

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1163>

Aportes de la historia de valores al derecho a morir con dignidad

Contributions from the values history to the right to die with dignity

Ana Milena Álvarez Acuña^{a-c} ; Boris Julián Pinto Bustamante^{c-g} ^a Anestesiología y Reanimación, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.^b Dolor y Cuidados Paliativos, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.^c Departamento de Bioética, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.^d Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.^e Maestría en Derecho Médico, Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.^f Bioética, ONG Paliativos Sin Fronteras del País Vasco. País Vasco, España.^g Comité Asesor de la Regional 1, Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos.**Correspondencia:** Carrera 43A N1 SUR 100. Anestesiari. Edificio Sudameris. Medellín, Colombia.**Email:** amalvarez_23@yahoo.es**Cómo citar este artículo:** Álvarez Acuña AM, Pinto Bustamante BJ. Contributions from the values history to the right to die with dignity. Case report. Colombian Journal of Anesthesiology. 2026;54:e1163.

Resumen

La historia de valores (HV) es una herramienta valiosa dentro del proceso de planificación de decisiones anticipadas (PDA) en cualquier paciente, en condiciones de salud o de enfermedad, que puede culminar en la elaboración del documento. Este artículo expone los beneficios de la HV como proceso de reflexión personal y como documento solo o adjunto al documento de voluntades anticipadas (DVA) para orientar la toma de decisiones subrogadas. Se defiende la implementación de la HV en los programas de PDA y el derecho a morir con dignidad; de igual manera, crear la práctica asistencial de una PDA para toda persona y en toda institución de salud independiente de la complejidad en la atención, con la finalidad de integrar el conjunto de derechos o facultades que posibilitan el derecho a morir con dignidad en Colombia.

Palabras clave

Historia de valores; Documento de voluntades anticipadas; Planificación de decisiones anticipadas; Derecho a morir; Atención final de la vida; Demencia; Enfermedad de Alzheimer.

Abstract

The values history (VH) is a valuable tool of the advance care planning (ACP) process for all patients – regardless of health status – and may ultimately lead to the drafting of a document. This article outlines the benefits of VH as a process of personal reflection and as a document—either standalone or attached to an advance directives document (ADD)—to guide surrogate decision-making. The implementation of VH is advocated within ACP programs and the right to die with dignity. Likewise, the article supports establishing ACP as a standard practice for every individual and in every healthcare institution, regardless of the level of care complexity, with the aim of integrating the set of rights or legal powers that enable the right to die with dignity in Colombia.

Key words

Values history; Advance directives document; Advance care planning; Right to die; End-of-life care; Dementia; Alzheimer's disease.

INTRODUCCIÓN

La planificación de decisiones anticipadas (PDA) es un proceso deliberativo, relacional y centrado en la persona, que se inscribe en el contexto de la relación médico-paciente. Este proceso tiene como objetivo permitir que la persona identifique y exprese sus preferencias y expectativas de tratamiento frente al contexto actual y en una situación clínica futura en la que carezca de la capacidad para la toma de decisiones (1). Con ello, la PDA puede o no terminar con la elaboración de un documento de voluntad anticipada (DVA) como expresión final y tangible de este proceso (1,2).

Este artículo se origina en la reflexión sobre el papel fundamental de la historia de valores (HV) en la PDA. Aquí, se advierte la importancia de reconocer la PDA como un proceso, en el cual el primer paso es conocer y comprender al paciente como persona, a partir de la identificación de sus valores, expectativas, actitudes y creencias construidas en su trayectoria biográfica — lo que se denomina HV— para comprender las posibles decisiones que la persona puede asumir en el final de la vida.

A partir de este punto, la persona puede definir sus preferencias y decisiones sobre la atención y el cuidado clínico futuro, lo cual puede materializarse en el DVA. Aunque el diálogo entre el médico y su paciente constituye el elemento central de este proceso, no puede quedar al margen la elaboración de un documento de HV y un DVA. De acuerdo con lo expuesto, la elaboración de un documento de HV o un DVA debe considerarse fruto de un proceso de PDA y, de ninguna manera, debería ser reducido a un formulario autodilucidado, como sucede en algunos contextos asistenciales.

Historia de valores

Hacia finales de la década de 1980, la HV fue propuesta por Doukas y McCullough como una “herramienta clínica éticamente justificada” que indaga y reconoce los valores personales de los pacientes en la PDA o

Tabla 1. Ejemplos de valores o preguntas de escalas o cuestionarios de historia de valores.

Preguntas orientadas a valores	Autores
¿Desea vivir tanto como sea posible, con independencia de la calidad de vida?, o ¿preferiría mantener una buena calidad de vida, aunque eso acortara la vida?	David Doukas y Laurence McCullough (3).
¿Qué actividades usted disfruta? ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Está feliz de estar vivo? ¿Qué tan satisfecho está con sus logros en la vida?	Pam Lambert, Joan McIver Gibson y Paul Nathanson (8).
¿Qué es importante para usted?” · Pensar con claridad · Comunicarse con otros · Tomar mis propias decisiones de atención médica · Ser una carga financiera para mi familia · Ser una carga física para mi familia	David Doukas y D. W. Gorenflo (12).
· Primero, piense en lo que es más importante para usted en su vida. ¿Qué hace que la vida sea significativa o buena para usted ahora? · Algunas personas sienten que podría llegar un momento en el que ya no valdría la pena vivir. ¿Se imagina alguna circunstancia en la que la vida sería tan insoportable para usted que no desearía que se utilizaran tratamientos médicos para mantenerlo con vida? · ¿Hay alguien específicamente que NO quisiera que participara para ayudar en la toma de decisiones de atención médica en su nombre?	M. J. Karel, J. Powell y M. D. Cantor (13).
¿Qué es importante para usted? · Disfrutar de placeres simples (p. ej., música, televisión, incluso si está enfermo) · Capacidad de pensar con claridad · Calidad versus duración de la vida · Aceptar ayuda para necesidades personales · Capacidad de seguir comunicándose con los demás · Capacidad de seguir tomando decisiones por mí mismo ¿Se imagina alguna circunstancia en la que preferiría morir antes que seguir vivo?	M. J. Karel, J. Moye, A. Bank y A. R. Azar (11).

Nota: puede consultarse cada autor en las referencias para obtener más detalles sobre la escala o cuestionario de historia de valores en cuestión.

Fuente: Autores.

planificación anticipada de la atención (3). Aunque la HV representa un proceso de reflexión personal, este puede ser guiado durante el encuentro relacional entre el médico y el paciente mediante un formulario con preguntas abiertas que invitan a la introspección para descubrir los propios valores, preferencias, calidad de vida y actitudes frente a la muerte, con el propósito de construir los rasgos individuales que orientan sus creencias y decisiones relevantes respecto a la atención clínica futura o el cuidado al final de la vida.

La HV explora perspectivas de los pacientes sobre: relaciones personales, independencia, calidad de vida, convicciones morales, religiosas y culturales frente a la enfermedad, la agonía y la muerte, actividades que aportan placer y sentido a la vida, entre otros (Tabla 1). Con la HV los pacientes pueden sentir menor angustia y temor, dado que no se les impone la necesidad de identificar una única respuesta a la toma de decisiones en escenarios clínicos hipotéticos, como ocurre con las directivas de tratamiento o DVA estándar (4).

Algunas directivas de tratamiento o voluntades anticipadas (VA) pueden resultar ambiguas —por ejemplo: “¿Quiere reanimación cardiopulmonar?”—, por lo que se deben reemplazar con preguntas que se centren en los objetivos generales del paciente. De esta manera, las directivas de valores HV —“¿En qué condiciones vivir sería inaceptable para usted?”— es más útil que la VA basada en tratamiento o DVA (4,5). La HV es modificable y revocable siempre que la persona pueda expresar sus preferencias y valores. Es pertinente aclarar que es posible que estos documentos sean largos y presenten algunos desafíos para interpretarlos cuando hay que tomar decisiones surogadas o por representación (6).

La información recolectada puede no tener relación con tratamientos médicos en situaciones clínicas específicas, pero es fundamental en los contextos clínicos en los que el médico necesita comprender al paciente como persona (4) para orientar adecuadamente la toma de decisiones por representación (7,8). La toma de decisiones compartidas —por el representante legal, la familia y el equipo de salud— puede aprovechar la declaración explícita de valores para guiar y respaldar las decisiones concretas de tratamiento en lugar de inferir los valores de un paciente a partir de las VA consignadas en el DVA (9).

En la práctica clínica, la HV puede contribuir a la toma de decisiones médicas y cuidados clínicos en ausencia del DVA o en escenarios clínicos no contemplados en el DVA (10). En tal sentido, la HV complementa las voluntades de tratamiento, en lugar de reemplazarlas (7). La HV también desempeña un papel fundamental en la promoción del cuidado centrado en la persona, facilitando el diálogo entre el paciente y su familia en relación con las preferencias de atención en situaciones de enfermedad grave o al final de la vida. Además, contribuye a mejorar la comunicación con el equipo de salud y a reducir la carga emocional para los representantes (9).

La atención holística de la práctica de cuidados paliativos (CP) subraya la importancia de evaluar las preocupaciones espi-

rituales y existenciales de los pacientes en el curso de una enfermedad grave o cuando se transita el final de la vida. En este sentido, la HV surge como una de las posibles intervenciones para ayudar a los pacientes a abordar y aceptar la mortalidad, conocer las actitudes frente a la muerte, reflexionar sobre el significado y el propósito de la propia vida, la calidad de vida y la dignidad, entre otras. A su vez, este proceso realizado con antelación a lo largo de la enfermedad o el envejecimiento, puede contribuir a la preparación psicológica y emocional para afrontar el final de la propia vida.

El concepto de la HV ha sido propuesto por diversos autores en el marco de la bioética norteamericana desde los años noventa (3,4,8,10-13) con el propósito de constituirse en el pilar de las estrategias para la promoción de los derechos de los pacientes y de la atención centrada en la persona durante una enfermedad grave y en el cuidado al final de la vida, lo cual ha sido apoyado por la experiencia práctica y por estudios de investigación. Sin embargo, la reproducibilidad y/o efectividad clínica de estas herramientas o cuestionarios en el ámbito asistencial no ha sido explorada (11). En el contexto colombiano, si bien la HV ha sido abordada en el escenario académico, es necesario avanzar en su caracterización e implementación en los entornos clínicos.

Derecho a morir dignamente en Colombia

Se entiende por el derecho a morir dignamente (DMD) el haz de facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital y tomar decisiones libres e informadas sobre su salud y su cuidado al final de la vida. En el 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social (14) declaró el DMD como un derecho multidimensional, es decir, como un conjunto de derechos traducidos en prácticas asistenciales que le posibilitan al paciente decidir cómo enfrentar el proceso de morir. Gracias a la variedad de prácticas disponibles (por ejemplo:

cuidado paliativo, rechazo terapéutico, eutanasia, DVA, etc.) cada persona, según su preferencia, puede elegir entre ellas.

Aunque el DVA se sustenta en sólidos fundamentos éticos, con frecuencia se omite durante su implementación explorar y reconocer los valores de la persona en relación con sus preferencias de tratamiento (7). En consonancia con el anterior planteamiento, una investigación nacional de Álvarez et al. demuestra que algunas dimensiones éticas no se encuentran suficientemente representadas en los formularios de DVA. En concreto, los formularios de DVA no tenían una HV y no se le indagaba al paciente sobre el concepto de calidad de vida, muerte digna (15) y sufrimiento de manera explícita. Estos resultados evidencian vacíos en el conocimiento sobre la importancia y la utilidad de la HV en la atención clínica al final de la vida.

ANÁLISIS

Con la HV se le otorga protagonismo a la pregunta: ¿Quién es la persona? Solo con la respuesta a esta pregunta se puede alcanzar una atención centrada en la persona en la que el servicio clínico esté en consonancia con los valores del paciente, con el fin de lograr un cuidado al final de la vida de alta calidad. Es importante aclarar que la HV no es un documento legal en la jurisdicción colombiana y, por lo tanto, carece de fuerza vinculante; sin embargo, esto no la despoja del respeto ético ni disminuye su utilidad asistencial, aspectos a los que están llamados los profesionales de la salud. La HV es una herramienta útil con doble objetivo asistencial: por una parte, como proceso de reflexión y conocimiento personal, al igual que como una guía orientadora para abrir el diálogo entre médico y el paciente en la PDA; por otra parte, como fin puede concretarse la elaboración del documento de HV y/o suscribir un DVA. La HV no solo amplía el concepto de PDA, sino que también extiende su alcance. Mientras que la PDA se centra principalmente en “definir preferencias sobre tratamientos y atención

médica futura” (1) —esto es, directivas de tratamiento— la HV abarca un espectro más amplio de decisiones, que con frecuencia se pasan por alto, y que son igualmente relevantes, entre ellas los valores personales, las actitudes y objetivos de vida de una persona con el fin de comprender los fundamentos que guiarán las decisiones subrogadas. Es así como la HV mejora la autonomía prospectiva del paciente de una manera que las directivas de tratamiento no lo hacen: al maximizar su salud como persona y al aumentar la probabilidad de que las intervenciones médicas sean coherentes con su identidad práctica (6).

En el DVA —según el artículo 4 de la Resolución 2665 del 2018— las voluntades de tratamiento deben expresarse de manera “específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación al cuidado futuro de su salud e integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida” (16). A partir de la premisa anterior, para algunas personas la HV “puede ser más aceptable que un DVA estándar” (10). Considerando que los escenarios clínicos son complejos y cambiantes, se dificulta aún más prever las preferencias de tratamiento “claras e inequívocas” para todas las situaciones clínicas posibles en un DVA. Por esta razón, se recomienda incluir la HV en el proceso deliberativo de la PDA y en las prácticas asistenciales del DMD en Colombia.

En años recientes, la literatura científica ha centrado la atención en legitimar la PDA y la elaboración de un DVA para pacientes con enfermedad de alzhéimer (EA) en etapa temprana (2,11,17-20). A diferencia de otras enfermedades graves, el problema específico del paciente con EA es la pérdida progresiva de la capacidad para decidir sobre su futuro, por tanto, es significativa la premisa: “es ahora o nunca, posponer no es una opción” (20). En este sentido, Porter recomienda adjuntar una HV a un DVA, con el propósito de orientar las decisiones difíciles sobre la atención médica y procurar que estas reflejen mejor los valores, creencias y prioridades del paciente (17). En el marco de la reflexión y análisis del tema emerge

una pregunta en relación con los pacientes con EA en etapa avanzada o pacientes inconscientes en unidad de cuidados intensivos (UCI) que no han elaborado un DVA: ¿Se puede realizar una PDA en pacientes con estado de incapacidad para decidir o comunicar? La respuesta es afirmativa. Para respaldar esta respuesta, se presenta el trabajo de Scheunemann et al., quienes proponen un enfoque dirigido a la toma de decisiones sustitutivas de alta calidad para cualquier paciente en estado de incapacidad: la historia de valores facilitada (HVF) (21).

La HVF propone un enfoque estructurado para que los equipos de salud apoyen a la familia y los representantes a identificar y comprender los valores relevantes —en ocasiones conflictivos— de la persona que se encuentra en estado de incapacidad para tomar decisiones médicas cerca del final de la vida. A partir de este proceso, los profesionales de la salud pueden formular recomendaciones de tratamiento que respeten y sean coherentes con estos valores (21). Este enfoque se logra con un diálogo entre el equipo de salud y la familia en la PDA. De la anterior argumentación se concluye que un paciente con EA en etapa temprana puede participar en el encuentro médico-paciente y elaborar una HV y/o un DVA; en cambio, en el caso del paciente con incapacidad documentada, se propone elaborar una HVF entre el equipo de salud y el representante para la toma de decisiones subrogadas.

En Colombia, la Ley de Cuidados Paliativos (CP) (Ley 1733 de 2014) (22) formula el derecho a suscribir un DVA. No obstante, la promulgación de la ley o un derecho no es suficiente para garantizar su promoción e implementación efectiva en la práctica clínica. Cabe aclarar que, tanto la participación en la PDA como la elaboración de un DVA se pueden hacer en cualquier momento de la vida por una persona sana o en estado de enfermedad (16,19). En concordancia con lo anterior, la PDA y el DVA no constituyen actividades asistenciales exclusivas de los médicos tratantes de los servicios de CP. En el entorno clínico —sin minimizar los

progresos regulatorios— es indispensable articular la PDA con los derechos que configuran el DMD en Colombia, los cuales se deben promover desde la atención primaria en salud.

En este mismo sentido, la Ley de Autodeterminación del paciente en Estados Unidos (18) ofrece un antecedente jurídico notable que permite plantear dos inquietudes: ¿Es pertinente establecer un marco regulatorio que exija a las instituciones de salud a informar y proveer una PDA a todos los pacientes admitidos en hospitalización, independientemente del nivel de complejidad de atención clínica? Asimismo, ¿deberían considerarse la PDA y el apoyo para la realización de un DVA como un servicio asistencial separado y facturable? En consonancia con este modelo se han creado algunos servicios de asesoría en bioética en instituciones de salud en el país, entre los cuales es interesante citar la experiencia del Servicio de Humanismo y Bioética del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, el cual promueve un “trato compasivo centrado en la persona” (23). Entre las diversas actividades del servicio se contempla la disponibilidad de un espacio de consulta enfocado en la PDA. De esta manera, la creación de servicios institucionales de consultoría en bioética y humanización que apoyen a los pacientes, la familia y los profesionales de la salud en la práctica clínica pueden constituir una estrategia efectiva para contribuir a la garantía del DMD en Colombia.

CONCLUSIÓN

La HV constituye una herramienta valiosa con un doble objetivo asistencial: por una parte, sirve como una guía para facilitar el diálogo entre el médico y el paciente durante la PDA; por otra, puede concretarse en la elaboración de un documento formal de HV que permita orientar la toma de decisiones subrogadas futuras, o la suscripción de un DVA. La elaboración de un documento de HV o un DVA debe representar el resultado de un proceso estructurado y deliberativo

de PDA y, de ninguna manera, el producto de formularios autodiligenciados por las personas. Contar con el acceso a un programa institucional de PDA puede contribuir a la garantía del conjunto de facultades que configuran el DMD en Colombia.

RECONOCIMIENTOS

Contribución de los autores

AMÁA: Idea original.

AMÁA y BJPB: Aportes al manuscrito y revisión crítica.

Los autores han leído y aprobado el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Disponibilidad de material complementario

El conjunto de datos que respaldan el análisis y los resultados de este estudio están disponibles en el repositorio institucional de la Universidad El Bosque previa solicitud razonable.

Presentaciones

Tesis de grado con mención Laureada de la Maestría de Bioética de la Universidad El Bosque de AMÁA.

Agradecimientos

Al doctor Hernando Clavijo y compañeros de maestría por su dirección y aportes en la construcción de la investigación.

REFERENCIAS

1. Lasmarías C, Delgado S, Rietjens J, Korfaige I, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Palliat*. 2019;26(3):236-49. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1019/2018>
2. Denning KH, Jones L, Sampson EL. Preferences for end-of-life care: a nominal group study of people with dementia and their family carers. *Palliat Med*. 2013;27(5):409-17. <https://doi.org/10.1177/0269216312464094>.
3. Doukas DJ, McCullough LB. The values history: The evaluation of the patient's values and advance directives. *J Fam Pract*. 1991;32(2):145-53.
4. Prommer EE. Using the values-based history to fine-tune advance care planning for oncology patients. *J Cancer Edu*. 2010;25(1):66-9. <https://dx.doi.org/10.1007/s13187-009-0014-0>
5. Peters C, Chiverton P. Use of a values history in approaching medical advance directives with psychiatric patients. *J Psychos Nurs Ment Health Serv*. 2003;41(8):28-36. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20030801-11>
6. Richman K. Ethics and the metaphysics of medicine. Reflections on health and beneficence. En: McGee G. and Caplan A., editores. Chapter 6. *Advance Directives*. Massachusetts Institute of Technology; 2004. p. 135-55.
7. Doukas DJ, McCullough LB, Crane M. Enhancing advance directive discussions using the values history. En: Gallo J, Gogner H, Fulmer T, Paveza G. (Eds.), *Handbook of geriatric assessment*. 4th ed. Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 59-75.
8. Lambert P, Gibson JM, Nathanson P. The values history: An innovation in surrogate medical decision-making. *J Am Soc Law, Med Ethics*. 1990;18(3):202-12. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1990.tb00023.x>
9. Kolarik RC, Arnold RM, Fischer GS, Hanusa BH. Advance care planning. A comparison of values statements and treatment preferences. *J Gen Inter Med*. 2002;17(1):618-24. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10933.x>
10. Winter L. Patient values and preferences for end-of-life treatments: are values better predictors than a living will? *J Palliat Med*. 2013;16(4):362-8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0303>
11. Karel MJ, Moye J, Bank A, Azar AR. Three methods of assessing values for advance care planning: comparing persons with and without dementia. *J Aging Health*. 2007;19(1):123-51. <https://doi.org/10.1177/0898264306296394>
12. Doukas DJ, Gorenflo DW. Analyzing the values history: An evaluation of patient medical values and advance directives. *J Clin Ethics*. 1993;4(1):41-5.
13. Karel MJ, Powell J, Cantor MD. Using a values discussion guide to facilitate communication in advance care planning. *Patient Educ Couns*. 2004;55(1):22-31. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00246-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00246-5)
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 229 de 2020 [Internet]. [citado: 2025 ene. 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20229%20de%202020.pdf
15. Álvarez Acuña AM, Buitrago Martín CL, Ceballos Vejarano A. Contenido de los formularios del documento de voluntades anticipadas en los servicios de dolor y cuidado paliativo en Colombia. Estudio de corte transversal. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2023;52(2):e1093. <https://doi.org/10.5554/22562087.e1093>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2665 de 2018 [Internet]. [citado: 2025 enero 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
17. Porter 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). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0249-6>
18. Dixon J, Karagiannidou M, Knapp M. The effectiveness of advance care planning in improving end-of-life outcomes for people with dementia and their carers: A systematic review and critical discussion. *J Pain Symp*

- Manag. 2018;55(1):132-50.el. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.009>
19. Sedini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(2):325-30. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02001-y>
 20. Beaufort ID, Van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol.* 2016;263(7):1463-7. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8095-2>
 21. Scheunemann L, Arnold R, White D. The facilitated values history. Helping Surrogates make authentic decisions for incapacitated patients with advanced illness. *Am J Respirat Crit Care Med.* 2012;186(6):480-6. <https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0710CP>
 22. Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 de 2014. [Internet]. [citado: 2025 enero 28]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
 23. Prieto-Martínez P, Rodríguez Suárez N, Zárate-Velasco DL. Department of Humanism and Bioethics at the Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia: An update based on 8 years of service. *Clin Ethics.* 2023;18(4):393-403. <https://doi.org/10.1177/14777509221077389>