C-239/97, C-233/21, C-164/22; Sentenza 242/2019; Haas v. Switzerland; Washington v. Glucksberg).
- Normas del bloque sanitario–deontológico y penal (Ley 29414, Ley 30846, Código de Ética del CMP, art. 112 del CP).

Nota: Las entrevistas se usan como fuente informante para contrastar viabilidad y operatividad, pero la unidad de análisis central es normativa y jurisprudencial.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Entrevista semiestructurada: guía de preguntas construidas tomando como base las preguntas de investigación planteadas, ello para asegurar la congruencia en la aplicación de esta técnica.

Análisis documental: fichas de análisis para artículos doctrinarios, tesis y documentos institucionales.

Análisis normativo: fichas normativas con campos de identificación, contenido exigible, lagunas y propuestas de cierre.

Análisis jurisprudencial: fichas jurisprudenciales (precedente → regla → subregla → condición → límite → trasladabilidad).

4.6. Procedimiento de recolección y análisis de la información

Periodo: primer semestre del presente año (1 de enero–30 de junio de 2025, Cusco).

Recolección

Entrevistas: se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas (5 abogados y 1 médico). Todas/os solicitaron mantener en reserva su identidad; se les asignó un código alfanumérico (E-01 a E-06). Las entrevistas siguieron una guía única y se registraron mediante notas ampliadas y matrices de evidencia.

Documentos: se elaboraron fichas de análisis documental para literatura académica y técnica; fichas normativas para el bloque sanitario–deontológico y penal; y fichas jurisprudenciales para la sentencia Ana Estrada y los precedentes comparados.

Análisis

Codificación temática (abierta y focalizada) sobre las categorías C0–C4 definidas en la matriz de operacionalización: armonización penal–sanitaria; incompatibilidades/vacíos; principios trasladables; salvaguardas; diseño normativo–procedimental.

Triangulación fuente–método: (i) textos normativos y decisiones judiciales, (ii) documentos doctrinales, (iii) entrevistas.

V. RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

5.1.1. Procesamiento de la información

Organización y codificación.

- Se sistematizaron las seis entrevistas semiestructuradas (E-01 a E-06) y las fichas (documentales, normativas y jurisprudenciales) en una matriz de categorías previamente definida (C0–C4): C0 Armonización penal–sanitaria, C1 Incompatibilidades/vacios/antinomias, C2 Principios y subreglas trasladables, C3 Salvaguardas y procedimientos, C4 Diseño normativo–procedimental.
- Se aplicó codificación abierta (identificación de ideas y expresiones clave) y codificación focalizada (agrupación por categoría C0–C4). Se elaboraron memos analíticos para rastrear decisiones interpretativas.

Triangulación.

- Fuente–método: entrevistas ↔ documentos doctrinales ↔ normas ↔ jurisprudencia (nacional y comparada).
- Actor–rol: visiones convergentes de penalistas, constitucionalistas, abogado(s) de institución de salud, médico clínico y familiar/abogado.

Criterios de calidad.

- Saturación temática: no emergieron códigos nuevos tras la E-05/E-06.
- Auditabilidad: matriz de trazabilidad (cita → código → categoría → hipótesis).

- Ética: consentimiento informado, anonimato y resguardo de datos.

5.1.2. Análisis e interpretación por categorías

C0. Armonización penal–sanitaria (hipótesis general)

Hallazgo central. En todos los informantes hay convergencia en que es posible armonizar el art. 112 CP con los derechos del paciente (dignidad, autonomía y consentimiento informado) a través de una no punibilidad de la eutanasia condicionada para supuestos excepcionales, si se cumplen salvaguardas clínicas y procedimentales y existe control institucional (MINSA/EsSalud).

Interpretación. Se preserva la última ratio del derecho penal: el reproche punitivo opera cuando faltan garantías (coacción, ausencia de capacidad, falsedad documental, conflicto de interés).

Discusión. Este encuadre no “desprotege la vida”, sino que evita el encarnizamiento y protege la vida digna, coherente con el bloque constitucional (dignidad, libre desarrollo, salud) y con el precedente judicial peruano (caso Ana Estrada).

C1. Incompatibilidades, vacíos y antinomias (HE1)

Hallazgos.

- Consentimiento vs. temor penal: equipos clínicos evitan documentar decisiones de fin de vida por miedo al art. 112, generando vacíos probatorios y prácticas informales.
- Proceso natural de morir y AET: se reconoce deontológicamente la adecuación del esfuerzo terapéutico (evitar encarnizamiento), pero se inhibe por inseguridad jurídica, aun con voluntad expresa.

- Paliativos desiguales: la oferta de cuidados paliativos es heterogénea (brecha territorial y de recursos), lo que distorsiona las decisiones clínicas del tramo final.

Interpretación. Estas fricciones confirman antinomias prácticas entre el mandato penal y los derechos del paciente; revelan la necesidad de protocolos claros que blinden la trazabilidad y el ejercicio efectivo del consentimiento.

Discusión. Cerrar estas brechas reduce litigiosidad, da seguridad a profesionales y garantiza decisiones libres e informadas.

C2. Principios y subreglas trasladables (HE2)

Hallazgos. Se identifica un núcleo trasladable desde jurisprudencia comparada:

- Vida digna (no mera subsistencia biológica) y autonomía decisional del paciente capaz.
- Tríada complementaria: integración de paliativos, adecuación/suspensión del esfuerzo terapéutico (AET) y, en supuestos excepcionales, prestaciones de último tramo.
- Última ratio penal: repliegue del ius puniendi cuando hay salvaguardas robustas.
- Controles clínicos y plazos razonables (segunda opinión, comités interdisciplinarios, confirmación de voluntad).

Límites para el contexto peruano. Protección reforzada de personas vulnerables, evaluación estandarizada de capacidad, independencia de la segunda opinión y del comité, trazabilidad documental estricta y derivación ante objeción de conciencia.

Discusión. El traslado no es mimético: exige adecuación contextual (p. ej., interculturalidad en Cusco, formatos bilingües, acceso real a paliativos).

C3. Salvaguardas y procedimientos indispensables (HE3)

Hallazgos (paquete mínimo).

- Evaluación de capacidad (checklist validado; apoyo de salud mental si hay duda).
- Información integral y consentimiento informado por escrito (verificación de comprensión y revocabilidad).
- Segunda opinión independiente.
- Comité interdisciplinario (clínico, bioética, psicosocial, legal) con acta motivada y control de conflictos de interés.
- Plazo de reflexión y confirmación de voluntad.
- Paliativos integrados antes y durante el proceso.
- Objeción de conciencia individual con deber de derivación; prohibición de objeción institucional bloqueante.
- Registro y supervisión: formularios únicos, reporte sanitario y auditorías periódicas.

Interpretación. Existe consenso inter-actoral en estas garantías como condición de confiabilidad y protección frente a abusos.

Discusión. Estas salvaguardas materializan la autonomía y disminuyen riesgos de deslizamiento o de decisiones precipitadas.

C4. Diseño normativo–procedimental viable (HE4)

Hallazgos.

- Capa penal mínima: cláusula de no punibilidad de la eutanasia condicionada (o ajuste de punibilidad) ligada a criterios sustantivos (irreversibilidad, sufrimiento intolerable no mitigable, eventual sostén vital, capacidad y voluntad persistente) y a las salvaguardas de C3.
- Capa sanitaria operativa: directiva–protocolo (MINSA/EsSalud) con flujo: información → capacidad → consentimiento escrito → segunda opinión → comité → reflexión/confirmación → ejecución conforme lex artis o alternativa AET/paliativos → reporte y auditoría.
- Gobernanza: formularios únicos, registro nacional, matriz RACI de responsabilidades y capacitación periódica.

Interpretación. El modelo mixto (penal limitado + protocolo sanitario) hace viable el tratamiento excepcional de casos de despenalización de la eutanasia sin desnaturalizar la última ratio de la ley penal.

Discusión. Este diseño reduce ambigüedad, estandariza prácticas y acompaña al profesional; a la vez garantiza el control estatal y la trazabilidad.

5.1.3. Discusión transversal

- Coherencia con el bloque constitucional. Los resultados armonizan dignidad, autonomía y salud con la protección de la vida: el énfasis pasa de la mera conservación biológica a la vida compatible con la dignidad, sin renunciar al control penal donde no hay garantías.
- Respuesta a contraargumentos. Preocupaciones sobre “deslizamiento” se atienden con salvaguardas obligatorias, comités independientes, plazos de reflexión, registros auditables y objeción con derivación; el sistema se vuelve verificable y proporcional.

- Contexto Cusco e interculturalidad. Para que la autonomía sea real se requiere accesibilidad lingüística (intérprete quechua–castellano, materiales bilingües) y equidad en paliativos.
- Impacto operativo. El modelo propuesto disminuye la incertidumbre clínica–legal, reduce la litigiosidad y estandariza la toma de decisiones en fin de vida.

5.1.4. Limitaciones y alcances

- Muestra cualitativa: seis entrevistas en Cusco; no busca representatividad estadística, sino profundidad y coherencia normativa–operativa.
- Brecha de implementación: la efectividad del modelo depende de recursos (paliativos, comités, capacitación) y de la supervisión sostenida.
- Fortaleza del estudio: triangulación amplia (entrevistas + documentos + normas + jurisprudencia), saturación temática y trazabilidad de evidencias sustentan la validez cualitativa de los hallazgos.

Los datos procesados y discutidos evidencian la viabilidad de un modelo regulatorio peruano de muerte médicamente asistida bajo salvaguardas estrictas y control institucional, en armonía con el principio de última ratio del derecho penal. Con esta base, en el apartado 5.2 se presentan las pruebas de hipótesis y, en el 5.3, la presentación organizada de resultados para su incorporación directa al documento final.

5.2. Pruebas de hipótesis

5.2.1. Criterios de contrastación (síntesis)

- Triangulación fuente-método: entrevistas (E-01...E-06) + fichas normativas (Constitución, Ley 29414, Ley 30846, Código de Ética CMP) + fichas jurisprudenciales (caso Ana Estrada y comparado).
- Saturación temática: no emergieron códigos nuevos después de E-05/E-06.
- Coherencia dogmática: consistencia con dignidad, libre desarrollo, salud y última ratio penal.
- Auditabilidad: todas las afirmaciones se apoyan en tablas/matrices previas (C0-C4).

5.2.2. Hipótesis general (HG)

Texto literal de la hipótesis

Es posible armonizar el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente a la dignidad, autonomía y consentimiento informado, mediante un modelo regulatorio peruano que permita la despenalización de la eutanasia para casos de muerte médicamente asistida, sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal en su tipo del artículo 112 del Código Penal.

Resultado de contrastación

La evidencia triangulada muestra convergencia: todas las entrevistas una no punibilidad de la eutanasia para casos excepcionales de muerte médicamente asistida condicionada para supuestos excepcionales, sujeta al paquete mínimo de salvaguardas y al control institucional (validación y auditoría). Las normas sanitarias y la sentencia de

Ana Estrada ya operan en esa dirección. El carácter de última ratio del Derecho penal se preserva: interviene cuando faltan garantías (coacción, falsedad, ausencia de capacidad/trazabilidad).

Decisión: HG corroborada.

5.2.3. Hipótesis específica 1 (HE1)

Texto literal de la hipótesis

HE1 (sobre incompatibilidades, vacíos y antinomias). El análisis sistemático revela incompatibilidades materiales y vacíos operativos entre el art. 112 CP y el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414, Ley 30846 y Código de Ética CMP) que, en la práctica clínica, se manifiestan como tensiones en: (a) el ejercicio efectivo del consentimiento informado (especialmente su forma escrita en supuestos de alto riesgo), (b) el respeto del proceso natural de morir y la adecuación del esfuerzo terapéutico, y (c) la oferta efectiva de cuidados paliativos.

Resultado de contrastación

Los testimonios describen subregistro por temor penal frente al art. 112 CP, inhibición de la AET a pesar de la voluntad del paciente y brechas en paliativos (disponibilidad desigual). Las normas sanitarias exigen exactamente lo que hoy se omite por inseguridad (consentimiento escrito, respeto del proceso de morir, oferta de paliativos), y la sentencia Ana Estrada impone procedimientos para cerrar esos vacíos.

Decisión: HE1 corroborada.

5.2.4. Hipótesis específica 2 (HE2)

Texto literal de la hipótesis

HE2 (traslado de principios y subreglas comparadas). Un núcleo trasladable de principios y subreglas—vida digna como dignidad sustantiva, autonomía decisional del paciente capaz, tríada (paliativos—adecuación—prestaciones), última ratio penal, y controles clínicos para evitar abusos—puede adaptarse al contexto peruano, siempre que se respete: (i) límites de protección de personas vulnerables, (ii) margen de apreciación regulatoria con comités y segunda opinión, y (iii) trazabilidad documental.

Resultado de contrastación

La jurisprudencia comparada (Colombia, Italia, TEDH, EE. UU.) ofrece principios y subreglas compatibles con nuestro bloque constitucional y sanitario. Las entrevistas apoyan su adaptación condicionada, destacando: protección reforzada de vulnerables, independencia de 2.^a opinión/comités y trazabilidad estricta. El marco normativo peruano facilita el anclaje (dignidad, salud, rectoría sanitaria).

Decisión: HE2 corroborada (con límites explícitos).

5.2.5. Hipótesis específica 3 (HE3)

Texto literal de la hipótesis

HE3 (salvaguardas y procedimientos desde actores clave). Los actores clave (médicos, juristas, gestores, ética clínica, pacientes/familia) convergen en un mínimo común de salvaguardas indispensables: evaluación estandarizada de capacidad, consentimiento informado cualificado por escrito, segunda opinión independiente, comité interdisciplinario, plazo de reflexión con confirmación de voluntad, integración obligatoria de cuidados paliativos, objeción de conciencia individual con deber de derivación, y registro—supervisión institucional.

Resultado de contrastación (expositivo)

Existe consenso inter-actoral en todas las salvaguardas listadas. La sentencia Ana Estrada exige juntas/comités, plazos y validaciones; la Ley de Derechos del Paciente pide consentimiento escrito e información integral; la Ley de Paliativos impone su integración. El conjunto es operativizable y auditable.

Decisión: HE3 corroborada.

5.2.6. Hipótesis específica 4 (HE4)

Texto literal de la hipótesis

HE4 (diseño normativo–procedimental viable). Un diseño normativo y procedimental viable para el Perú combina: (a) cláusula de no punibilidad de la eutanasia condicionada o ajuste de punibilidad para supuestos excepcionales que cumplan criterios sustantivos (irreversibilidad, sufrimiento intolerable, sostén vital, capacidad y voluntad persistente) y salvaguardas procedimentales; con (b) una directiva–protocolo sectorial (MINSA/EsSalud) que establezca el flujo operativo (información → capacidad → consentimiento escrito → segunda opinión → comité → reflexión/confirmación → ejecución/plan alternativo → reporte y auditoría), manteniendo la última ratio penal para los casos que no satisfacen tales salvaguardas.

Resultado de contrastación

Las entrevistas respaldan un modelo mixto: capa penal mínima (no punibilidad de la eutanasia condicionada / ajuste de punibilidad) y capa sanitaria operativa (directiva–

protocolo con flujo estándar y auditoría). La experiencia Ana Estrada confirma la viabilidad institucional (validación de plan, junta médica, ejecución y reporte).

Decisión: HE4 corroborada.

5.2.7. Síntesis final

HG: corroborada — armonización posible bajo salvaguardas y control institucional, preservando la última ratio.

HE1: corroborada — existen antinomias prácticas que requieren protocolo y trazabilidad.

HE2: corroborada — principios/subreglas comparadas son trasladables con límites y controles.

HE3: corroborada — paquete mínimo de salvaguardas con consenso de actores.

HE4: corroborada — diseño normativo–procedimental viable (cláusula penal condicionada + directiva–protocolo MINSA/EsSalud).

5.3. Presentación de resultados

5.3.1. Resultados por categorías (síntesis ejecutiva)

Tabla 9.

Cuadro 1. Resultados C0–C4

Categoría	Hallazgo principal	Evidencia típica (entrevistas/documentos)	Implicancia para la tesis
C0. Armonización penal–sanitaria	Es viable armonizar el art. 112 CP con derechos del paciente mediante no	Consenso E-01...E-06; sentencia Ana Estrada:	Confirma HG: el modelo mixto (penal mínimo + sanitario)

	punibilidad de la eutanasia	plan/protocolo y validación	preserva la última
	condicionada + control institucional.	sectorial.	ratio y viabiliza casos excepcionales.
C1.	Existen tensiones reales : miedo a	E-02, E-03, E-04, E-06; Ley	Confirma HE1: urge
Incompatibilidades,	registrar consentimiento escrito; AET	29414 (consentimiento y	cerrar brechas con
vacíos y antinomias	inhibida; paliativos desiguales.	proceso de morir); Ley 30846	protocolos, formularios
		(paliativos).	y cobertura paliativa efectiva.
C2. Principios y	Núcleo trasladable: vida digna,	Comparado (Colombia, Italia,	Confirma HE2:
subreglas	autonomía, tríada (paliativos–AET–	TEDH, EE. UU.); convergencia	traslado condicionado a
trasladables	prestaciones), última ratio, controles.	E-01 ... E-05.	límites (vulnerables, independencia de 2. ^a opinión/comité, trazabilidad).
C3. Salvaguardas y	Mínimo común: capacidad		
procedimientos	estandarizada, consentimiento escrito	Consenso E-01 ... E-06;	Confirma HE3:
	cualificado, 2.^a opinión, comité,	sentencia Ana Estrada (juntas,	paquete de garantías
	reflexión/confirmación, paliativos	plazos, validación).	listo para operativizar.
	integrados, objeción con derivación,		
	registro–auditoría.		
C4. Diseño	Modelo mixto : (a) cláusula penal de		Confirma HE4:
normativo–	no punibilidad de la eutanasia	E-01 ... E-06; mandato	factibilidad jurídica y
procedimental	condicionada/ajuste de punibilidad; (b)	operativo en Ana Estrada.	organizacional del
	directiva–protocolo MINSA/EsSalud		diseño propuesto.
	con flujo estándar y gobernanza		
	(registro, auditoría, RACI).		

5.3.2. Matriz de corroboración de hipótesis

Tabla 10.

Cuadro 2. Hipótesis ↔ Evidencias ↔ Decisión

Hipótesis literal)	(texto)	Evidencia de entrevistas	de	Evidencia normativa	Evidencia jurisprudencial	Decisión
HG	Es posible armonizar... mediante salvaguardas y control institucional...	Convergencia 01...E-06 en punibilidad condicionada control MINSA/EsSalud.	E- no y	Constitución (dignidad, libre desarrollo, salud; rectoría sanitaria), Ley 29414, Ley 30846.	Ana Estrada: plan/protocolo, junta médica, validación MINSA.	Corroborada
HE1	Incompatibilidades y vacíos (consentimiento, AET, paliativos).	Miedo a registrar; AET inhibida; brechas paliativas (E-02, E-03, E-04, E-06).		Ley 29414 exige consentimiento escrito y proceso natural de morir ; Ley 30846 fija paliativos .	Ana Estrada ordena procedimientos para cerrar vacíos.	Corroborada
HE2	Traslado de principios y subreglas con límites.	Aceptación condicionada (vulnerables, 2. ^a opinión/comité independientes, trazabilidad) en E-01...E-05.		Bloque constitucional y sanitario permiten anclaje.	Colombia/Italia/TEDH/EE. UU.: vida digna, controles y plazos .	Corroborada (con límites)
HE3	Salvaguardas mínimas consensuadas.	Consenso total en checklist (E-01...E-06).		Ley 29414/Ley 30846/Código de Ética sustentan elementos.	Ana Estrada: comité, plazos, validación .	Corroborada
HE4	Diseño normativo–procedimental viable (cláusula + directiva–protocolo).	Aprobación del modelo mixto (E-01...E-06).		Rectoría sanitaria (art. 9 Const.); marco de pacientes/paliativos.	Ana Estrada muestra viabilidad operativa (flux, roles).	Corroborada

5.3.3. Checklist de salvaguardas (para uso operativo)

Tabla 11.

Cuadro 3. Paquete mínimo (C3)

Salvaguarda	Descripción operativa	Evidencia de consenso
Capacidad decisional	Evaluación estructurada (comprensión, apreciación, razonamiento, elección); soporte de salud mental si procede; registro en HCE.	E-01... E-06
Consentimiento informado escrito	Información integral y verificable; formulario único; test de comprensión; revocabilidad .	E-01... E-06
Segunda opinión independiente	Profesional distinto (idealmente otra unidad/institución).	E-01... E-06
Comité interdisciplinario	Clínica, bioética, psicología, trabajo social, legal; acta motivada ; control de conflictos de interés.	E-02... E-06
Plazo de reflexión y confirmación	Ventana temporal razonable; confirmación explícita de voluntad.	E-02... E-05
Paliativos integrados	Ofrecidos antes y durante; registro de intervenciones.	E-01... E-06
Objeción de conciencia	Solo individual; deber de derivación ; prohibida la objeción institucional bloqueante.	E-04... E-06
Registro y auditoría	Formularios únicos; reporte a ente sanitario; auditorías periódicas.	E-01... E-06

5.3.4. Flujo operativo propuesto (texto guía)

Cuadro 4. Flujo estándar (C4)

Información → Evaluación de capacidad → Consentimiento escrito → Segunda opinión → Comité interdisciplinario → Plazo de reflexión y confirmación → (a) Ejecución conforme a lex artis o (b) Plan alternativo AET/paliativos → Registro en HCE → Reporte y auditoría (MINSA/EsSalud).

Nota: En contexto Cusco, incorporar accesibilidad intercultural (intérprete quechua–castellano y materiales bilingües) en Información y Consentimiento.

5.3.5. Riesgos identificados y mitigaciones

Tabla 12.

Cuadro 5. Riesgos ↔ Mitigaciones

Riesgo (de la práctica actual)	Efecto	Mitigación propuesta
Subregistro por temor al art. 112	Vacíos probatorios, inseguridad profesional	Formularios únicos, no punibilidad condicionada cuando se cumplan salvaguardas; capacitación
AET inhibida	Encarnizamiento terapéutico	Protocolo AET con respaldo normativo y trazabilidad
Brecha paliativa	Decisiones tardías/informales; sufrimiento	Fortalecimiento de red paliativa; integración obligatoria en flujo
Conflictos de interés	Riesgo de abuso	Comité con control de COI; 2.ª opinión independiente
Barreras lingüísticas	Vicios del consentimiento	Intérprete y formatos bilingües (Cusco)
Objeción institucional	Bloqueo de acceso	Reconocer solo objeción individual con derivación

5.3.6. Visual de congruencia metodológica (resumen narrativo)

Los resultados presentados se conectan con la matriz de operacionalización (C0–C4), las entrevistas (E-01...E-06), y las tablas de evidencia (documental, normativa y jurisprudencial). La convergencia observada sustenta la corroboración de la hipótesis

general y las cuatro específicas, y entrega un modelo procedimental claro para su eventual desarrollo normativo y sectorial.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA.- Es posible armonizar el mandato de protección penal de la vida con los derechos del paciente a la dignidad, autonomía y consentimiento informado, mediante un modelo regulatorio peruano que permita la despenalización de la eutanasia para casos de muerte médicamente asistida que incorpore salvaguardas clínicas y procedimentales (capacidad, información y consentimiento cualificado por escrito, segunda opinión, comité interdisciplinario, periodo de reflexión, integración de cuidados paliativos, objeción de conciencia con derivación, registro y supervisión) y control institucional (MINSA/EsSalud), sin desnaturalizar la última ratio del derecho penal. La investigación corrobora que la armonización es viable y consistente con el bloque constitucional y sanitario: un régimen de no punibilidad condicionada para supuestos excepcionales, unido a un protocolo sectorial con salvaguardas obligatorias y control institucional (validación, registro y auditoría), permite proteger simultáneamente la vida digna y la autonomía del paciente, preservando la última ratio del Derecho penal para los casos en que faltan garantías.

SEGUNDA.- El análisis sistemático revela incompatibilidades materiales y vacíos operativos entre el art. 112 CP y el bloque sanitario–deontológico (Ley 29414, Ley 30846 y Código de Ética CMP) que, en la práctica clínica, se manifiestan como tensiones en: (a) el ejercicio efectivo del consentimiento informado (especialmente su forma escrita en supuestos de alto riesgo), (b) el respeto del proceso natural de morir y la adecuación del esfuerzo terapéutico, y (c) la oferta efectiva de cuidados paliativos. Se confirma la existencia de antinomias prácticas y vacíos operativos: el temor penal desalienta el consentimiento escrito y la trazabilidad; la adecuación del esfuerzo terapéutico se inhibe pese a la voluntad del paciente; y la oferta desigual de cuidados paliativos introduce

inequidad. Estas tensiones justifican un ajuste normativo–procedimental que blinde el registro clínico, habilite la AET conforme a la *lex artis* y fortalezca la red de paliativos.

TERCERA.- Un núcleo trasladable de principios y subreglas—vida digna como dignidad sustantiva, autonomía decisional del paciente capaz, tríada (paliativos–adecuación–prestaciones), última ratio penal, y controles clínicos para evitar abusos—puede adaptarse al contexto peruano, siempre que se respete: (i) límites de protección de personas vulnerables, (ii) margen de apreciación regulatoria con comités y segunda opinión, y (iii) trazabilidad documental. Se verifica que los principios y subreglas del comparado son trasladables al Perú si se implementan límites claros: protección reforzada de personas vulnerables, independencia de la segunda opinión y de los comités, y trazabilidad documental estricta. La tríada (paliativos–AET–prestaciones) se integra como continuo asistencial y el *ius puniendi* se retrae cuando existen salvaguardas robustas, en congruencia con la última ratio.

CUARTA.- Los actores clave (médicos, juristas, gestores, ética clínica, pacientes/familia) convergen en un mínimo común de salvaguardas indispensables: evaluación estandarizada de capacidad, consentimiento informado cualificado por escrito, segunda opinión independiente, comité interdisciplinario, plazo de reflexión con confirmación de voluntad, integración obligatoria de cuidados paliativos, objeción de conciencia individual con deber de derivación, y registro–supervisión institucional. La evidencia muestra convergencia inter-actoral en un paquete mínimo de salvaguardas. Aplicadas de forma obligatoria, estas garantizan decisiones libres y protegidas, reducen riesgos de abuso y litigiosidad, y brindan seguridad clínica y jurídica. La objeción de conciencia se reconoce solo a título individual con deber de derivación, evitando bloqueos institucionales.

QUINTA.- Un diseño normativo y procedimental viable para el Perú combina: (a) cláusula de no punibilidad de la eutanasia condicionada o ajuste de punibilidad para supuestos excepcionales que cumplan criterios sustantivos (irreversibilidad, sufrimiento intolerable, sostén vital, capacidad y voluntad persistente) y salvaguardas procedimentales; con (b) una directiva–protocolo sectorial (MINSA/EsSalud) que establezca el flujo operativo (información → capacidad → consentimiento escrito → segunda opinión → comité → reflexión/confirmación → ejecución/plan alternativo → reporte y auditoría), manteniendo la última ratio penal para los casos que no satisfacen tales salvaguardas. Se acredita la viabilidad de un modelo mixto: una cláusula penal condicionada (o ajuste de punibilidad) sujeta a criterios sustantivos y a salvaguardas procedimentales, articulada con una directiva–protocolo del MINSA/EsSalud que estandariza el flujo operativo y establece gobernanza (formularios únicos, registro nacional, auditorías y matriz RACI). La última ratio penal se mantiene para incumplimientos y situaciones de riesgo (coacción, falta de capacidad, falseamiento documental).

Las cinco conclusiones guardan correspondencia exacta con las cinco hipótesis y se sostienen en la triangulación de entrevistas, análisis documental, normativo y jurisprudencial. Entregan, además, líneas claras de acción para el capítulo de recomendaciones normativas y procedimentales.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Ajuste mínimo al artículo 112 del Código Penal. Incorpórase una no punibilidad condicionada para casos excepcionales de muerte médicamente asistida, aplicable solo cuando existan garantías comprobables: capacidad decisional evaluada, información clara y consentimiento informado por escrito, segunda opinión independiente, deliberación en comité interdisciplinario, plazo breve de reflexión con confirmación, integración de cuidados paliativos y registro con reporte a la autoridad sanitaria; así se armoniza la protección de la vida con la dignidad y la autonomía, preservando la última ratio penal.

SEGUNDA.- Protocolo nacional único MINSA/EsSalud. Establézcase un procedimiento estándar, breve y obligatorio para todos los hospitales: informar al paciente en lenguaje comprensible (y, si corresponde, en formato bilingüe quechua–castellano), evaluar su capacidad, recabar consentimiento escrito, obtener una segunda opinión, deliberar en comité, respetar un plazo de reflexión con confirmación y, según corresponda, ejecutar conforme a la *lex artis* o optar por AET/paliativos; todo debe registrarse en la historia clínica y auditarse periódicamente para dar seguridad clínica y jurídica.

TERCERA.- Paliativos y AET como piso obligatorio. Antes de cualquier decisión de último tramo, garantícese el acceso real a cuidados paliativos integrales (control del dolor y soporte psicosocial) y a la adecuación del esfuerzo terapéutico para evitar el encarnizamiento; los centros de referencia deben contar con equipos, fármacos y rutas claras de derivación, dejando constancia documentada de cada intervención para asegurar que la decisión del paciente sea libre, informada y justa.

CUARTA.- Registro y auditoría para transparencia. Créese un Registro Nacional, con datos anonimizados y protección de la confidencialidad, donde se asienten de forma simple y verificable las decisiones de fin de vida y el cumplimiento de las salvaguardas; con base en ese registro, realícense auditorías periódicas y publíquense tableros de indicadores agregados que permitan corregir fallas, prevenir abusos y mejorar continuamente el servicio.

QUINTA.- Objeción de conciencia y formación del personal. Reconózcase la objeción de conciencia únicamente a título individual y siempre con deber inmediato de derivación para no bloquear el acceso del paciente; complétese con una capacitación anual, breve y práctica para todo el personal sobre evaluación de capacidad, consentimiento informado, paliativos, AET, ética clínica e interculturalidad, usando plantillas sencillas que faciliten una documentación clara y eviten conflictos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Alejos Rodríguez, B. C., & Rojas Del Pozo, G. V. (2020). La despenalización del homicidio piadoso para lograr la incorporación de la eutanasia a través de un protocolo médico [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo, Huaraz].
- Bances Matallana, E. (2019). El homicidio piadoso y la búsqueda de su despenalización en el marco del ordenamiento penal peruano: Balance y perspectivas—Lima 2018 (Tesis de título profesional, Universidad Privada Norbert Wiener).
- Buriticá-Arango, E. (2023). Eutanasia, suicidio asistido y derechos humanos: Un estudio de jurisprudencia comparada. *Derecho PUCP*, 91, 9–41. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.202302.001>
- Caccia, G. (s. f.). La eutanasia en debate. Instituto para el Matrimonio y la Familia, Universidad Católica San Pablo. <https://ucsp.edu.pe/publicaciones/la-eutanasia-en-debate/>
- Carpio Saldarriaga, S. I. (2020). Despenalización del homicidio piadoso en el Código Penal Peruano [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Piura].
- Colegio Médico del Perú. (2025). Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (3.^a ed.). Lima, Perú: Consejo Nacional del CMP.
- Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C-239/97 (M.P. Carlos Gaviria Díaz). Bogotá, D.C.: Corte Constitucional.
- Corte Constitucional de Colombia. (2014, 15 de diciembre). Sentencia T-970/14 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva). Bogotá, D.C.

Corte Constitucional de Colombia. (2017, 25 de agosto). Sentencia T-544/17 (M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado, Exp. T-6.084.435).

Corte Constitucional de Colombia. (2021, 22 de julio). Sentencia C-233/21 (Exp. D-14043, demanda contra el art. 106 del Código Penal – homicidio por piedad). Bogotá, D. C.

Corte Constitucional de Colombia. (2022, 11 de mayo). Sentencia C-164/22 (Exp. D-14.389, Art. 107 Ley 599 de 2000 – inducción o ayuda al suicidio). Bogotá, D. C.

Corte costituzionale. (2019). Sentenza n. 242 sull'art. 580 c.p. (aiuto al suicidio). Roma: Corte costituzionale.

Corte Superior de Justicia de Lima, Décimo Primer Juzgado Constitucional. (2021, 22 de febrero). Sentencia en el Exp. 00573-2020-0-1801-JR-DC-11 (Acción de amparo).

Dávalos Vásquez, J. L. (2021). La libertad de elegir morir dignamente y la despenalización del homicidio piadoso en el Perú (Trabajo de suficiencia profesional). Universidad Nacional de Cajamarca.

Del Villar Vargas, J. E. (2021). La despenalización de la eutanasia para una muerte digna en Perú [Trabajo de investigación para optar el grado de Bachiller en Derecho, Universidad Continental]. Huancayo, Perú.

<https://www.bbc.com/mundo/articles/clw0gypj7v2o>

Perú. Congreso de la República. (2009, 2 de octubre). Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. El Peruano – Normas Legales.

Redacción BBC News Mundo. (2024, 22 de abril). Perú: muere Ana Estrada, la primera paciente en someterse a la eutanasia tras lograr que el país reconociera el derecho a la muerte asistida. BBC News Mundo.

Saldaña Sánchez, J. R. (2021). El delito de homicidio piadoso y su incidencia en los derechos fundamentales del paciente incurable [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas]. Trujillo, Perú.

Santos Luarte, W. A. (2020). Legalización de la eutanasia en Chile: El derecho a una muerte digna [Tesis de licenciatura, Universidad Miguel de Cervantes].

Timias Lozano, M., & Torres Flores, G. L. (2022). Caso Ana Estrada: Un hito para la eutanasia en la legislación peruana (Tesis para optar el título profesional de Abogada, Universidad César Vallejo, Facultad de Derecho y Humanidades, Escuela Profesional de Derecho). Chiclayo, Perú.

Tribunal Constitucional de España. (1990, 27 de junio). STC 120/1990 (Recurso de amparo 443/1990). Madrid: Tribunal Constitucional.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2011, 20 de enero). Haas vs. Suiza (Solic. n.º 31322/07), Sala Primera. Estrasburgo.

Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997).

IX. ANEXOS

1. PROYECTO DE LEY

“Ley que establece la no punibilidad condicionada en casos excepcionales de muerte médicamente asistida y fortalece la atención del fin de la vida”

I. Exposición de Motivos (síntesis didáctica)

1. Problema: El art. 112 del Código Penal (homicidio piadoso) protege la vida, pero en la práctica genera temor penal, subregistro del consentimiento y bloqueos a la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y a decisiones libres de pacientes con sufrimientos intolerables.
2. Base constitucional y sanitaria: La Constitución reconoce dignidad, vida, libre desarrollo y salud; la Ley 29414 exige consentimiento informado y respeto del proceso natural de morir; la Ley 30846 ordena cuidados paliativos.
3. Solución: Un modelo mixto: (i) no punibilidad condicionada para supuestos excepcionales que cumplan criterios sustantivos y salvaguardas, y (ii) protocolo nacional MINSA/EsSalud con flujo paso a paso, registro y auditoría.
4. Garantías (mínimo común): capacidad evaluada, consentimiento escrito cualificado, segunda opinión independiente, comité interdisciplinario, plazo de reflexión y confirmación, paliativos integrados, objeción individual con derivación, registro y supervisión.
5. Última ratio penal: El Derecho penal se mantiene para incumplimientos (coacción, falsedad, falta de salvaguardas, lucro, conflicto de interés), evitando abusos.

II. Texto Normativo

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley:

a) Establece una causa de no punibilidad condicionada para casos excepcionales de muerte médicamente asistida, y

b) Ordena la emisión de un Protocolo Nacional de decisiones de fin de vida, con registro

y auditoría, garantizando los derechos del paciente y la seguridad jurídica del personal de salud.

Artículo 2. Definiciones esenciales

Para efectos de esta Ley:

1. Muerte médicamente asistida: Prestación clínica, excepcional, realizada por profesional médico, a petición libre, informada, expresa y persistente de un paciente capaz, que padece enfermedad grave e incurable o condición irreversible con sufrimiento físico o psíquico intolerable no mitigable razonablemente con paliativos.
2. Consentimiento informado cualificado: Aquel que consta por escrito, acredita comprensión (riesgos, alternativas y paliativos), es libre de coacción, verificable y revocable.
3. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET): Decisión clínica de limitar/retirar/no iniciar intervenciones fútiles o desproporcionadas, conforme a la lex artis y la voluntad del paciente.
4. Comité Interdisciplinario: Instancia colegiada (medicina, bioética, psicología, trabajo social y asesoría legal) que revisa el caso y emite acta motivada.
5. Objeción de conciencia: Facultad individual del profesional de abstenerse, con deber de derivación inmediata; se prohíbe la objeción institucional bloqueante.

Artículo 3. Modificación del artículo 112 del Código Penal

Incorpórase el siguiente tercer párrafo al artículo 112 del Código Penal:

“No es punible la conducta del profesional médico que, actuando conforme a la lex artis, dentro de un establecimiento autorizado y con control institucional, realiza la muerte médicamente asistida solo si concurrentemente: (a) el paciente es mayor de edad, capaz y padece enfermedad grave e incurable o condición irreversible con sufrimiento físico o psíquico intolerable no mitigable razonablemente; (b) existe información integral y consentimiento informado por escrito, libre y persistente, verificado; (c) se cuenta con segunda opinión independiente; (d) interviene un comité interdisciplinario que emite acta motivada; (e) media un plazo de reflexión razonable y confirmación de la decisión; (f) se

han ofrecido e integrado los cuidados paliativos; y (g) todo el proceso ha sido registrado en la historia clínica y reportado al Registro Nacional correspondiente. La inobservancia de cualquiera de estas condiciones excluye la no punibilidad.”

Artículo 4. Protocolo Nacional de Decisiones de Fin de Vida

El MINSA, en coordinación con EsSalud, aprueba mediante Resolución Ministerial, en un plazo máximo de 120 días hábiles, el Protocolo Nacional que regula el procedimiento paso a paso y los formularios únicos:

2. Información comprensible (y, cuando corresponda, formato bilingüe),
3. Evaluación de capacidad (checklist),
4. Consentimiento informado escrito,
5. Segunda opinión independiente,
6. Comité interdisciplinario (acta motivada y control de conflictos de interés),
7. Plazo de reflexión y confirmación,
8. Ejecución conforme a *lex artis* o alternativa AET/paliativos,
9. Registro en HCE, reporte y auditoría.

El Protocolo fija plazos máximos operativos y una matriz RACI (responsable–aprobador–consultado–informado).

Artículo 5. Piso obligatorio de Cuidados Paliativos y AET

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos se implementa como condición previa y concurrente; cada establecimiento de referencia asegura equipos, fármacos y derivación efectiva. El Protocolo incluye una ruta AET con campos obligatorios en la historia clínica.

Artículo 6. Registro Nacional y Auditoría

Créase el Registro Nacional de Decisiones de Fin de Vida a cargo del MINSA, con datos anonimizados y protección de la confidencialidad. Los establecimientos reportan obligatoriamente el cumplimiento de salvaguardas y tiempos. El MINSA realiza auditorías semestrales y publica indicadores agregados.

Artículo 7. Objeción de conciencia y derivación

La objeción de conciencia es individual y debe presentarse por escrito; en todos los casos, el objetor cumple el deber de derivación inmediata al profesional o equipo no objetor. Se prohíbe la objeción institucional que impida el acceso del paciente.

Artículo 8. Formación obligatoria

El MINSA establece módulos anuales y breves (virtuales/presenciales) para el personal de salud en: evaluación de capacidad, consentimiento y documentación, paliativos, AET, ética clínica e interculturalidad. La certificación es requisito para integrar comités y emitir segundas opiniones.

Artículo 9. Supervisión y responsabilidades

El incumplimiento de salvaguardas, la falsedad documental, la coacción, el lucro o el aprovechamiento de vulnerabilidad excluyen la no punibilidad y se sancionan conforme a la responsabilidad penal y administrativa. El MINSA dicta medidas correctivas cuando las auditorías lo requieran.

III. Disposiciones Complementarias

Primera. Reglamentación

En un plazo de 60 días hábiles, el MINSA adecúa normas técnicas y formatos; en 180 días implementa el Registro Nacional y el sistema de auditoría.

Segunda. Enfoque intercultural y accesibilidad

El Protocolo incorpora intérpretes y formatos bilingües (quechua–castellano u otras lenguas originarias según territorio) para garantizar comprensión y validez del consentimiento.

Tercera. Programa piloto y evaluación

Se implementa un piloto en hospitales de referencia nacional y regional (incluido Cusco) por 24 meses; al término, el MINSA presenta al Congreso un informe de evaluación con datos del Registro y recomendaciones de mejora.

Cuarta. Adecuación de sistemas de información

EsSalud y establecimientos públicos/privados integran el Registro a sus HCE, garantizando trazabilidad y protección de datos.

IV. Anexo operativo (referencial para el Protocolo)

Flujo estándar: Información → Capacidad → Consentimiento escrito → 2.^a opinión → Comité → Reflexión/confirmación → Ejecución o AET/paliativos → Registro HCE → Reporte → Auditoría.

Formularios mínimos: F1 Evaluación de capacidad; F2 Consentimiento informado; F3 Acta de comité; F4 Derivación por objeción; F5 Reporte al Registro.