



Testamento vital en Latinoamérica, dilemas legales y éticos, y propuesta normativa para Ecuador

Living wills in Latin America, legal and ethical dilemmas, and regulatory proposal for Ecuador

José David Bacuilima-Zhañay
jose.bacuilima@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-6521-6045>

Ricardo Agustín Alarcón-Vélez
ricardo.alarcon@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-1910-8527>

RESUMEN

El testamento vital constituye un instrumento jurídico y bioético que garantiza la autonomía y dignidad de los pacientes al final de la vida. En Ecuador, su ausencia de regulación específica genera vacíos normativos, inseguridad jurídica y tensiones éticas en la práctica médica. Este trabajo analiza comparativamente la experiencia latinoamericana en torno a las voluntades anticipadas, particularmente en Colombia, Argentina, Uruguay, México y Brasil, donde se han implementado modelos normativos con distintos alcances. Metodológicamente, se utilizó un enfoque cualitativo, descriptivo y comparativo sobre la realidad del testamento vital en países de la región. Los resultados evidencian que la falta de normativa en Ecuador limita la planificación anticipada de cuidados, expone a los médicos a responsabilidad legal y debilita el derecho a una muerte digna. Se concluye que la incorporación de un marco legal específico es urgente para armonizar principios constitucionales, bioéticos y estándares internacionales de derechos humanos.

Descriptores: derecho; legislación; bioética. (Fuente: Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

Living wills constitute a legal and bioethical instrument that guarantees the autonomy and dignity of patients at the end of life. In Ecuador, the lack of specific regulations creates regulatory gaps, legal uncertainty, and ethical tensions in medical practice. This paper comparatively analyzes the Latin American experience with advance directives, particularly in Colombia, Argentina, Uruguay, Mexico, and Brazil, where regulatory models with varying scope have been implemented. Methodologically, a qualitative, descriptive, and comparative approach was used to examine the reality of living wills in countries in the region. The results show that the lack of regulations in Ecuador limits advance care planning, exposes physicians to legal liability, and weakens the right to a dignified death. It is concluded that the incorporation of a specific legal framework is urgently needed to harmonize constitutional and bioethical principles and international human rights standards.

Descriptors: law; legislation; bioethics. (Source: UNESCO Thesaurus).

Recibido: 27/10/2025. Revisado: 15/11/2025. Aprobado: 23/11/2025. Publicado: 26/11/2025.

Sección artículos de investigación

INTRODUCCIÓN

El testamento vital se define como aquel documento general en el cual se describen las instrucciones dadas por una persona sobre los futuros cuidados de no ser posible la reversión de su estado clínico y al no encontrarse en la capacidad de tomar decisiones, se relaciona con el término procurador de cuidados de salud que se refieren a la elección de un representante que tomaría decisiones en caso de incapacidad del paciente, sus decisiones son respetables pero prevalece la voluntad expresa del paciente, además se recalca que la procura es revocable y se extingue por renuncia del procurador (Gruneke et al., 2023). Las Directivas Anticipadas de Voluntad (DAV) son documentos unilaterales revocables en cualquier momento, en donde una persona expresa su voluntad sobre los cuidados de salud que desea recibir o no, en caso de presentarse incapacidad, pueden incluirse disposiciones de rechazo a procedimientos, soporte vital artificial, tratamientos fútiles, e incluso la autorización o rechazo a incluirse en ensayos clínicos (Rogel et al., 2024)

Es así que se puede ultimar que las voluntades anticipadas surgen del principio bioético de autonomía y de la necesidad de reconocer la vulnerabilidad humana en el proceso de enfermedad avanzada y fin de vida, su origen data al siglo XX con el caso de Karen Ann Quinlan, 1976 con la emisión de la Natural Death Act, California, en Latinoamérica destaca el proceso colombiano asociado a la Ley 1733/2014 que dio inicio a la institucionalización progresiva del Documento de Voluntad Anticipada (Moncaleano & Rodríguez, 2024a). Dentro de Latinoamérica los DAV son instrumentos que garantizan el derecho del paciente a decidir sobre los cuidados en salud, sobre todo al final de la vida, que busca operativizar los principios de autonomía y dignidad frente a la medicalización al morir, son el mecanismo jurídico – clínico que traduce valores del paciente en decisiones aplicables, en donde su efectividad depende de la alfabetización en profesionales y usuarios, sin embargo, resalta el desafío regional ante la falta de implementación o incluso ausencia de normativas (Monteiro & Silva, 2019).

Existe evidencia basta sobre la aceptación del concepto de testamento vital a nivel social y profesional, sin embargo, el nivel de conocimiento es bajo, y por ende su aplicabilidad es limitada, es así que se recomienda ampliar la educación bioética dentro de la formación de pregrado, difundir la normativa existente en cada país para reducir la inseguridad jurídica, favorecer la comunicación médico – paciente – familiar para asegurar las decisiones compartidas, y promover la creación de una legislación específica en caso de no existir, que refuerce la aplicabilidad de los conceptos, orientándose hacia tres puntos clave; sensibilización clínica, alfabetización bioética y creación de marcos legales claros (Chehuen et al., 2015).

Desde la dimensión ética, persiste una confusión entre la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia, la primera es admisible dentro de la *lex artis* y conforme los principios de proporcionalidad clínica, mientras que la segunda ha sido objetivo de debate jurídico reciente en el país, a partir de reformas y sentencias constitucionales, ésta ambigüedad provoca temor a sanciones penales o administrativas en los profesionales sanitarios, quienes, en ausencia de un marco legal claro, tienden a optar por conductas defensivas que no siempre respetan la autonomía del paciente (Lytvynenko & Machovenko, 2025).

En el plano sociocultural, la figura del testamento vital es poco conocida tanto por la ciudadanía como por los propios profesionales sanitarios, a ello se suma la persistencia de una cultura médica paternalista, donde las decisiones suelen recaer en los familiares, incluso por encima de la voluntad previamente expresada por el paciente, este contexto agrava la falta de mecanismos de planificación anticipada de cuidados y debilita la garantía del derecho a una muerte digna (Jami et al., 2023).

En Ecuador, el debate sobre el Testamento Vital se halla marcado por vacíos normativos, tensiones éticas y barreras socioculturales que dificultan su implementación, dentro del ámbito jurídico, pese a que la Constitución reconoce la dignidad humana, autonomía y derecho a la salud como principios fundamentales (artículo 32-36) no hay normativa específica sobre la regulación de las voluntades anticipadas, en la práctica, los profesionales de la salud recurren a disposiciones generales del Código Civil y de la Ley Orgánica de Salud, generando inseguridad jurídica sobre la validez, alcance y obligatoriedad de las decisiones consignadas en un testamento vital (Tardelli et al., 2025).

En relación a los fundamentos constitucionales del Ecuador, el principio de dignidad humana constituye uno de los ejes transversales de la Constitución de la República del Ecuador (2008) el cual es reconocido como valor supremo y base del ordenamiento jurídico, dicho principio se proyecta en el derecho a la autonomía personal, entendido como la facultad de cada individuo de decidir libremente sobre su vida, cuerpo y salud, inclusive en situaciones de enfermedad terminal o incapacidad sobrevenida, a nivel sanitario, la dignidad se relaciona al respeto de las decisiones del paciente sobre los procedimientos o tratamientos médicos, enlazándolo directamente a la figura de voluntades anticipadas, pese a que carezcan de una regulación específica en territorio ecuatoriano (Asamblea Constituyente (2008), 2011; Rogel et al., 2024).

El artículo 32 de la Constitución consagra el derecho a la salud, y a su vez se complementa con el derecho al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la integridad personal en el artículo 66 (numerales 3 y 10), los cuales otorgan al paciente la facultad de rechazar procedimientos médicos considerados invasivos, innecesarios o desproporcionados, en coherencia con el principio de autonomía, no obstante, la ausencia de una normativa clara limita la posibilidad de hacer efectiva la aplicación de derechos de forma práctica, trasladando la toma de decisiones al terreno judicial (Asamblea Constituyente (2008), 2011; Buedo et al., 2023; Tardelli et al., 2025).

En Ecuador, recientemente destaca la sentencia 67-23-IN/24 (2024) en la que la Corte Constitucional reconoció el derecho a la eutanasia, ampliando el debate sobre los derechos al final de la vida, si bien estas resoluciones son consideradas grandes avances sobre el reconocimiento de la autonomía y la dignidad humana, se centran exclusivamente en el concepto de eutanasia (acto médico deliberado de poner fin a la vida de una persona, a petición de la misma, para evitarle un sufrimiento intenso y prolongado derivado de una enfermedad grave, incurable o de un padecimiento crónico e imposibilitante) y no en las voluntades anticipadas, dejando un vacío normativo importante, esta realidad refuerza la necesidad de un marco legal que otorgue seguridad a nivel jurídico para pacientes y profesionales de la salud (Asamblea Constituyente (2008), 2011; Herrería, 2024).

Dada la falta de regulación clara, los pacientes o familiares recurren a mecanismos de protección judicial como acciones de protección o medidas cautelares que garanticen sus derechos en situaciones críticas, en estos casos, los instrumentos previstos en la Constitución y la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, se han usado cuando se aplica la negativa a tratamientos específicos o en conflictos sobre el retiro de medidas de soporte vital, pero su uso frecuente, expone la judicialización innecesaria de la atención en salud y la creciente incertidumbre de médicos ante dichas situaciones (Jami et al., 2023; Rogel et al., 2024).

Existen varios obstáculos en la aplicación de normativas, partiendo del desconocimiento sobre el alcance y validez del testamento vital como figura jurídica para la ciudadanía en general como los profesionales sanitarios, lo que limita la posibilidad de que los pacientes registren su voluntad anticipada o de que los médicos la respeten en contextos críticos (Jami et al., 2023).

En contraste, otros países latinoamericanos han avanzado en marcos legales claros y operativos, que permiten registrar, validar y exigir el cumplimiento de las instrucciones previas del paciente, éste contraste evidencia la urgencia de que Ecuador incorpore una regulación específica y sistemática que armonice los principios constitucionales con las prácticas clínicas y los derechos de los pacientes al final de la vida. Es indispensable un estudio comparativo entre las experiencias normativas latinoamericanas que permita la formulación de lineamientos jurídicos y bioéticos viables para el Ecuador, orientados a garantizar la autonomía del paciente y la seguridad de los profesionales de la salud (Tardelli et al., 2025).

Otro reto lo constituye el paternalismo médico, en una cultura ecuatoriana y latinoamericana en la que se mantiene la tradición de que el médico o incluso los familiares asumen las decisiones por el paciente, incluso cuando éste ha manifestado previamente su voluntad, aunque en muchas ocasiones se justifica en la acción de cuidado y protección del paciente, deriva en la vulneración de su autonomía (Moncaleano & Rodríguez, 2024b). Dentro del mismo orden de ideas, en sociedades sudamericanas la muerte se concibe desde una prisma moral y religiosa que obstaculiza el rechazo a tratamientos o la planificación anticipada del final de la vida, reforzando la resistencia a mecanismos de testamento vital (Buedo et al., 2023).

Las estrategias para superar dichas barreras deben enfocarse en la aplicación de modelos de

educación, difusión y sensibilización que promuevan la aceptación de esta figura, pero que además se acompañen de creación de políticas públicas y formación profesional en bioética, garantizando que se efectivicen mecanismos que protejan la autonomía y dignidad de los pacientes, reduciendo no solo la judicialización de la salud sino el encarnizamiento de los individuos (Tardelli et al., 2025).

Es así que se determina como objetivo de este trabajo de investigación: analizar el impacto de la ausencia de regulación sobre las voluntades anticipadas en Ecuador en relación con la autonomía del paciente y la planificación anticipada de cuidados médicos, mediante la comparación de experiencias normativas latinoamericanas, con el fin de proponer lineamientos jurídicos y bioéticos que permitan construir un modelo ecuatoriano viable y garantista.

MÉTODO

La investigación es de tipo documental, cualitativa y comparativa. Se enmarca en un diseño no experimental y transversal, ya que no se manipulan variables, sino que se analizan textos legales, doctrinarios y científicos vigentes en el momento de la investigación.

El enfoque documental permite examinar las fuentes jurídicas y bioéticas que fundamentan las voluntades anticipadas y el testamento vital en los sistemas latinoamericanos, mientras que el carácter comparativo posibilita identificar similitudes, divergencias y vacíos normativos entre las legislaciones de Ecuador, Colombia, Argentina, Uruguay, México, Brasil y Perú. La aproximación cualitativa se orienta hacia la interpretación jurídica y ética de los contenidos normativos, priorizando la comprensión de su coherencia interna, la validez constitucional y su aplicabilidad práctica dentro del contexto ecuatoriano.

Las fuentes empleadas fueron de tres tipos: normativas, doctrinarias y científicas.

- Fuentes normativas: leyes, resoluciones ministeriales, reglamentos, y sentencias constitucionales de los países objeto de estudio.
- Fuentes doctrinarias: artículos académicos y tratados especializados en derecho sanitario, bioética y derechos del paciente.
- Fuentes científicas: investigaciones publicadas en revistas indexadas de alto impacto, priorizando los artículos publicados en los últimos cinco años con análisis normativo comparado sobre directrices anticipadas, autonomía del paciente y cuidados paliativos.

La recolección de la información se realizó mediante una búsqueda sistemática en bases de datos académicas y jurídicas: Scielo, PubMed, Redalyc, Dialnet, BMC Journals y Legislación Comparada de la CEPAL. Las palabras clave utilizadas fueron: directrices anticipadas, testamento vital, muerte digna y América Latina, combinadas con operadores booleanos (AND/OR) y los nombres de los países de análisis.

Criterios de inclusión:

- Documentos oficiales y leyes vigentes hasta 2025.
- Artículos académicos con revisión por pares publicados entre 2019 y 2025.
- Estudios jurídicos o bioéticos centrados en la autonomía, cuidados paliativos o decisiones al final de la vida.
- Fuentes primarias disponibles en texto completo en español, portugués o inglés.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones sin acceso a texto completo o con duplicidad.
- Opiniones sin sustento jurídico ni metodológico.
- Normativas derogadas o de carácter estrictamente religioso sin valor jurídico vinculante.

El proceso de análisis se desarrolló en cuatro etapas interrelacionadas:

1. Exploración: identificación y recopilación de las normas y estudios relevantes, con elaboración de fichas normativas.



2. Categorización: clasificación de la información en dimensiones jurídica, bioética y sanitaria, estructurando las variables comparativas (definición, requisitos, alcance, límites, protección médica, vínculo con paliativos y riesgos regulatorios).
3. Síntesis comparativa: construcción de matrices normativas para cada país, permitiendo una evaluación transversal de convergencias y divergencias entre marcos legales.
4. Interpretación: integración analítica de los resultados, vinculando los hallazgos con los principios constitucionales ecuatorianos (autonomía, dignidad humana, libre desarrollo de la personalidad y derecho a la salud).

El enfoque metodológico permitió, mediante triangulación teórico–normativa, sustentar la viabilidad jurídica y bioética de un modelo ecuatoriano de testamento vital, considerando tanto las experiencias regionales como los estándares internacionales en derechos humanos y medicina paliativa.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de la investigación:

Tabla 1. *Matriz comparativa sobre Análisis Jurisprudencial en Latinoamérica.*

País / Tribunal	Sentencia	Año	Aspectos jurídicos analizados	Criterios relevantes	bioéticos
Ecuador / Corte Constitucional	Sent. N.º 67-23-IN/24	2024	Reconoce el derecho a una muerte digna en casos de sufrimiento irreversible, pero no se desarrolla en el marco del testamento vital, pronunciándose sobre la inconstitucionalidad parcial de la prohibición absoluta de la eutanasia.	Apoya el principio de autonomía y dignidad frente al sufrimiento, de la mano del derecho a la salud.	
Colombia / Corte Constitucional	Sent. C-233/21	2021	Despenaliza la eutanasia bajo condiciones específicas y con control estricto, reconociendo las directrices anticipadas como mecanismo válido de autonomía.	Promueve el respeto a la autodeterminación y voluntad informada.	
Argentina / Corte Suprema de Justicia	Caso D.M.A. s/ medidas autosatisfactivas	2012	Valida de forma reiterada las directrices anticipadas según la Ley 26.742, reconoce el derecho al rechazo a tratamientos fútiles.	Fortifica el concepto de dignidad en la muerte y libertad de decisión sobre el cuerpo.	
Uruguay / Tribunal de lo Contencioso Administrativo	Sent. 425/2014	N.º 2014	Brinda validez a la Ley 18.473 (2009) sobre voluntades anticipadas y su inscripción en el Registro Nacional.	Garantiza la protección legal de los profesionales de la salud que actúan conforme la última voluntad registrada por el paciente.	
México / Suprema Corte de Justicia de la Nación	Amparo en Revisión 912/2017	2017	Se declara la constitucionalidad de la Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México dada su coherencia con el derecho a una vida digna y la libertad de conciencia.	Fortalece la humanización del proceso de muerte y los cuidados paliativos como expresión del derecho a la salud.	

Elaboración propia con base en sentencias constitucionales y legislaciones nacionales (Corte Constitucional del Ecuador, 2023; 2024; Corte Constitucional de Colombia, 2021; Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012; Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Uruguay, 2014; Suprema Corte de Justicia de la Nación de México, 2017).



Tabla 2. Matriz Comparativa de Voluntades Anticipadas en Latinoamérica.

	Colombia	Argentina	Uruguay	México	Brasil	Perú
Naturaleza	Resolución 2665 (2018) – Ley 1733/2014 (paliativos, obligatoria en sistema de salud)	Ley 26.742 (2012) que modifica Ley 26.529 (2009), normativa nacional y obligatoria	Ley 18.473 (2009), norma nacional con rango de ley	Ley de Voluntad Anticipada CDMX (2008; reformas 2012, 2019), local	Resolução CFM Nº 1.995/2012, obligatoria para médicos vía deontología	RM 939-2021/MIN SA (Plan Nacional de Cuidados Paliativos) carácter administrativo
Definición	Documento de Voluntad Anticipada: manifestación escrita libre de persona mayor de edad	Directivas anticipadas: manifestación escrita para consentir/rechazar tratamientos futuros	Voluntad Anticipada: decisión libre de persona capaz sobre procedimientos en estados terminales.	Voluntad Anticipada: decisión de mayor edad en etapa terminal que no pueda expresarse	Diretivas anticipadas de vontade: deseos previos sobre cuidados/tratamientos cuando incapaz	No hay definición legal única, doctrinalmente 'directrices anticipadas'
Requisitos formales	Mayor de edad, capacidad plena Testigos Notaría o IPS Registro en historia clínica	Capacidad jurídica Escrito firmado Ante notario o autoridad sanitaria Registro clínico	Mayor de edad y capaz Escritura pública o acta notarial Inscripción en Registro Nacional	Mayor de edad Notario o institución de salud con 2 testigos Registro en historia clínica	Mayor de edad Documento escrito Registro en historia clínica (libre o notariado)	No tipificados Documentado en historia clínica
Ámbito material	Aceptar/rechazar tratamientos, designar representante, solicitar paliativos	Rechazar procedimientos quirúrgicos, reanimación, hidratación/alimentación desproporcionada	Rechazar hospitalización, reanimación, hidratación/alimentación artificial, designar representante	Aceptar/rechazar soporte vital, solicitar paliativos, designar representante	Rechazar tratamientos desproporcionados, solicitar paliativos, voluntad sobre soporte vital	Promueve planificación anticipada, rechazo de tratamientos fútiles, control del dolor
Revocación	Revocable/modificable en cualquier momento por escrito; última voluntad prevalece	Revocable en cualquier momento; última manifestación escrita prevalece	Revocable en cualquier momento mediante nueva escritura/acta notarial	Revocable en cualquier momento ante notario o en formato hospitalario con testigos	Revocable en cualquier momento mediante nueva declaración; última voluntad prevalece	No regulado; en práctica clínica prevalece última voluntad en historia clínica
Protecciones médicas	Protección al médico que cumple; objeción de conciencia con deber de remitir	Exención de responsabilidad si actúa conforme a DVA; objeción con obligación de derivar	Protección jurídica al médico; objeción con obligación de derivar	Exención de responsabilidad civil, penal, administrativa; objeción regulada	Protección ética del CFM; conflictos deben documentarse; objeción implícita con justificación	No hay exención específica ni objeción regulada
Vínculo con paliativos	Ley 1733/2014 (obliga redes)	Ley 26.742 incluye facultad	Rechazo de tratamientos	Coordinación explícita	Integración con medicina	Plan Nacional



de atención, control del dolor, PADS)	de solicitar cuidados paliativos	debe acompañarse de cuidados paliativos	con programas de cuidados paliativos	paliativa guías nacionales	y	2021– 2023 integra planificaci ón anticipada con paliativos
---	--	--	---	----------------------------------	---	--

Elaboración propia con base en la normativa vigente de cada país (Colombia: Resolución 2665/2018; Argentina: Ley 26.742/2012; Uruguay: Ley 18.473/2009; México CDMX: Ley de Voluntad Anticipada; Brasil: Resolução CFM N° 1.995/2012; Perú: RM 939-2021/MINSA).

Tabla 3. Matriz comparativa sobre riesgos y vacíos regulatorios.

	Colombia	Argentina	Uruguay	México	Brasil	Perú	Ecuador
Falta de registro centralizado / interoperabilidad	Ausencia de registro nacional unificado	No existe registro nacional obligatorio	Registro nacional (MSP) pero demanda logística	Registro institucional/notarial local, no federal	Registro clínico local, no sistema nacional central	No existe registro formal de directivas	No existe registro oficial centralizado de DVA
Aspectos formales para su emisión / burocráticas	Requisito notarial o institucional puede limitar acceso	Escritura notarial u órgano sanitario puede ser costosa	Escritura pública o acta notarial exige costos y desplazamientos	Notario/institución + requisitos protocolarios	Registro en historia clínica, flexibilidad formal, pero recursos dispares	No hay un formato oficial nacionalmente reconocido	Falta de mecanismos formales reconocidos — barreras de procedimiento
Protección normativa (exención objeción)	Protección al médico que cumple; objeción reconocida con derivación	Exención si actúa conforme; objeción regulada con obligación de derivar	Protección jurídica explícita; reconocimiento de objeción con límites	Exención civil, y penal administrativa regulada	Protección ética del CFM; objeción implícita con documentación	Ausencia de protección legal específica	No existe exención ni norma que modere responsabilidad del profesional
Falta de articulación con cuidados paliativos	Integrado en Ley 1733 de 2014	Ley vincula directivas con paliativos	Rechazo de tratamientos exige paliativos obligatorios	Coordinación explícita con programas paliativos	Integración con medicina paliativa y guías nacionales	Plan Nacional impulsa esa articulación	Reconocido en norma general de salud pero no vinculado explícitamente

Elaboración propia a partir del análisis comparativo de las normativas nacionales y locales sobre voluntades anticipadas y cuidados paliativos en América Latina (Colombia, Argentina, Uruguay, México, Brasil, Perú y Ecuador).

DISCUSIÓN

La inexistencia de legislaciones específicas sobre testamento vital o voluntades anticipadas en Ecuador constituye un vacío de gran significancia dentro del Derecho Médico contemporáneo, pese a que la Constitución de la República (arts. 32 y 66) consagra la autonomía de la voluntad, la dignidad humana y el derecho a decidir libremente sobre el propio cuerpo y la salud, en la práctica estas garantías se ven limitadas por falta de desarrollo normativo.

Los casos relacionados con decisiones al final de la vida se resuelven de forma casuística y fragmentada por medio de acciones de protección o medidas cautelares, generando inseguridad jurídica tanto para pacientes como para profesionales de la salud. Esta realidad contrasta con los avances de países latinoamericanos que han desarrollado marcos legales vinculantes y

claros, como Uruguay, Argentina, Colombia y México, dentro de los cuales encontramos referentes importantes de buenas prácticas y coherencia normativa (Tardelli et al., 2025).

Desde el plano jurídico, el principal problema radica en la ausencia de una normativa con rango de ley que reconozca y regule formalmente la figura del testamento vital, en Ecuador, los profesionales deben basarse en disposiciones generales del (Código Civil, 2022) y la (Ley Orgánica de La Salud , 2015), cuerpos normativos que no contemplan de forma expresa la planificación anticipada de cuidados, la consecuencia es un contexto de inseguridad jurídica, en el que los médicos se enfrentan al riesgo de sanciones disciplinarias o penales por errores en la interpretación de decisiones de pacientes en estado de incapacidad o terminal, a lo cual se suma, la ambigüedad entre la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia, figura que recientemente fue debatida tras la sentencia 67-23-IN/24 (2024) de la Corte Constitucional. Tales precedentes abren discusiones relevantes, pero no sustituyen de ninguna manera una ley de voluntades anticipadas, sino abordan supuestos excepcionales, no la regla general de la planificación de decisiones futuras.

En la comparación regional, se ha podido evidenciar que en Colombia la Resolución 2665/2018 y la Ley 1733/2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) garantizan un registro legítimo de la voluntad anticipada, integrado en la historia clínica y con vinculación directa con cuidados paliativos; en Argentina la Ley 26.742 (2012) establece un marco legal robusto que protege al paciente y al profesional, reconociendo la exención de responsabilidad de los profesionales que actúen conforme la directriz anticipada, en Uruguay, mediante la Ley 18.473 (2009), avanza un paso más con la creación de un Registro Nacional de Voluntades Anticipadas dirigido exclusivamente por el Ministerio de Salud Pública, concediendo certeza documental, en México, la Ley de Voluntad anticipada (2008) permite al individuo manifestar su decisión ante un notario o una institución de salud, aportando de flexibilidad procedimental y cobertura institucional.

Con estas experiencias se ha podido demostrar que la existencia de un marco legal específico para voluntades anticipadas reduce la judicialización de conflictos, delimita responsabilidades y asegura la efectividad del principio de autonomía.

En la dimensión ética, en Ecuador predomina el modelo medico paternalista, en donde las decisiones sobre tratamiento o prolongación de la vida recaen en familiares o en los propios profesionales, incluso por encima de la voluntad previamente expresada por el paciente, traducándose en intervenciones fútiles o desproporcionadas que podrían comprometer la calidad de vida (Tardelli et al., 2025), en abierta contradicción al derecho a una muerte digna, se contrasta con lo observado en Argentina (Ley 26.742, 2012) y Uruguay (Borches, 2021), que reconocen legalmente el derecho a rechazar tratamientos invasivos, avalando el acceso simultáneo a cuidados paliativos integrales que preserven la dignidad del paciente; Brasil (Resolução CFM No 1.995/2012, 2012) integra las directrices anticipadas de voluntad con el deber profesional de respeto a la autonomía, dotando de soporte ético – institucional a las decisiones de fin de vida. En Colombia (Ley 1733 de 2014, 2014) y México (Ley de Voluntad Anticipada Para El Distrito Federal , 2008) existen formatos oficiales y registros interoperables en la historia clínica que mejoran la trazabilidad de las decisiones médicas y evita conflictos posteriores, en contraste, con el vacío institucional en Ecuador, que propicia que la relación médico – paciente se desarrolle dentro de un marco de incertidumbre y riesgo, contrario a la ética profesional y seguridad del paciente.

El análisis comparativo permite identificar un patrón progresivo de consolidación de normas en Latinoamérica, sobre todo en países como Uruguay y Argentina que cuentan con leyes nacionales que certifican la uniformidad, claridad y mecanismos de protección legal (Borches, 2021; Ley 26.742, 2012), Colombia y México ofrecen modelos flexibles de acceso, con formalización notarial o instruccional articulados con cuidados paliativos (Ley 1733 de 2014, 2014; Ley de Voluntad Anticipada Para El Distrito Federal , 2008), Brasil, pese a que no es una del del congreso, mantiene la obligatoriedad ética del respeto a las directrices anticipadas mediante su Consejo Federal de Medicina (Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021), y al final, Perú, pese a que carece de una ley específica, avanza firmemente en la institucionalización de la planificación anticipada a través de su Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2021-2023)

En base a los resultados descritos, se demuestra que la regulación del testamento vital es jurídicamente viable y éticamente necesaria. Ecuador dispone de un marco constitucional avanzado en materia de derechos, pero su eficacia se ve limitada por la falta de desarrollo legislativo, en este sentido, incorporar una ley sobre voluntades anticipadas fortalecería el respeto a la autonomía, reduciría conflictos familiares y judiciales, es importante mencionar que el reto, no solo es normativo, sino también de índole educativo y cultural, implicando la promoción ciudadana y del personal de salud hacia la comprensión clara del derecho a decidir al final de la vida.

El marco legislativo ecuatoriano debería distinguir con claridad los conceptos relacionados con el consentimiento informado que opera aquí y ahora, con las directrices anticipadas que proyectan la voluntad a escenarios futuros de incapacidad y decisión por representación, que no sustituye la autonomía del paciente, sino la interpreta y ejecuta por medio de sus preferencias previas, en Colombia, Uruguay y México la ley habilita un apoderado para decisiones en salud, siendo una figura crucial para evitar que prevalezcan voluntades familiares dispares o inercia institucional (Beauchamp & Childress, 2019; Borches, 2021; Ley 1733 de 2014, 2014; Ley de Voluntad Anticipada Para El Distrito Federal , 2008).

La regulación debería precisar el alcance material de las directrices anticipadas en cuanto a rechazo de tratamientos desproporcionados; límites a reanimación, ventilación o alimentación/hidratación artificial; manejo de dolor y sedación paliativa; y vinculación expresa con paliativos, esta delimitación otorga previsibilidad al equipo médico, reduce la litigiosidad y protege a los profesionales que actúan de buena fe conforme a la voluntad registrada (Borches, 2021; Ley 26.742, 2012; Ley 1733 de 2014, 2014; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012; Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021).

Desde la perspectiva procesal, es mandatorio desjudicializar la toma de decisiones creando cauces administrativos: registro electrónico interoperable, formularios estandarizados, protocolos hospitalarios y comités de ética; las acciones de protección deberían reservarse para casos residuales (disputas graves, fraude, incapacidad de verificación), el tránsito desde el juez hacia el dispositivo administrativo-clínico es consistente con la experiencia comparada y con la finalidad de asegurar derechos sin fricciones (Borches, 2021; Ley 1733 de 2014, 2014; Ley de Voluntad Anticipada Para El Distrito Federal , 2008; Moreno, 2020; Rogel et al., 2024).

Es clave educar tanto jurídica como clínicamente en la distinción entre los términos limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia, la primera consiste en no iniciar o retirar intervenciones que no aportan beneficio proporcional, cuando prolongan el proceso de morir con sufrimiento, contrariando no maleficencia y proporcionalidad terapéutica, y la eutanasia, en cambio, implica una acción dirigida a causar la muerte; su debate en Ecuador, aunque relevante, no supe la necesidad de directivas anticipadas (Beauchamp & Childress, 2019; Gómez et al., 2023; Herrería, 2024).

Las directrices anticipadas o testamento vital canaliza la autonomía sin imponer al profesional prácticas contrarias a la *lex artis* ni a la ley, por ello, la regulación debe articular dos garantías simultáneas: fuerza vinculante de la voluntad anticipada válida y verificable, y exención de responsabilidad para el profesional que actúa conforme a esa voluntad, más un régimen de objeción de conciencia con obligación de derivación (modelo Argentina/Uruguay), este equilibrio reduce la práctica defensiva y promueve decisiones humanizadas centradas en el paciente (Ley 26.742, 2012; Ley 1733 de 2014, 2014; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012; Tardelli et al., 2025).

Un marco normativo eficaz no termina en la ley, se implementa, la comparación entre normativas sugiere cinco ámbitos: registro nacional interoperable; integrado a la historia clínica electrónica, accesible por prestadores de salud, fácil verificabilidad para evitar falsificaciones y disputas de última hora, necesidad de doble vía de formalización (notarial o institucional) para evitar que cuestiones costo/localización geográfica bloqueen el derecho, protocolos clínicos y roles definidos en los que se incluya una hoja de ruta para médicos, enfermería, trabajo social, psicología y bioética, checklists de verificación, inclusión en hojas de ingreso, y activación de comité de ética en caso de discrepancias (Ley 1733 de 2014, 2014; Ley de Voluntad Anticipada

Para El Distrito Federal , 2008; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012).

También deberá ofrecer protección del profesional: cláusula de exención civil/penal/administrativa cuando se actúe conforme a la voluntad anticipada válida, y se incluye la integración con cuidados paliativos: la negativa a tratamientos invasivos no es abandono; sino activa un plan de control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, desarmando la falsa dicotomía curar versus dejar morir y se alinea la práctica con muerte digna (Borches, 2021; Ley 26.742, 2012; Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021).

Una objeción frecuente es que el testamento vital podría beneficiar solo a sectores urbanos con acceso a notaría y alfabetización jurídica, para neutralizar ese sesgo, la ley debería: aceptar lenguajes claros y formatos multilingües (interculturalidad), con pictogramas y versiones en lenguas ancestrales cuando corresponda, incluir tomadores de huellas y validaciones por autoridad sanitaria para personas que no firman, Incorporar brigadas comunitarias (consejerías de derechos del paciente) que expliquen la figura en barrios y zonas rurales, prever derivaciones telemáticas para registro y consulta del DVA en telemedicina, eximir de tasas a grupos vulnerables y reconocer como equivalentes los documentos de última voluntad emitidos en otros países latinoamericanos cuando cumplan estándares mínimos (principio de reconocimiento mutuo) (Beauchamp & Childress, 2019; Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021).

Así, las directrices anticipadas dejan de ser un lujo urbano y se convierte en una garantía universal, se buscaría además: gestión de conflictos: familia, pluralismo y comités de ética Buena parte de la conflictividad se origina en la disonancia entre la voluntad del paciente y expectativas familiares (o creencias del equipo). La regulación debería: establecer que prevalece la voluntad anticipada válida del paciente frente a la opinión de terceros (salvo prueba de vicios del consentimiento), crear comités de ética asistencial con capacidad de emitir dictámenes breves y motivados en menos de 24–48 horas para orientar al equipo, prever mediación clínica como etapa previa a la judicialización, incluir reglas de desempate: al no existir directrices previa y ante aceptación de la familia, se deberá priorizar el interés mejor interpretado del paciente, guiado por biografía, valores y creencias conocidas, esta arquitectura reduce litigios, da tiempos claros y protege a todos los involucrados (Gómez et al., 2023; Ley 1733 de 2014, 2014; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012; Rogel et al., 2024).

Para evitar una ley de papel, el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo deberían monitorear, al menos, los siguientes indicadores: tasa de directrices registradas por 100.000 habitantes (nacional y por provincias), tiempo medio de verificación de DVA en urgencias (minutos), porcentaje de historias clínicas con campo DVA diligenciado al ingreso, número de conflictos resueltos por comité de ética versus judicializados, satisfacción de familias y profesionales (encuestas anuales), cobertura en cuidados paliativos en pacientes con testamento vital activo, capacitaciones impartidas y personal formado en bioética/decisiones al final de la vida (Ley 1733 de 2014, 2014; Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021; Tardelli et al., 2025).

La presencia de objeciones previsibles y respuestas ante pugnas como abrirá la puerta a la eutanasia, la respuesta no, la directriz anticipada regula el rechazo o limitación de tratamientos fútiles, no autoriza actos ilícitos, se tendrá que incluir cláusula expresa de exclusión de prácticas eutanásicas (modelo Argentina/Uruguay), los médicos quedarán desprotegidos; al contrario, una buena ley exime de responsabilidad cuando se actúa conforme a una directriz previa válida y documentada, y prevé objeción con derivación; las familias perderán voz: la familia no desaparece; su función se vuelve coherente con la autonomía del paciente (acompañar y, en su caso, ejecutar la voluntad del representado), se abusará de la figura: la verificación de capacidad al momento de otorgar, los testigos, la posibilidad notarial o institucional y el registro electrónico blindan el proceso; los comités de ética y la vía judicial quedan para casos de fraude o controversia (Beauchamp & Childress, 2019; Borches, 2021; Ley 26.742, 2012; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012).



Es importante la presencia de una ley que defina el testamento vital, además establezca requisitos formales, alcance material, límites, protección de profesionales, objeción y vínculo con paliativos y la creación del Registro Nacional de Voluntades Anticipadas e integración con historia clínica electrónica, asimismo la creación de protocolos hospitalarios; comités de ética; formación obligatoria en bioética y decisiones al final de la vida (médicos, enfermería, trabajo social, jurídicos), formularios estándar (notarial e institucional), guías de comunicación clínica y listas de verificación (Borches, 2021; Ley 26.742, 2012; Ley 1733 de 2014, 2014; Ley de Voluntad Anticipada Para El Distrito Federal, 2008; Resolução CFM No 1.995/2012, 2012; Resolución Ministerial No 939-2021/MINSA - Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos Para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas En El Perú 2021 - 2023, 2021).

CONCLUSIONES

La falta de una regulación clara sobre las voluntades anticipadas y el testamento vital limita la autonomía de los pacientes y genera inseguridad jurídica en los profesionales de la salud. Esta carencia no solo perpetúa prácticas paternalistas en la toma de decisiones, sino que también aumenta el riesgo de judicialización de los conflictos, lo que resalta la urgencia de una legislación adecuada para proteger tanto a los pacientes como a los profesionales.

La experiencia en otros países latinoamericanos evidencia la efectividad de prácticas jurídicas y éticas sólidas, tales como el registro interoperable, la protección al profesional y la integración de cuidados paliativos. Estos modelos deberían ser adoptados por Ecuador, incorporando un enfoque de equidad e interculturalidad, para garantizar un modelo de atención en salud que respete la autonomía de los pacientes y facilite la humanización de la muerte.

La implementación de un registro nacional de voluntades anticipadas, junto con la vinculación obligatoria con los cuidados paliativos, es esencial para garantizar que los pacientes puedan ejercer su derecho a decidir sobre su tratamiento y final de vida. Este sistema no solo favorecería la autonomía de los pacientes, sino que también ofrecería un marco de seguridad jurídica a los profesionales de salud.

A pesar de los hallazgos y las buenas prácticas identificadas, la investigación señala la necesidad de realizar estudios cualitativos que incluyan las percepciones de pacientes, familias y profesionales. Además, se sugiere la realización de pilotos hospitalarios para evaluar la implementación de la DVA y un análisis costo-beneficio para valorar la viabilidad y el impacto de la creación de un registro nacional de voluntades anticipadas y la formación en bioética.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica de Cuenca y su maestría en derecho médico.

REFERENCIAS

- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial Suplemento 449. <https://www.cec-epn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitucion.pdf>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of biomedical ethics. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Borches, F. (2021). Ley de voluntad anticipada. *Revista Médica del Uruguay*, 37(3), 1–8. <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/744>
- Buedo, P., Sánchez, L., Ojeda, M. P., Della Vedova, M. N., Labra, B., Sipitria, R., Centineo Aracil, L., Cosentino, S., Varela, I., Yabar Varas, C., Apaza, G., Krasnow, A., Vilchez, S., & Luna, F. (2023). Consentimiento informado y directivas anticipadas: Análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, 25–44.



<https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.41678>

- Chehuen, J., Ferreira, R., Silva, N., & Delgado, Á. (2015). Testamento vital: O que pensam profissionais de saúde? *Revista Bioética*, 23(3), 572–582. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233094>
- Congreso de la Nación Argentina. (2012). *Ley No. 26.742. Modifica la Ley No. 26.529 sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-242-2012-195476/texto>
- Congreso de la República de Colombia. (2014). *Ley No. 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra). Cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles*. Diario Oficial de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>
- Conselho Federal de Medicina. (2012). *Resolução CFM No. 1.995/2012. Regulamenta a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957*. Diário Oficial da União. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2024). *Sentencia No. 67-23-IN/24*. https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUUnLCB1dWlkOidINzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdiYzVkYT Y3NGQucGRmJ30=
- Gómez, C., Sánchez, A., & García, D. (2023). Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales: Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 22(3), 586–619. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554661>
- Gruneke, L., de Aquino, S., Fachini, J., Provin, L., & Brandes, S. (2023). Testamento vital: Conocimiento docente y académico de una escuela de medicina. *Revista Bioética*, 31, 1–12. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233292es>
- Jami, A., Falcón, E., & Padrón, L. (2023). Factores que limitan la planificación de voluntades anticipadas desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Qualitas Revista Científica*, 26(26), 1–13. <https://doi.org/10.55867/qual26.02>
- Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (2008). *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. <https://www.congresocdmx.gob.mx/archivo-f388d1eecb7022661d0cca9cdfd617f517981641.pdf>
- Lytvynenko, A. A., & Machovenko, J. (2025). Constitutional and international-legal dimensions of patient autonomy in the practice of the Supreme Court of Argentina. *Teisé*, 135(1), 128–149. <https://www.journals.vu.lt/teise/article/view/42282/39587>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021). *Resolución Ministerial No. 939-2021/MINSA. Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas 2021–2023*. Diario Oficial El Peruano. <https://www.aspefam.org.pe/normas/covid19/307-RM-938-2021-MINSA.pdf>
- Moncaleano, J., & Rodríguez, M. (2024). Voluntades anticipadas: Revisión histórica, legislación y perspectivas en la relación clínica. *Medicina y Ética*, 35(4), 1194–1261. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n4.06>
- Monteiro, R., & Silva, A. (2019). Diretivas anticipadas de vontade: Percorso histórico na América Latina. *Revista Bioética*, 27(1), 86–97. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
- Moreno, F. (2020). El testamento vital o voluntad anticipada. *Killkana Social*, 4(3), 43–56. <https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v4i3.510>
- Rogel, J., Calderón, M., & Durán, A. (2024). El debate de la eutanasia y el derecho a la muerte digna en el Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 245–268. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12170



Tardelli, N.R., Fukushima, F.B., van der Steen, J.T. et al. (2025). Mapping advance care planning and advance directives in Latin America. *BMC Palliative Care*, 24(1), 226–236. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01849-5>

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>