




DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1046>

Principios y dilemas éticos en los discursos de los profesionales de la salud familiarizados con la atención al final de la vida a partir del documento de voluntades anticipadas

Ethical principles and dilemmas in the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the Advanced Directives Document

Ana Milena Álvarez Acuña^{a,b} , Julián Camilo Riaño Moreno^{b,c} , Jhonatan López Neira^b ,
Omar Fernando Gomezese Ribero^{a,d} 

^a Postgrado en Anestesiología y Reanimación, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

^b Departamento de Bioética, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

^c Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia.

^d Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia.

Correspondencia: Carrera 43A No. 1 SUR 100. Anestesiari. Edificio Sudameris. Medellín, Colombia.

E-mail: amalvarez_23@yahoo.es

Resumen

¿Qué sabemos acerca de este problema?

La aplicabilidad del DVA no depende exclusivamente del marco legal, también involucra la ética y la orientación al valor de los profesionales de la salud. La obligación moral de respeto y cumplimiento del DVA y/o voluntades anticipadas se enmarca en el principio de respeto a la autonomía.

¿Qué aporta este estudio de nuevo?

A pesar que el alcance del DVA es en escenarios clínicos irreversibles, los profesionales de la salud identifican un auténtico dilema ético entre el principio de respeto a la autonomía y el principio de beneficencia. El principio de respeto a la autonomía no es un imperativo moral absoluto, y puede ser supereditado por la obligación de actuar en el mejor interés del paciente.

¿Como citar este artículo?

Álvarez Acuña AM, Riaño Moreno JC, López Neira J, Gomezese Ribero OF. Ethical principles and dilemmas in the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the Advanced Directives Document. Colombian Journal of Anesthesiology. 2023;51:e1046.

Introducción: El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) es una herramienta eficaz para planificar la futura atención médica ante la posible pérdida de autonomía. En la atención al final de la vida surgen dilemas éticos; entre los cuáles se destacan el principio de respeto a la autonomía y la posible beneficencia que implica la atención en salud que conlleva angustia moral en los profesionales.

Objetivo: Identificar los principios y dilemas éticos que emergen de los discursos de los profesionales de la salud familiarizados con la atención al final de la vida a partir del DVA.

Metodología: Estudio cualitativo con enfoque hermenéutico de 253 respuestas a la pregunta exploratoria: ¿Está usted dispuesto a respetar un DVA en paciente inconsciente cuando usted cree que el paciente se beneficiaría de lo contrario?

Resultados: Los profesionales en su mayoría reconocen el respeto al DVA como obligación ética, para una minoría como un derecho legal. Para la mayoría, los principios éticos de respeto al DVA se reconocen bajo la teoría ética del individualismo liberal. El respeto al agente autónomo se correlaciona con el principio de no maleficencia y el valor de la dignidad humana. El principio de beneficencia y el concepto de calidad de vida fueron expuestos como auténticos dilemas morales. La condición clínica reversible, la solicitud de eutanasia, la familia y la legibilidad de las voluntades anticipadas fueron expuestos como aparentes dilemas morales.

Conclusiones: En el proceso de toma de decisiones al final de la vida existen otras perspectivas éticas válidas más allá del principialismo. Los dilemas identificados muestran la complejidad ética a la que se enfrentan los profesionales de la salud a partir del DVA.

Palabras clave: Dilemas éticos; Autonomía; Documento de voluntades anticipadas; Voluntad anticipada; Dignidad; Atención final de la vida; Colombia.

Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co

Copyright © 2022 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

Introduction: The Advanced Directives Document (ADD) is an efficient tool to plan for future medical care in case of a potential loss of autonomy. Ethical dilemmas arise in end-of-life care, including the principle of respect for autonomy and potential beneficence involved in health care, leading to moral distress of practitioners.

Objective: To identify the ethical principles and dilemmas arising from the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the ADD.

Methods: Qualitative study with a hermeneutics approach based on 253 answers to the following exploratory question: Are you willing to respect the ADD of an unconscious patient when you think that the patient may benefit otherwise?

Results: Most practitioners acknowledge their respect for the ADD as an ethical obligation, whilst a minority consider it a legal right. For the large majority of practitioners, the ethical principles of respect for the ADD are recognized under the ethical theory of liberal individualism. Respect for autonomy is associated with the principle of non-maleficence and the value of human dignity. The principle of beneficence and the quality of life concept were presented as genuine moral dilemmas. A reversible clinical condition, the request for euthanasia, the family and the legibility of anticipated directives were submitted as apparent moral dilemmas.

Conclusions. During the end-of-life decision making process, there are other valid ethical considerations beyond principlism. The dilemmas identified show the ethical complexity healthcare practitioners face based on the ADD.

Keywords: Ethical dilemmas; Autonomy; Advance directives document; Advance directives; Dignity; End-of-life care; Colombia.

INTRODUCCIÓN

El tema de las actitudes de los médicos frente al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) suscita interés en la literatura por sus implicaciones tanto éticas como legales. Diferentes problemas emergen alrededor de su acatamiento, el más importante es la escasa implementación del DVA (1-4), a lo cual se suma otros de carácter moral, como la falta de respeto y cumplimiento de las voluntades anticipadas (VA) que han sido otorgadas, por parte de los profesionales de la salud (5-8).

La discusión alrededor de la aplicación irrestricta de las VA en la práctica clínica no puede separarse de la ética y los valores morales de los profesionales de la salud. El principio de respeto a la autonomía prospectiva es el fundamento bioético de las VA (9) y un factor importante en las actitudes positivas del médico hacia el DVA (10). En el cumplimiento de las VA, el profesional de la salud puede expresar conflictos personales contrarios a los deseos, valores y preferencias morales de los pacientes y, hasta puede ser de difícil aceptación las VA lo cual conlleva una angustia moral que puede convertirse en residuo moral (11).

En la atención médica al final de la vida surgen dilemas éticos. Por una parte, existe

la obligación moral del respeto de las VA para el profesional de la salud y la familia enmarcado en el Principio de respeto de la autonomía. Por otra, existe la obligación de hacer lo que se concibe como mejor para el paciente en el contexto clínico concreto, supeditado al Principio de beneficencia. Adicionalmente, los profesionales de salud se ven obligados a no incurrir en daño o en tratamiento fútiles que lleven a perpetuar el sufrimiento para el paciente. Lo anterior corresponde a los principios éticos en la perspectiva ética de Beauchamp y Childress; estos principios no son jerarquizados, por lo tanto, en situaciones clínicas concretas es posible que los profesionales de salud se enfrenten a dilemas éticos que conlleven sobrecarga moral y, con ello, se dificulta el proceso de toma de decisiones. Además, comprender las circunstancias, los aspectos morales de los individuos y comunidades que se ven enfrentadas a este tipo de dilemas es fundamental en la búsqueda de alternativas de solución. En Colombia no se han estudiado los dilemas éticos frente al respeto del DVA o las VA, ni los principios éticos y/o valores morales en los que se sustentan las decisiones y cursos de acción de los profesionales de la salud. Esta investigación tiene como propósito explorar los

principios y dilemas éticos en los discursos de un grupo de profesionales de la salud familiarizados con la atención al final de la vida a partir del DVA.

MÉTODOS

La presente investigación es un estudio anidado en el proyecto marco titulado: "Documento Voluntades Anticipadas: conocimientos y experiencias de profesionales de la salud en Colombia" (1), publicado en la Revista Colombiana de Anestesiología el 04 de noviembre de 2021, "disponible en <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/1012>". En breve, "este estudio concluye que la percepción general de los profesionales de la salud sobre el número de DVA suscrito por los pacientes sigue igual después de reglamentada la Resolución 2665 de 2018 en Colombia, el conocimiento de los profesionales respecto a este tema es escaso y que en la actualidad siguen existiendo barreras para la realización del DVA".

Se diseñó un estudio cualitativo estructurado con el método de análisis hermenéutico de Braun y Clark (12). La muestra del estudio incluyó profesionales de la

salud registrados en la base de datos de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, Liga Colombiana contra el Cáncer, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación y Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo con vigencia a 31 de enero del 2021. Dentro del texto los nombramos como profesionales de la salud familiarizados con la atención al final de la vida. Al desconocer el total de la población no hubo un cálculo de tamaño de muestra y el muestreo se obtuvo a conveniencia. Los investigadores invitaron a participar a cada Sociedad y esta, a su vez, envió la invitación y encuesta por correo electrónico a cada afiliado dos veces con intervalo de una semana. La encuesta fue estructurada por los investigadores sin una prueba piloto de validación. La encuesta se contestaba por única vez por participante. Se obtuvo un porcentaje de respuesta de 4,54 %. El ámbito laboral de los profesionales fue: Unidad de cuidados intensivos en el 34%, quirófano 15% y, unidades de Dolor y Cuidado Paliativo en el 10,13% ; con una mediana de 9 años de experiencia laboral entre los participantes.

Los profesionales de la salud que contestaron de manera abierta la pregunta 9 de la encuesta anónima y voluntaria fue el criterio de inclusión. La pregunta presenta un conflicto ético entre los principios de beneficencia y autonomía para explorar los argumentos del profesional de salud de respetar (o no) el DVA. La pregunta exploratoria dice: “¿Está usted dispuesto a respetar un DVA en paciente inconsciente cuando usted cree que el paciente se beneficiaría de lo contrario?” De 533 participantes, “los profesionales de salud afirman en un 86,6 % respetar un DVA, aunque el paciente pueda beneficiarse de lo contrario”(1). Solo 253 participantes contestaron la pregunta de investigación con respuesta abierta y voluntaria; los elementos discursivos libres de 253 profesionales de la salud para respetar o no el DVA son la unidad de observación en esta investigación.

Categorías de análisis

Las variables se proponen a partir de la operacionalización de conceptos y luego un proceso de descomposición analítica de las principales categorías del estudio. Se configuró una matriz de hermenéutica con los elementos clave del principalismo bioético para luego confrontarlas con las estructuras discursivas tomadas como unidad de análisis. Esta matriz de análisis pasó por la revisión exhaustiva de los investigadores buscando coherencia en la ruta hermenéutica entre los conceptos y los indicadores discursivos, con el fin de dar cuenta de procesos de fundamentación y saturación, característicos de la propuesta analítica de la teoría fundamentada. Finalmente, la matriz hermenéutica desarrollada permitió el consenso entre los analistas partir de la implementación juiciosa de la inducción analítica y el método comparativo constante, procesos que permitieron dar coherencia a la interpretación de la información analizada. El análisis se realizó en el software ATLAS.ti v 9.

Aspectos éticos

La presente investigación según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, de acuerdo al Título II en su

artículo 11, se clasifica sin riesgo para el ser humano porque no hay intervención (13). El uso de la fuente de información fue aprobado con el radicado CEI 2021-02299, del día 20 de abril de 2021 del Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Fundación Cardiovascular de Colombia en Bucaramanga. Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado. Cada sociedad médica participante ejecutó las normas de confidencialidad para el manejo de datos según sus estatutos. Los datos recopilados se resumieron e informaron en conjunto y se utilizaron solo con fines científicos.

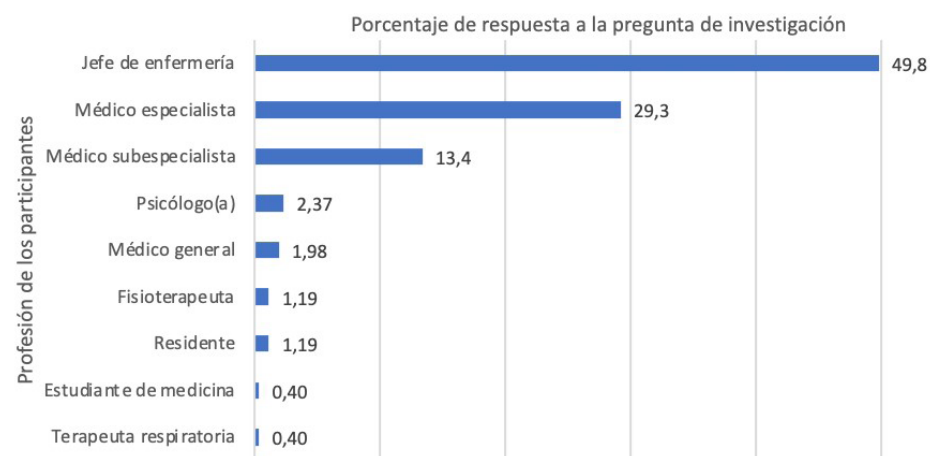
RESULTADOS

Características generales de la población de estudio

La distribución profesional de los participantes fue así: jefes de enfermería (47,83%), médicos especialistas (29,25 %) y subespecialistas (13,44 %). En la categoría de otros (9,48%) se incluyen: psicología, medicina general, terapia física, terapia respiratoria, residente y estudiante de medicina (Figura 1); y la discriminación profesional por respuesta abierta afirmativa o negativa a la pregunta de investigación (Tabla 1).

La distribución laboral fue conformada por el 33,2 % en unidad de cuidados inten-

Figura 1. Profesión de los participantes.



Fuente: Autores.

Tabla 1. Distribución por profesión de respuestas abiertas afirmativas y negativas a la pregunta de investigación.

Profesión	Respuestas afirmativas o negativas a la pregunta de investigación		Total de respuestas de los participantes
	No	Sí	
Jefe de enfermería	19	107	126
Médico especialista	12	62	74
Médico subespecialista	3	31	34
Psicólogo(a)	2	4	6
Médico general	1	4	5
Fisioterapeuta	0	3	3
Residente de medicina	0	3	3
Estudiante de medicina	0	1	1
Terapeuta respiratoria	0	1	1
Total	37	216	253

Fuente: Autores.

Tabla 2. Principios, valores y derechos identificados en los discursos de los profesionales de la salud.

Teorías éticas	Principios, valores y derechos en los discursos	Respuestas de los participantes % (n)
Ética del individualismo liberal	Respeto a los derechos y la libertad de decisión	50,92% (138)
Ética del principialismo	Principio de respeto a la autonomía	14,40% (39)
	Principio de beneficencia	10,70% (29)
	Principio de no maleficencia	6,64% (18)
	Principio de justicia	2,58% (7)
Ética kantiana	Valor de la dignidad	5,53% (15)
Derecho legal*	Miedo a la sanción legal	9,22% (25)
	Total	100% (271)

* No hace parte de las teorías éticas. Fuente: Autores.

sivos, 14,62% en quirófano y 8,7% en unidades de Dolor y/o Cuidado Paliativo.

Principios, valores y derechos identificados en los discursos de los profesionales de la salud

En los elementos discursivos, en su gran mayoría se encuentra el respeto del derecho humano a la libertad de decidir, seguido por el principio de respeto a la autonomía,

el principio de beneficencia, no maleficencia y el valor de la dignidad (Tabla 2).

En los discursos de los profesionales de la salud, el análisis de los principios, valores y derechos se agruparon en tres teorías éticas: Ética del principialismo, Ética del individualismo liberal y la Ética kantiana. La mayoría de los discursos, con el 50,92 % de las respuestas, son argumentos que respetan las decisiones autónomas enmarcadas en la teoría del individualismo liberal para respetar el DVA (Tabla 3).

Dilemas éticos identificados en los discursos de los profesionales de la salud

La autora Sandra Realpe (14), en su artículo “Dilemas Morales”, hace la distinción entre conflictos y dilemas (Tabla 4).

Para el análisis de los conflictos se dividieron en aparente dilema moral y auténtico dilema moral (14) (Tablas 5 y 6).

Análisis de los resultados

Respeto a la bioética principialista de Beauchamp & Childress

En los discursos de los participantes se puede dilucidar un cambio del modelo biológico y mecanicista de la medicina -definido como conservación o prolongación artificial de la vida (15)- a un modelo humanista, que considera el derecho a morir con dignidad, que se deriva del respeto del agente autónomo, o a vivir con “calidad de vida” el proceso de la muerte según el marco de valores, convicciones y preferencias del paciente. Así mismo, el profesional de la salud reconoce: a. el DVA y/o VA como extensión del consentimiento informado con obligación de respeto y cumplimiento; b. el protagonismo del paciente dentro de la relación dialógica médico-paciente con total respeto a la persona y, c. reconoce su papel de escucha, acompañamiento y apoyo al paciente y su familia al final de la vida. El principio de no maleficencia se expresa como limitar el dolor y el sufrimiento, realizar un ajuste del esfuerzo terapéutico y ofrecer los cuidados paliativos. El profesional de la salud valora el dolor y sufrimiento tanto del paciente como de la familia. El valor de justicia se reconoce en el sentido de respetar las decisiones del otro para que respeten las propias, aplicando el requisito mínimo que es común a todas las teorías de la justicia: “los iguales deben ser tratados igualmente” (16).

Tabla 3. Teorías éticas en los discursos de los profesionales de la salud.

Bioética Principialista de Beauchamp & Childress	
Principio de autonomía	<p>“La valoración del beneficio no puede ser solo que puedo mantener viva a esa persona (qué es lo que hacemos los Intensivistas usualmente) sino que la vida sí vaya de acuerdo con el marco de valores del paciente. Así que, si el beneficio es solo lograr la sobrevivencia biológica del paciente, sin que eso genere beneficio real según el marco de valores del paciente, ese DVA se debe respetar”. Sujeto 168.</p> <p>“Si ese paciente estando consciente, anticipó una situación catastrófica y tomó una decisión al respecto, es como si me la estuviera diciendo en el momento del tratamiento. Las secuelas, las consecuencias y las repercusiones de ese tratamiento y de su condición al dejar la unidad, lo tendrá que vivir el paciente, no yo. Así que debo respetarlo, como me gustaría que respetaran mi propia voluntad y deseo”. Sujeto 376</p> <p>“Es un documento legal y claramente diseñado de manera consciente que muestra lo que realmente desea, quiere y espera el paciente de su salud, enfermedad y muerte, por lo tanto, debemos respetarlo y hacer valer su autonomía plasmada en el mismo. NO SOMOS DIOSES NI DUEÑOS DE LA VIDA de nuestros pacientes, somos sus médicos, es decir su apoyo y ese profesional que buscar ofrecer lo mejor, pero al mismo tiempo debe escuchar y respetar las decisiones”. Sujeto 300</p>
Principio de No maleficencia	<p>“Para limitar su sufrimiento y promover una muerte digna”. Sujeto 221</p> <p>“El principio de autonomía hace parte del 'no hacer daño' garantizando el adecuado manejo del dolor en las condiciones más dignas para el paciente y su familia”. Sujeto 254</p> <p>“Claro. Estas etapas finales son de sufrimiento... pero la familia en medio de su amor por su familiar y el dolor de perderlo y además por la falta de información de los profesionales de la salud; insisten en medidas de prolongar la vida cuando ya el diagnóstico y la evolución de la enfermedad muestran lo contrario”. Sujeto 254</p> <p>“Se debe evitar el encarnizamiento terapéutico”. Sujeto 272</p> <p>“Las personas tienen el derecho a elegir sobre su vida, y a no prolongar el dolor o sufrimiento, para sí y su familia, ya que en ocasiones para la familia tomar este tipo de decisiones no es fácil, y menos en un momento de fragilidad, como lo es la enfermedad”. Sujeto 296</p>
Principio de Beneficencia	<p>“Si el tratamiento ofrecido cambia el pronóstico a favorable se debería conversar con los testigos acudientes y reevaluar la situación”. Sujeto 170</p> <p>“El documento expresa una decisión frente a la NO posibilidad de tratamiento, curativo o paliativo. Si hay alguna posibilidad de manejo, esto no está contemplado en el documento”. Sujeto 498.</p> <p>“En términos generales se respetaría su autonomía, pero toca contextualizar porque si es causa reversible sería diferente”. Sujeto 329</p> <p>“Solo en algunos casos muy puntuales donde el beneficio sea muy superior y las probabilidades de mejoría sean altas”. Sujeto 403</p> <p>“Dependiendo las condiciones clínicas del paciente, si es un paciente con potencial rehabilitatorio y buena capacidad de respuesta puedo intervenir de acuerdo a su necesidad”. Sujeto 211</p>
Principio de Justicia	<p>“Debo respetar la voluntad de mi paciente, así como espero que respeten la mía”. Sujeto 150</p> <p>“Si es su voluntad y así fue su decisión debe de respetarse, si fuese mi caso me gustaría que lo respetaran”. Sujeto 75</p> <p>“Es su derecho a la muerte digna y a mí me gustaría que respetaran mi decisión”. Sujeto 349</p>
Respeto a la Teoría del Individualismo Liberal	
	<p>“Es una decisión personal tomada por el paciente independiente del estado actual o futuro en la cual debo respetar sus derechos”. Participante 58</p> <p>“Es una decisión de vida que obedece a la autodeterminación y la libertad, y es deber de los profesionales de la salud respetar esta decisión, siendo además parte de una actuación en el marco de la ética profesional”. Participante 249</p> <p>“Si claro, teniendo en cuenta que estamos en un país libre de expresión hay que respetar la decisión del paciente y su familia”. Participante 125</p>
Respeto a la Teoría Kantiana	
	<p>“Además creo que vivir dignamente es respeto hacia el ser humano cuando ya se pierde todo eso. En un ser humano. Vivir por vivir vegetar por vegetar no tiene sentido”. Participante 258</p> <p>“Tengo la percepción como profesional de salud y cómo ser humano que se debe respetar la voluntad del paciente como parte inherente y fundamental de su dignidad humana”. Participante 60</p> <p>“Prima el derecho a la dignidad humana, a la atención humanizada, a decidir en plena consciencia como ya lo debió de haber hecho, y al final de cuentas, el derecho a la muerte digna”. Participante 131</p>

Fuente: Autores.

Tabla 4. Conceptos clave.

Conflicto moral toda aquella situación en la que un(a) agente se ve confrontado(a) con la obligación moral de hacer A y cumplir con la obligación moral de hacer B .
Dilema moral toda aquella situación en la que un(a) agente no puede cumplir con ambas obligaciones (A y B) porque optar por una obligación moral significa anular la posibilidad de poder cumplir con la otra obligación moral, o el agente moral es compelido a adoptar cada una de las obligaciones morales de manera separada y no las pueda adoptar juntas a un mismo tiempo
Auténtico dilema moral. “Conflicto moral que consiste en la imposibilidad para un(a) agente de resolver el conflicto porque ambas obligaciones morales son igualmente fuertes, y en caso de resolución, un(a) agente quedará acompañado(a) por algún tipo de residuo moral-regret- (remordimiento, culpa, arrepentimiento, pesar). Un(a) agente se enfrenta con la situación de tener que actuar y de sentir pesar o lamento por no haber hecho algo que también ha debido hacer”.
Aparente dilema moral. “El conflicto moral es resuelto y no queda ningún tipo de residuo moral porque la tensión que existía entre las obligaciones morales A y B eran apenas aparentes”.

Fuente: Adaptado de Realpe (14).

Tabla 5. Dilemas éticos identificados en los discursos de los profesionales de la salud.

Auténtico dilema moral	Aparente dilema moral
Principio de beneficencia vs. Principio de respeto a la autonomía	Condición clínica reversible
Concepto de calidad de vida	Familia
	Legibilidad de la voluntad anticipada
	Solicitud de eutanasia en el DVA

Fuente: Autores.

Tabla 6. Dilemas morales en los discursos de los profesionales de la salud.

Auténticos dilemas morales	Dilema entre Principio de Beneficencia y Principio de respeto a la autonomía	“En términos generales se respetaría su autonomía, pero toca contextualizar porque si es causa reversible sería diferente”. Sujeto 329
	Diferencias en el concepto de calidad de vida médico-paciente	“Se debe lograr comprender la idea de lo que representa el mejor bien para el paciente, pueden existir diferencias socioculturales que en los que la idea de la mejor opción difiera entre profesional y paciente, por ejemplo, un paciente con una gran trayectoria académica puede considerar una tortura vivir una vida con daño cognitivo incluso leve o moderado”. Participante 233 “yo le debo respeto al paciente y su decisión de vida aun cuando no la comparta”. Participante 412 “...Las secuelas, las consecuencias y las repercusiones de ese tratamiento y de su condición al dejar la unidad, lo tendrá que vivir el paciente, no yo...”. Participante 376
Aparentes dilemas morales	Solicitud de eutanasia en el DVA	“Se debe respetar, siempre y cuando no vulnere aspectos como la objeción de conciencia en caso de, por ejemplo, la Eutanasia”. Participante 63.
	Condición clínica reversible del paciente	“El DVA es un documento legal, si el estado del paciente es irrecuperable pues se debe respetar la voluntad del paciente quien estaba al 100% de sus capacidades cuando firmó el DVA; si el paciente es recuperable, pero tiene un DVA firmado ahí se entra en un dilema ético legal y moral difícil de definir”. Participante 29
	Familia	“Si el documento es legal debo respetarlo. Salvo que la familia tenga una posición contraria porque al final son los que me podrán dar dolores de cabeza en el futuro”. Participante 435.
	Legibilidad de las voluntades anticipadas	“Si el documento está lo suficientemente claro y lógico, lo respeto”. Participante 407 “Si cumple la norma de elaboración, creo que no puedo oponerme”. Participante 429 “Si el paciente tuvo información adecuada por profesional adecuado, sí”. Participante 451.

Fuente: Autores.

Respeto a la teoría del individualismo liberal

Expresan un respeto a las decisiones voluntarias, libres y meditadas con conocimiento previo de las implicaciones para la vida y salud de la persona; es decir, los profesionales respetan las decisiones autónomas. Sin embargo, “los argumentos que sólo se basan en derechos pueden modificar o empobrecer nuestro concepto de moral; no son teorías morales completas sino exposiciones de las reglas básicas y exigibles que toda comunidad e individuo deben cumplir en su relación con el resto de la sociedad” (16).

Respeto a la teoría kantiana

Las opiniones expresan varios significados del valor de dignidad: puede aplicarse al ser humano como valor esencial e intrínseco, definido como dignidad ontológica; referirse al trato humanizado (17); y, apropiarse del significado de muerte digna de la per-

sona (1). “Esta dignidad ontológica constituye un valor inmutable e intocable, que no puede depender de las circunstancias existenciales concretas, ni puede subordinarse al juicio de una persona” (18). Los discursos confirman la opinión de los autores Álvarez y Gomezese (1) respecto a “cuando la persona pierde la capacidad de tomar decisiones más difícilmente se cumplen los deseos y preferencias al final de la vida, conllevando a una transgresión de su concepto propio de muerte con dignidad”.

Auténtico dilema entre Principio de beneficencia y Principio de respeto a la autonomía

La mayoría de respuestas de los participantes fue el respeto a las decisiones autónomas (50,92%) en contraposición al principio de beneficencia (10,70%). Los discursos dejan ver la falta de claridad conceptual entre principio de respeto a la autonomía (agente autónomo) y respeto a las decisiones autónomas. Probablemente, el profesional reconoce el principio de respeto a la autonomía con superioridad sobre los demás principios éticos (en la teoría principialista) o la falta de compromiso para hacer un análisis reflexivo y deliberativo sobre las consideraciones morales particulares en casos clínicos concretos.

Auténtico dilema en el concepto de calidad de vida médico-paciente

Los discursos reconocen que el paciente no es solo un cuerpo humano para curar o tratar; es un ser humano que comprende dimensiones psicológicas, sociales, culturales y espirituales (19), y que las decisiones médicas afectan la futura calidad de vida del paciente.

Aparente dilema en la solicitud de eutanasia

El discurso muestra un probable conflicto entre “los derechos del paciente y los

derechos del médico”. Una de las VA que se pueden expresar en el DVA es cuándo y bajo qué condiciones clínicas el paciente desea la terminación anticipada de la vida (20). La Resolución 0971 de 2021 emitida por el Ministerio de Salud de Colombia, en sus artículos 3 y 14, contempla la solicitud de eutanasia por medio de un DVA; y en el artículo 16, reconoce el derecho de objeción de conciencia y “solo puede ser declarada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico” (21). Por lo tanto, si la VA del paciente cumple el criterio ético de exactitud del ajuste (9), esto es, donde la patología clínica en cuestión debe corresponder con la situación prevista en el DVA para eutanasia, el médico debe notificar al “Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia” (21). De tal manera, no se vulneran los derechos del paciente ni del médico.

Aparente dilema en la condición clínica reversible del paciente

No hay conflicto moral para el médico cuando la condición clínica es irreversible.

Es un dilema aparente cuando hay contradicción entre la obligación ética (principio de beneficencia) y una obligación legal (documento legal).

El alcance de las VA aplica solo en situaciones clínicas irreversibles: condición terminal, condición en estado terminal y estado vegetativo persistente (Tabla 7). (22). Si la condición clínica es reversible, las VA consignadas no cumplen el criterio ético de exactitud del ajuste; por lo tanto, el médico no está en la obligación moral de cumplirlas. Ante todo, los profesionales de la salud deben actuar de acuerdo con los principios éticos y valores morales antes que con las obligaciones legales, estas son importantes y merecen su consideración, pero ante el paciente se tiene un compromiso ético.

Aparente dilema en la familia

Hay una perspectiva de conflicto y amenaza de demandas sobre el profesional, cuando las VA del paciente son contrarias a los deseos o intereses de la familia. Se debe aclarar a la familia que ninguna persona puede cambiar o modificar el texto de DVA y que existen criterios legales y éticos para

Tabla 7. Escenarios clínicos para el alcance de las Voluntades Anticipadas.

Contexto clínico	Definición
Condición terminal	Una condición irreversible causada por una lesión, enfermedad o dolencia de la cual no hay probabilidad médica razonable de recuperación.
Condición en estado terminal	Una condición irreversible causada por lesión, enfermedad o dolencia que ha resultado en un deterioro progresivamente severo y permanente, y cuyo tratamiento sería ineficaz.
Estado vegetativo persistente	Una condición permanente e irreversible de inconsciencia en la cual hay ausencia de acción voluntaria o comportamiento cognitivo o de cualquier tipo, y una incapacidad para comunicarse o interactuar intencionalmente con el medio ambiente.

Fuente: Autores, a partir de Roscoe & Schenck (22).

su cumplimiento. Ante la divergencia de la familia, puede ser prudente apoyarse en un comité de ética médica, grupo de cuidados paliativos, psicología y trabajo social para aclarar los derechos del paciente y los derechos de la familia. Es importante que el médico conozca los criterios éticos para la toma de decisiones en personas no competentes (16). El curso correcto y el deber moral del médico es siempre respetar las VA consignadas en el DVA por encima de las opiniones o decisiones de la familia (16).

Aparente dilema en la legibilidad de las voluntades anticipadas

Los elementos discursivos muestran su preocupación por una redacción clara, precisa y congruente con el estado clínico del paciente. Las VAs pueden ser incompletas o contradictorias, usar términos vagos, ser irrelevantes para la situación en cuestión. Por lo anterior, es necesario aplicar los criterios para juzgar su validez ética (9), estos son: 1. Exactitud del ajuste 2. Plausibilidad y/o autenticidad 3. Ausencia de contradicciones 4. Sistema de valores coherente.

La fuerza de estas VA puede verse intensificar por el uso de la Historia de Valores, que sirve de complemento a las mismas al proteger y promover la autonomía del paciente. Además del DVA y la Historia de Valores puede ser útil tener un apoderado o representante legal que lo subroga en decisiones como un derecho de elección autónoma. De esta manera, en situaciones clínicas no contempladas en el DVA, el apoderado "tiene la obligación moral de seguir las preferencias expresadas por el paciente, y aclarar las creencias y valores de éste, informando al equipo de salud" (16).

Cursos de acción de los profesionales de la salud cuando no se sigue una Voluntad Anticipada

Del total de los profesionales participantes, solo el 14,62% declinan el respeto de las VA ante la presencia de patologías médicas re-

versibles, porque en el análisis clínico del paciente particular encuentran el principio de beneficencia superior al principio de respeto a la autonomía. A su vez, consideran consultar y tomar decisiones compartidas con los familiares, apoderado o representante legal. Lo anterior, puede ser a causa del imperativo del médico de actuar en beneficio del paciente lo que, en situaciones como la propuesta, es actuando en su mejor interés y sin desconocer la Lex Artis.

DISCUSIÓN

Este estudio cualitativo explora los valores y principios morales para comprender los dilemas éticos y los posibles cursos de acción que afrontan los profesionales de la salud en el proceso de la toma de decisiones que involucran un DVA. De los elementos discursivos, es importante resaltar que el 90,78% se fundamentan en argumentos éticos por encima de las obligaciones legales para respetar el DVA (9,22%). Resultados similares describieron Moore et al. donde los médicos entrevistados creen que la decisión ética es el resultado más importante para los pacientes y, mostraron una mínima preocupación de las posibles consecuencias legales si utilizaban un criterio razonable y si la motivación para no seguir el plan era tratar de hacer lo mejor para el paciente (6). Es posible inferir que los profesionales de la salud siguen las obligaciones éticas en la mayoría de las decisiones y actuaciones, aun cuando se tienen dudas y conflictos con las obligaciones legales.

De manera sobresaliente, el análisis crítico de los elementos discursivos muestra el lenguaje del respeto de los derechos humanos (50,92%) expresados como respeto al derecho a decidir, el derecho a elegir, el derecho a la autodeterminación, respeto a la personalidad y el derecho a la libertad de opinión. Estos resultados apoyan el respeto del DVA como ejercicio de la teoría del individualismo liberal, una teoría ética basada en el respeto de los derechos (16). Estos datos coinciden con los de otros estudios, como el de Feely et al. (23) quienes consi-

deran que las VA están enmarcadas en el derecho que posee el paciente de aceptar o rechazar un tratamiento; o como lo expresa Enríquez-Canto (24), el derecho a que se respeten la voluntad propia y la ajena.

Por otra parte, solo el 5,53% de los discursos reconocen y ponderan el respeto al valor de la dignidad humana concebido dentro de la teoría kantiana. Esta teoría ética considera que el respeto a la autonomía deriva del fundamento de la dignidad ontológica, que es ineludible, constitutiva y pertenece a toda persona por el mero hecho de ser persona (16). Así mismo, los participantes del estudio de Andrade et al (25) consideran "la dignidad como el principio más importante de la Bioética" dejando a un lado la teoría principialista. En este mismo sentido, Trarieux, et al. (26) reportan que algunas personas reclaman "el derecho a morir con dignidad". En la atención al final de la vida, las VA constituyen desafíos éticos frente a las obligaciones éticas como la dignidad, el cuidado, la justicia, la beneficencia, no maleficencia y al libre desarrollo de la personalidad (10,27-29). Por lo anterior, en la deliberación y proceso de toma de decisiones al final de la vida se incluyen otras consideraciones morales que pueden ser estudiadas desde perspectivas éticas válidas más allá del principialismo.

Otro hallazgo importante es descubrir que solo el 14,39% de los profesionales de la salud reconocen el principio de respeto a la autonomía como respeto al agente autónomo en cambio, la mayoría recurren al reconocimiento de las acciones autónomas y los derechos (50,92%). Respetar a la persona autónoma es reconocer y reafirmar su capacidad de autogobierno (16); es decir, con la capacidad de elegir qué está bien o mal para su vida de acuerdo con el marco de valores morales, creencias y planes de vida personales y de hacerse responsable de sus propias acciones o decisiones. En ese orden de ideas, respetar el DVA y/o las VA es respetar al paciente como agente autónomo.

En la pregunta exploratoria se estableció el dilema entre los principios de beneficencia y principio de respeto a la autonomía, y se encontró en el 86% de las respuestas el respeto a los derechos humanos y respeto a las decisiones autónomas.

Al respecto, es importante señalar que los principios éticos no son absolutos, obligan *prima facie* y no tienen jerarquía (16). El principio de respeto a la autonomía no es un imperativo moral absoluto y puede ser supeditado por otras obligaciones, como la de beneficencia a partir de la exigencia de actuar en el mejor interés del paciente. Por lo tanto, es el profesional de salud en su análisis reflexivo y deliberativo que especifica y pondera reglas y normas en sus juicios morales para la toma de decisiones en el escenario clínico según el caso particular presente; de esta manera, da contenido moral a los principios éticos, de lo contrario solo serían nombres, listas o encabezamientos para recordar.

Llama la atención que solo el 14,62% de los profesionales de la salud encuestados decidieron no respetar el DVA y/o las VA frente al dilema ético propuesto en la pregunta de investigación, porque consideran que, al existir un beneficio de tratamiento médico y recuperación para el paciente, se debe seguir el criterio del mejor interés del paciente enmarcado en el principio de beneficencia. Resultados similares fueron encontrados por Moore et al. (6) donde “algunos médicos prefirieron seguir su criterio clínico coherente con el interés superior del paciente, en lugar de defender la autonomía del paciente, aunque otros se sentían obligados a respetar las preferencias de los pacientes a pesar de este conflicto”.

En el análisis teórico y conceptual, el conflicto de respeto al DVA en la condición clínica reversible y pronóstico favorable puede ser considerado como un dilema moral aparente, porque están bien definidos los escenarios clínicos de aplicabilidad de las VA (22). Sin embargo, este estudio demuestra que los profesionales de la salud lo identifican como un auténtico dilema moral. Al respecto, Arruda et al. (5) en su revisión sistemática narrativa de 25 artículos publicados entre 1997 y 2018 encontraron que la mayoría de los médicos no aplicarán una VA si el estado clínico del paciente es reversible con tratamiento médico. Burkle et al. han sugerido que el juicio médico es más importante que el cumplimiento de una directiva existente, en función del estado clínico del paciente. En consonancia, el cum-

plimiento de las VA sería mayor en situaciones de enfermedades crónicas, enfermos terminales o personas que sufren, mientras que en situaciones de emergencia y/o reversibles, el criterio médico prevalecerá (30).

El otro auténtico dilema moral, el concepto de calidad de vida, se encuentra cuando las consecuencias, repercusiones o discapacidades después de un tratamiento médico intensivo difieren entre la opinión del paciente expresada en el DVA y el juicio del médico. Existe conflicto con angustia moral cuando la acción médica puede verse obligada a salvar la vida a toda costa, esto es la vida biológica, y en otras, el valor social de las personas (el valor que la vida de una persona tiene para el resto de las personas). Calidad de vida es la capacidad de la actividad humana para realizarse, relacionarse y comunicarse con los demás (15). Por lo tanto, el juicio de la calidad de vida analiza el valor que la vida tiene para la persona que debe vivirla (16). La calidad de vida es una percepción personal y puede ser medida solo determinando las opiniones de los pacientes (15). En consecuencia, es imprescindible que los formularios de DVA pregunten por el significado de calidad de vida o la historia de valores a los pacientes.

Los profesionales de la salud mostraron aparentes dilemas éticos como la solicitud de eutanasia en el DVA, legibilidad del DVA e interferencia de la familia para declinar en el cumplimiento de las VA. De acuerdo con estudios previos, como el de Moore et al., se exponen estos conflictos, y otros como: solicitud de tratamientos irrazonables o inútiles y uso de terminología subjetiva, vaga o ambigua en el DVA; cuestionar la capacidad de los pacientes para comprender las consecuencias de sus preferencias; la oposición de la familia y las presiones de tiempo en los escenarios agudos y urgentes. Las dudas de validez de las VA se plantean como justificación para anular los DVA (6). La resolución de estos y otros conflictos pueden superarse con la formación continua en ética médica de los profesionales, recomendación apoyada por múltiples investigaciones tanto en la literatura nacional (1,31,32) como internacional (2-4,6,33,34).

El aporte concreto de este estudio a la literatura relacionada con los DVA, es la

identificación de las obligaciones éticas por las cuales se rigen los profesionales de salud que laboran con pacientes al final de la vida, para tomar decisiones frente a un dilema particular planteado donde existe un principio ético claro, como el respeto de la autonomía prospectiva a través del DVA o actuar de manera beneficiante de acuerdo con el contexto clínico particular y que puede ser contrario a lo consignado en el DVA. El reconocimiento de este dilema y las consideraciones morales y legales que enmarcan el proceso de toma de decisiones en este escenario es fundamental para comprender la complejidad y la sobrecarga moral a la que se enfrentan los profesionales de salud en el cuidado de los pacientes al final de la vida. Adicionalmente, dentro de esta exploración se logró corroborar, al igual que en otros lugares del mundo, que el respeto (o no) de los DVA por parte de los profesionales de salud puede regirse por dilemas aparentes.

En resumen, los profesionales de la salud se inclinan a resolver el dilema moral propuesto en la pregunta de investigación de manera unívoca como respeto a las decisiones autónomas y el respeto de los derechos humanos; tan solo el 14,62% eligen actuar en el mejor interés del paciente fundamentado en el respeto del principio de beneficencia. Se encontró auténtico dilema moral entre el principio de respeto a la autonomía y principio de beneficencia; y, cuando hay diferencia del concepto calidad de vida entre la opinión del paciente consignado en el DVA y la opinión del médico. La mayoría de los conflictos suscitados en la obligación moral de respeto al DVA y el cumplimiento de las VA son aparentes dilemas morales. Con los resultados obtenidos se puede concluir que la mayor parte de los profesionales de la salud participantes en el estudio desconocen los escenarios clínicos de aplicabilidad de las VA (22), las instrucciones que pueden o no ser consignados en el DVA (7, 20) y los criterios de validez ética de las VA (9). La investigación destaca la importancia y la necesidad de educación en bioética de los profesionales de la salud que conlleven a aprender conceptos y adquirir competencias para el proceso de deliberación ética en la toma de decisiones.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

El estudio piloto incluyó la participación de médicos generales, médicos especialistas y subespecialistas, personal de enfermería y psicólogos vinculados a servicios clínicos relacionados con la atención de pacientes crónicos, críticos o en cuidado paliativo que podrían beneficiarse de un DVA. A partir de esta premisa, podemos concluir que se abordó un problema ético interdisciplinario, lo que contribuye a la fortaleza del estudio. Además, fue el primer estudio exploratorio que pretende identificar los valores morales, principios y dilemas éticos frente al respeto del DVA y/o las VA de los profesionales de la salud en Colombia.

Entre sus limitaciones, la pregunta abordada en la encuesta debe considerarse como exploratoria, mas no una pregunta en profundidad que se concentra en un dilema particular propuesto por el investigador y que no permite ver otros dilemas o problemáticas frente al DVA, por lo cual se sugiere ampliar en otros estudios.

Para futuros estudios cualitativos se propone utilizar metodología de entrevistas con contenido y enfoque a profundidad. También sería acertado abarcar otros ámbitos de cuidados de final de la vida, como los de profesionales de atención primaria y equipos de atención domiciliaria. Asimismo, es importante estudiar las actitudes, experiencias y barreras percibidas por los pacientes y familiares para la planificación de los cuidados de final de la vida y la aplicabilidad del DVA.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Aval de comité de ética

El estudio fue aprobado por Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Fundación Cardiovascular de Colombia en Bucaramanga, con el radicado CEI 2021-02299 el 20 de abril de 2021.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Cada sociedad médica participante aplicó las normas de confidencialidad para el manejo de datos según sus estatutos. El consolidado final de los datos se encontraba anonimizado. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

RECONOCIMIENTOS

Contribución de los autores

AMÁA: Idea de la investigación y diseño del estudio; análisis temático e interpretación de los resultados, revisión crítica y aprobación del manuscrito inicial y final.

JCRM: Revisión crítica y aprobación del manuscrito inicial y final.

JLN: Análisis temático.

OFGR: Idea de la investigación y diseño del estudio.

Asistencia para el estudio

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) realizó la supervisión del estudio, responsable del diseño electrónico de la entrevista y tabulación de la base de datos.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Presentaciones

Tesis de grado de la Especialización de Bioética de la Universidad El Bosque de AMÁA.

Agradecimientos

A la doctora Nubia Fernanda Sánchez Bello, de la S.C.A.R.E., al Comité de ética de la FCV de Bucaramanga, y a las siguientes asociaciones participantes: S.C.A.R.E., Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación Cuidados Paliativos de Colombia, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, Liga Colombiana contra el Cáncer, Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. A los profesionales de la salud participantes de la encuesta que contestaron la pregunta de investigación.

REFERENCIAS

1. Álvarez Acuña AM, Gomez Ribero ÓF. Advance directives document: knowledge and experiences of healthcare professionals in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2022;50:e1012. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1012>
2. Herreros B, Benito M, Gella P, Valenti E, Sánchez B, Velasco T. Why have advance directives failed in Spain? *BMC Med Ethics*. 2020;21(113):2-13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00557-4>
3. Zunzunegui MV. Los cuidados al final de la vida. *Gac Sanit*. 2018;32(4):319-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>
4. Altisent R. Planificación anticipada de la asistencia. Se necesita una revolución educativa. *Aten Primaria*. 2013;45(8):402-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.001>
5. Arruda LM, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variables que influyen en la decisión médica sobre las Directivas Anticipadas y su impacto en la atención al final de la vida. *Einstein (São Paulo)*. 2019;18:eRW4852. doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852
6. Moore N, Detering K, Baja T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open*. 2019;9:e032638. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032638>

7. Porteri C. Advance directives as a tool to respect patients' values and preferences: discussion on the case of Alzheimer's disease. *BMC Med Ethics*. 2018;19:9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0249-6>
8. Blanco L. Directivas Anticipadas. En J. C. Tealdi (Ed.), *Diccionario Latinoamericano de bioética* [Internet]. Bogotá: UNESCO, Universidad Nacional de Colombia; 2008, p. 425-7 [citado: 2022 ene. 24]. Disponible en: <https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-recursos-conselheiros/ebook/medias/pdf/dicion%C3%A1rio-latinoamericano-de-bioetica.pdf>
9. Lack P, Biller-Andorno N, Brauer S. On The Scope and limits of advance directives and prospective autonomy. En: *Advance Directives*. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Editorial Board; 2014. p. 53-71. [citado: 2022 ene. 24]. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-007-7377-6> <http://www.springer.com/series/6224>.
10. Coleman AM. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(7):696-706. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909112464544>.
11. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019;26(3):646-62. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
12. Miele MD, Tonon G, Alvarado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*. 2012;74:195-225.
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. [citado: 2022 ene. 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
14. Realpe Quintero S. Dilemas morales. *Estudios Gerenciales*. [Internet]. 2001;80:83-113 [citado: 2022 ene. 21]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/212/21208004.pdf>
15. Escobar J. El morir como ejercicio final del derecho a una muerte digna (2.a ed.). Colección Bíos y Ethos. Bogotá: Ediciones el Bosque. Editorial Kimpres Ltda; 2000. p.20.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Cuarta edición. Masson; 1999. p.313.
17. Hottois G. Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Revista Colombiana de Bioética*. 2009;4(2):53-83.
18. Soto C, Rubio M, Córdova, MF. Dilemas éticos en torno al cuidado de personas en estado vegetativo. *Enfermería Global*. 2013;29:297-306. [Internet]. [citado: 2022 ene. 21]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157941/144101>
19. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. 33.ª Sesión de la Conferencia General de la UNESCO. París el 19 de octubre de 2005 [Internet]. [citado: 2021 nov. 5]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_Universal_sobre_Bio%C3%A9tica_y_Derechos_Humanos_de_la_UNESCO
20. Bolívar PL, Gómez AI. Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. *Rev Latinoam Bioet*. 2016;1:128-53. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1444>
21. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 0971 de 2021 [Internet]. [citado: 2021 dic. 16]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-971-de-2021.pdf>
22. Roscoe L, Schenck D. Case 9. When parents contest an adult child's advance directive. En: *Communication and bioethics at the end of life. Real cases, real dilemmas*. Springer International Publishing; 2017. p. 89-98. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-70920-8>
23. Feely MA, Albright R, Thorsteinsdottir B, Moss A, Swetz K. Ethical challenges with hemodialysis patients who lack decision-making capacity: Behavioral issues, surrogate decision-makers, and end-of-life situations. *Kidney International*. 2014;86(3):475-80. doi: <http://doi.org/10.1038/ki.2014.231>
24. Enríquez Canto Y, Chaparro Gamarra K. Perspectivas de profesionales peruanos sobre las declaraciones de voluntad anticipada. *Apuntes de bioética*. 2021; 4(1):102-21. doi: <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.584>
25. Andrade J, García V, Martínez D, Miranda C, Quesada M, Vargas K. Actitud del personal profesional de Enfermería frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vida: caso de Costa Rica, 201. *Enferm Actual Costa Rica*. 2012;23:1-14.
26. Trarieux-Signol S, Moreau S, Gourin MP, Penot A, de Lafont GE, Preux PM, et al. Factors associated with the designation of a health care proxy and writing advance directives for patients suffering from haematological malignancies. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):57. doi: <http://doi.org/10.1186/1472-684X-13-57>
27. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE open medicine*. 2021;1-9. doi: <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
28. Forero J, Vargas I, Bernal M. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética*. 2019;23(2):224-44. doi: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>
29. Peicius E, Blazevičienė A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Med Ethics*. 2017;18:40. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>
30. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook C, Keegan M. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Med Ethics*. 2012;13:31. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-31>
31. Calvache J, Moreno S, Prue G, Reid J, Ahmedzai S, Arango-Gutiérrez A, et al. Knowledge of end-of-life wishes by physicians and caregivers in cancer patients. *BMC Palliative Care*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00823-1>
32. Restrepo D, Cossio C, Ochoa F, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Persona y Bioética*. 2013;17(2):216-26.
33. Yllera C. ¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los Documentos de Voluntades Anticipadas? *Revista de Bioética y Derecho*. 2014;32:82-94. http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n32/o8_articulo7.pdf
34. Aguilar-Sánchez JM, Cabañero-Martínez MJ, Puerta F, Lados-Martín M, Fernández-de-Maya J, Cabrero-García J. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2018;32(4):339-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.006>