



**Percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva
en cuidado crítico adulto. Una scoping review**

Orlando Enrique Barrios Diaz

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico
Bogotá, Colombia
2026

**Percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva
en cuidado critico adulto. Una scoping review**

Orlando Enrique Barrios Diaz

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Enfermería en Cuidado Crítico

Directora:

Daira Vanessa Burbano Rivera

Enfermera; Magíster en Enfermería; (E) Maestría en Epidemiología Clínica; PhD en
Enfermería

Línea de Investigación:

Grupo de Investigación Cuidado en el Contexto Individual, Familiar y Social

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Bogotá, Colombia

2026

Dedicatoria

A la memoria de mi hermano, y de mi padre, cuya ausencia dejó un vacío imposible de llenar, pero también una herencia de espíritu indomable, valentía y valores que hoy sostienen cada uno de mis logros, gracias por no soltarme nunca, por creer en mí incluso cuando yo dudé. A mi madre, mi refugio y mi fortaleza, por su amor incansable y su sacrificio silencioso. Y a mi hija, María Isabella, mi razón más profunda de existir, mi mayor orgullo y mi esperanza diaria; por ti, todo esfuerzo tiene sentido. Este logro nace del amor, del dolor transformado en fortaleza y de la promesa íntima de honrar sus vidas con la mía.

Agradecimientos

A mi directora de tesis, Dra. Daira Vanessa Burbano, gracias por su guía sabia y rigurosa, por su paciencia, sus observaciones siempre precisas y su acompañamiento constante. Su apoyo y exigencia académica no solo fortalecieron este trabajo, sino también mi formación profesional y humana.

Resumen

Percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva en cuidado crítico adulto. Una scoping review

La eutanasia pasiva es un tema que genera dilemas éticos porque se relaciona con decisiones sobre dejar de iniciar o retirar tratamientos cuando ya no aportan beneficio real y solo prolongan el sufrimiento. En cuidado crítico adulto (UCI), estas decisiones son más difíciles porque los pacientes están en condiciones graves, muchas veces con pronósticos inciertos, y el equipo debe actuar bajo presión. En ese contexto aparecen choques entre el valor de la vida, el respeto por la autonomía del paciente y la responsabilidad profesional de no hacer daño ni mantener medidas que se vuelven desproporcionadas. Por eso, el objetivo de este estudio fue revisar cómo perciben médicos y enfermeras la eutanasia pasiva en el cuidado crítico del adulto.

La metodología fue una revisión de alcance (scoping review), basada en fuentes secundarias. Se hizo una búsqueda en bases de datos y repositorios académicos, incluyendo literatura científica y literatura gris. Se incluyeron 52 documentos (artículos, revisiones, tesis y trabajos académicos) en español, inglés y portugués, que abordaran experiencias, actitudes o percepciones del personal de salud sobre eutanasia pasiva o limitación del esfuerzo terapéutico en adultos.

En los resultados se encontró que las percepciones no son iguales entre profesionales ni entre países. En general, muchos ven la eutanasia pasiva como una forma de evitar el ensañamiento terapéutico y permitir un final más digno, pero al mismo tiempo la viven con carga emocional, culpa, miedo a equivocarse y dudas por lo legal. También se repite un punto: cuando no hay protocolos claros ni apoyo institucional, las decisiones quedan más cargadas al criterio del médico y enfermería termina participando más en la ejecución y el acompañamiento, que en la decisión. En varios estudios aparece la falta de formación en bioética, cuidados paliativos y comunicación con familias como un problema que aumenta conflictos y estrés moral.

En conclusión, el tema no depende solo de lo clínico; influyen las creencias personales, la cultura del hospital, las normas disponibles y la manera en que se habla con la familia. Como limitaciones, los documentos incluidos fueron muy diferentes entre sí (métodos, definiciones y contextos), y hay menos evidencia en algunos países y servicios. Como recomendaciones, se plantea fortalecer formación en bioética y comunicación, crear guías institucionales para la limitación del esfuerzo terapéutico, promover planificación anticipada y apoyar al equipo con consultoría bioética y espacios de discusión en UCI.

Palabras clave: Eutanasia – Trabajadores de la salud – Eutanasia Pasiva – Cuidado crítico – Unidad de cuidados intensivos.

Abstract

Health workers' perceptions of passive euthanasia in adult critical care.

Una scoping review

Passive euthanasia is an issue that generates ethical dilemmas because it is related to decisions to stop starting or withdrawing treatments when they no longer provide real benefit and only prolong suffering. In adult critical care (ICU), these decisions are more difficult because patients are in serious conditions, often with uncertain prognoses, and the team must act under pressure. In this context, clashes appear between the value of life, respect for the patient's autonomy and the professional responsibility not to harm or maintain measures that become disproportionate. Therefore, the aim of this study was to review how doctors and nurses perceive passive euthanasia in adult critical care.

The methodology was a scoping review, based on secondary sources. We searched academic databases and repositories, including scientific literature and grey literature. A total of 52 documents (articles, reviews, theses, and academic papers) were included in Spanish, English, and Portuguese, which addressed the experiences, attitudes, or perceptions of health personnel about passive euthanasia or limitation of therapeutic effort in adults.

The results found that perceptions are not the same between professionals or between countries. In general, many see passive euthanasia as a way to avoid therapeutic cruelty and allow a more dignified end, but at the same time they live it with emotional charge, guilt, fear of making a mistake and doubts about the law. A point is also repeated: when there are no clear protocols or institutional support, decisions are more burdened by the doctor's criteria and nursing ends up participating more in the execution and accompaniment than in the decision. In several studies, the lack of training in bioethics, palliative care and communication with families appears as a problem that increases conflicts and moral stress.

In conclusion, the issue does not depend only on the clinical; Personal beliefs, hospital culture, available standards, and the way you talk to your family all play a role. As limitations, the included documents were very different from each other (methods, definitions, and contexts), and there is less evidence in some countries and services. As recommendations, it is proposed to strengthen training in bioethics and communication, create institutional guidelines for the limitation of therapeutic effort, promote advance planning and support the team with bioethics consulting and discussion spaces in ICU.

Keywords: Euthanasia – Healthcare workers – Passive euthanasia – Critical care – Intensive care unit.

Tabla de contenido

Resumen	4
Abstract	5
1. MARCO DE REFERENCIA	8
1.1. Estado del arte	8
1.2. Descripción del problema	13
1.3. Pregunta de investigación	18
1.4. Justificación.....	18
1.5. Objetivos	21
1.5.1. Objetivo general.....	21
1.5.2. Objetivos específicos.....	21
2. MARCO CONCEPTUAL Y/O TEÓRICO	22
2.1. Marco Teórico	22
2.1.1. Dimensión histórica y contextual	23
2.1.1.1. Dimensión histórica	23
2.1.1.2. Dimensión contextual.....	24
2.2. Marco conceptual	25
2.2.1. Eutanasia pasiva	25
2.2.2. Suicidio asistido	26
2.2.3. Adecuación de los esfuerzos terapéuticos	27
2.2.4. Unidad de cuidados intensivos (UCI)	27
2.2.5. Profesionales de la salud	28
2.2.6. Percepción.....	28
3. MARCO METODOLÓGICO	29
3.1. Pregunta de investigación	29
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.2.1. Criterios de inclusión.....	30
3.2.2. Criterios de exclusión.....	30
3.3. Estrategia de búsqueda.....	31
3.3.1. Bases de datos y literatura gris	31
3.3.2. Software de apoyo a la selección	35
3.4. Selección de la evidencia.....	35
4. RESULTADOS	40
5. DISCUSIÓN	58
6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES	62
7. ANEXOS	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma PRISMA para estudios de fuentes secundarias	43
Figura 2. Distribución de estudios por países	44
Figura 3. Tendencia de publicación por año	45

1. MARCO DE REFERENCIA

El presente marco de referencia reúne los principales fundamentos conceptuales, éticos, legales y profesionales que orientan el análisis de la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto. A partir de la revisión de literatura científica, normativa y académica, se delimitan los conceptos clave relacionados con la muerte digna, el sufrimiento, la autonomía del paciente y el rol de los profesionales de la salud, con el fin de ofrecer un soporte teórico que permita comprender las percepciones de los trabajadores de la salud y contextualizar los hallazgos de esta investigación.

1.1. Estado del arte

El análisis de la eutanasia en el ámbito del cuidado crítico es una tarea inevitablemente compleja, pues exige conjugar principios éticos, sensibilidad humana y competencia profesional frente a la fragilidad existencial, el sufrimiento terminal, y la vulnerabilidad radical del ser humano. Enfermería, cuya vocación radica en el cuidado digno, compasivo y humano, se ve interpelada en lo más profundo: no sólo por lo legal, sino por lo ético, lo moral y lo espiritual.

Reflexionar sobre eutanasia, por tanto, implica pensar con serenidad en la muerte esa realidad inevitable que ha sido abordada históricamente por la filosofía, la tanatología y la bioética para comprender qué significa una "buena muerte" y cómo honrar la dignidad del paciente aun en su último aliento. Al final este tema, no sólo implica un debate ético ilegal, sino que interpela directamente el quehacer de enfermería, desde su esencia, el cuidado humano, digno y compasivo (1).

Para contextualizar adecuadamente esta problemática es indispensable partir con una reflexión profunda sobre la muerte. Esta palabra de origen latino (*mors-mortis*) ha sido históricamente entendida como la percepción de las funciones esenciales de los seres humanos. sin embargo, en el contexto clínico y particularmente unidades de cuidados intensivos, la muerte trasciende su definición biológica para convertirse en un evento multidimensional, cargado de significado sociales, culturales y espirituales y emocionales, tanto para el paciente como para el entorno y el grupo de salud, que lo acompaña (2).

En esta línea, el concepto de eutanasia se presenta como una opción debatida frente a ciertos escenarios clínicos en los que la cotidianidad de la vida se asocia más al sufrimiento que al bienestar. El término proviene del griego *eu-thanatos* que significa "buena muerte" y es la solución a intervenciones clínicas que buscan de manera deliberada y con consentimiento informado, provocar la muerte de un paciente con enfermedad terminal o incurable, cuando este experimenta un sufrimiento físico o psíquico, intolerable, la finalidad es evitar una prolongación del

padecimiento, garantizando una muerte rápida, eficaz, indolora y sobre todo digna (3). En este sentido, la eutanasia debe entenderse no como una forma de abandono del cuidado, sino como una manifestación definitiva de la consideración hacia los deseos del paciente y del principio de beneficencia, particularmente en aquellos momentos en que el dolor ya no puede ser mitigado con métodos tradicionales.

En Colombia, la discusión acerca de la Eutanasia ha llevado a un desarrollo legal importante, sobre todo con la decisión C-233 de 2021 de la corte constitucional, que expande el derecho a una muerte digna más allá de condiciones terminales, reconociendo el sufrimiento extremo como un motivo válido para solicitar este proceso (4). Este avance jurídico presenta un reto ético y profesional para los profesionales de la salud, quienes deben lidiar no solo con la legislación, sino también con sus propias creencias, emociones y marcos de referencia. En este escenario, la enfermería crítica juega un papel fundamental, no solo por su relación continua con los pacientes en situaciones de gran vulnerabilidad, sino también porque suele ser la profesión que pasa más tiempo al lado del paciente y su familia, apoyando el proceso de toma de decisiones y el final de la vida.

Existen diversas opiniones entre los profesionales de la salud acerca de la eutanasia, algunos están a favor, otros en contra, y hay quienes adoptan una postura incierta al respecto. Las opiniones sobre el tema se ven influenciadas por varios factores, incluyendo la formación en Bioética, la percepción que se tiene de la sociedad, y las creencias culturales y religiosas. Una investigación realizada en Chile sobre la percepción y opinión de médicos y enfermeras acerca de la eutanasia reveló que ciertos trabajadores de la salud manifiestan que sus creencias religiosas y su vida espiritual influyen en su oposición a esta práctica. El estudio mostró que hay dos opiniones diferentes por parte de médicos y enfermeras en relación con la práctica de la eutanasia. La primera opinión sostiene que una vez que la práctica está regulada, no importa quién la realice. La segunda opinión, por otro lado, enfatiza la obligación de nombrar a una persona que, se sugiere, debe ser un médico. El razonamiento es que solo el médico está calificado para controlar la intervención, sin mencionar la relación del clínico con el paciente de la que tiene que asumir la responsabilidad principal. También se señala que la acción del médico crea abrumadoramente una relación terapéutica de confianza con el paciente (5).

Debido a la sensibilidad y complejidad del problema, las discusiones sobre la eutanasia tienden a ser muy apasionadas y, desafortunadamente, más a menudo de lo que se quisiera, se ven afectadas más por emociones y fervores que por razonamiento lógico. El debate entrelaza varias corrientes filosóficas, sistemas de creencias y razonamientos éticos, lo que solo sirve para profundizar sus abismos. Además, es común que personas y grupos ejerzan presión con el objetivo de imponer sus puntos de vista, a menudo sin ningún esfuerzo de buena fe por

escuchar y entender la perspectiva de los opositores (6). Tal rigidez hace que sea imposible llegar a compromisos que respeten las necesidades, derechos y valores de todas las partes involucradas.

Recientemente, la eutanasia se ha estudiado desde diferentes puntos de vista: ético, salud, jurídico y social. Contextualmente, En el estudio cualitativo de Bascuñán Rodríguez y Huepe Ortega (2022) (7), realizado en un hospital público de Santiago de Chile, se identifican dos posturas diferenciadas entre médicos y enfermeras sobre quién debería ser responsable de efectuar la eutanasia. Algunos participantes opinan que cualquier profesional de salud debidamente capacitado podría llevar a cabo el procedimiento, siempre que existan protocolos claros y respaldo ético-legal; otros sostienen que esta responsabilidad debe recaer exclusivamente en el médico tratante, dado su vínculo clínico directo con el paciente, su capacidad diagnóstica, su competencia técnica y la responsabilidad legal que conlleva dicho acto. Estas posturas ponen de manifiesto los dilemas sobre distribución de roles profesionales, la protección de la autonomía del paciente, y las implicaciones éticas y legales que rodean la práctica de la eutanasia en unidades de cuidados críticos.

Ampliando esta visión, Crusat y Fernández (8), en su revisión de la literatura nacional e internacional, analizan la comprensión y las posiciones de las enfermeras respecto a la eutanasia. Su investigación evidencia que, aunque hay una disposición hacia el reconocimiento del derecho a una muerte digna, todavía existen barreras que están vinculadas a una educación bioética inadecuada, a la falta de marcos legislativos claros en numerosos países y a la confusión del papel profesional en estos contextos. Estos estudios acentúan la necesidad de mejorar urgentemente el currículo respecto a los temas de fin de vida, particularmente en enfermería, que es fundamental en contextos de cuidados críticos, donde dichas decisiones se toman con más frecuencia y son más sensibles.

Por otro lado, Riveros (9) aborda una dimensión menos explorada pero igualmente importante, que es la eutanasia pasiva, entendida como la decisión consciente de no iniciar tratamientos que prolonguen la vida, desprovistos de cualquier perspectiva justificable de recuperación. Desde una perspectiva legal chilena, la autora examina la inadecuación del régimen legal y la ausencia de definiciones precisas relacionadas con esta práctica, lo que genera gran incertidumbre para el médico tratante, así como para los pacientes y sus familias. Esta brecha legal hace que la toma de decisiones en cuidados críticos sea aún más difícil, especialmente en lo que respecta a la discontinuación del soporte vital, que puede ser ambigua o incluso arriesgada.

En Australia, realizaron una investigación sobre las opiniones de los médicos acerca de la eutanasia y encontraron una polarización particularmente sorprendente dentro de la profesión. Algunos médicos consideran la eutanasia como una obligación ética y una extensión de su deber de aliviar el sufrimiento, mientras que otros expresan una considerable preocupación acerca de las

ramificaciones éticas y legales de tal acto. Esta dicotomía ilustra el desafío de reconciliar la autonomía del paciente, la ética de la práctica y las leyes vigentes (10). Por otro lado, los resultados de la percepción y el conocimiento de las enfermeras en investigaciones efectuadas en Canadá sobre la eutanasia revelaron que el 39,5% consideraba que, si se legalizara la eutanasia, el uso de ciertos medicamentos podría ser autorizado a solicitud del paciente; sin embargo, el 34,6% creía que esta práctica podría llevar a solicitarla por parte de pacientes que no estuvieran completamente capacitados (11). El mismo estudio evidenció que las profesionales presentaban carencias en su entendimiento o tenían interpretaciones incorrectas sobre el concepto de eutanasia y su aplicación.

En el ámbito práctico, estudios dentro de la enfermería han analizado las creencias y elementos que afectan la disposición de los trabajadores de la salud para involucrarse en elecciones vinculadas a la eutanasia pasiva. Un estudio llevado a cabo en Israel, basado en la Teoría del Comportamiento Planeado, reveló que las actitudes personales y la percepción de control sobre la situación son determinantes fundamentales para que los enfermeros se involucren en la no intervención en tratamiento de soporte vital. Estos hallazgos reflejan la complejidad emocional y ética que enfrentan los profesionales en unidades de cuidado crítico.

En su trabajo, Álvarez (12) afirma que la eutanasia pasiva es el caso en el que los recursos médicos disponibles no se utilizan para prolongar la vida de una persona que está en estado terminal, o se encuentra fuera del alcance médico, y cualquier intervención solo prolongaría el sufrimiento del paciente. El autor menciona que el término ortotanasia puede ser utilizado como sinónimo de eutanasia pasiva, el cual se traduce como "muerte correcta o recta".

En el mundo legal-comparativo, el caso de Aruna Shanbaug en India es, desde el punto de vista de la historia legal, un desarrollo significativo en el reconocimiento legal de la eutanasia pasiva, dado que estuvo en estado vegetativo durante más de cuatro décadas (13). La Corte Suprema dio luz verde para interrumpir el tratamiento que sostenía su vida, aunque desestimó la petición inicial de eutanasia activa. Esta decisión estableció un marco para reconocer la omisión de tratamientos como una manera válida de honrar la dignidad y los derechos del paciente, siempre en condiciones rigurosamente controladas. Por otro lado, numerosos códigos de ética a nivel internacional, como el de la Organización Médica Colegial de España, sugieren deshacerse del término "eutanasia pasiva", ya que podría generar confusiones entre la abstención terapéutica ética, destinada a evitar el exceso de tratamientos, y el acto intencionado de causar la muerte (14).

Alves y De Freitas (15) definen la ortotanasia como la abstención de intervenciones innecesarias e inhumanas para eludir el proceso natural de la muerte, lo cual podría aumentar el sufrimiento. Esta perspectiva no implica que se desatienda o

abandone al paciente; se trata de un enfoque terapéutico basado en la humanización, donde el objetivo de los cuidados es ofrecer una mejor calidad de vida y de muerte al individuo. Así, la práctica de la ortotanasia se presenta como una forma de muerte digna o preferible, en el momento adecuado, sin la interrupción de tratamientos indispensables para aliviar el dolor.

Ivankovics et al., (16) definen la ortotanasia como el cese de intervenciones o técnicas artificiales cuyo propósito es extender la vida de pacientes que no tienen posibilidades de sanación, con el objetivo de minimizar el sufrimiento innecesario y permitir una muerte con honor. En Brasil, la ortotanasia es el único procedimiento respaldado por la ley y está estrechamente vinculado a los cuidados paliativos, en los que se brinda atención al paciente conforme a sus necesidades espirituales, físicas, psicológicas y sociales, hasta que llegue el momento de la muerte de manera digna.

Bajo esa perspectiva, Runzer-Colmenares et al. (17) definen la ortotanasia como la muerte que ocurre en su tiempo natural, sin ningún tipo de intervención médica que extienda la vida de forma innecesaria ni que apresure el fallecimiento. Es el proceso inevitable y natural de morir que honra el derecho de un individuo a concluir su vida con dignidad, respaldado por cuidados paliativos. El objetivo de la ortotanasia es evitar alargar de manera artificial el proceso de morir más allá de lo que sería considerado natural.

Comparativamente, González-Castro et al. (18) sostienen que, ante la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), surgen contradicciones debido a factores como la necesidad de asegurar que se han ofrecido al paciente todas las opciones de tratamiento disponibles, sin caer en el ensañamiento terapéutico que puede extender innecesariamente el sufrimiento tanto del paciente como de su familia. Los autores del presente estudio indican que las decisiones en cuidados intensivos se distinguen de otras decisiones médicas por su rapidez, su contexto específico y la incertidumbre que rodea la mayoría de los casos, por lo que la eutanasia pasiva, o la limitación del esfuerzo terapéutico, presenta un desafío para los profesionales de la salud al momento de comunicar estas decisiones a los pacientes y sus familias. Por ello, el estudio de González-Castro et al. es relevante, ya que su finalidad es entender las perspectivas de los profesionales que laboran en unidades de cuidado crítico acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico.

Durante el análisis se aprecia que mientras existen estudios de eutanasia y eutanasia pasiva, se evidencia un gran desconocimiento en percepciones y vivencias de los profesionales en salud que se desempeñan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos. Estos pacientes, en gran parte sin posibilidad de recuperarse, suponen profundos conflictos éticos para los trabajadores en cuanto al cierre de vida y la dignidad en la muerte. Estos pacientes, en su mayor parte, se encuentran sin expectativas de curación y en la exigencia de los problemas de salud de más severa clínica, en condiciones que amenazan la vida. La literatura sobre el tema parece ser escasa y en particular

para los estudios que investigan la actitud de los enfermeros y médicos en eutanasia pasiva y tratan de incorporar las ideas en su práctica, y la influencia de la educación ética, la religión y la cultura, y el control percibido en sus decisiones. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo llenar este vacío analizando las percepciones y actitudes de los profesionales de la salud con relación a la eutanasia pasiva en las unidades de cuidado crítico para adultos, proporcionando evidencia que ayude a optimizar la formación profesional, la práctica clínica y la atención centrada en el paciente.

1.2. Descripción del problema

En Colombia, la Corte Constitucional reconoció desde la Sentencia C-239 de 1997 que el derecho a una muerte digna está asociado con los derechos a la dignidad humana, a la salud y al libre desarrollo de la personalidad, al despenalizar el homicidio por piedad en casos de pacientes terminales que expresan voluntad libre e informada (19). Sin embargo, aunque este derecho fue reconocido jurisprudencialmente hace más de dos décadas, su reglamentación legal sigue siendo incompleta y no existe hasta la fecha una política pública consolidada que garantice su acceso homogéneo. Esta situación ha generado que, en la práctica, quienes deberían tener acceso al procedimiento enfrenten obstáculos tales como demoras normativas, falta de claridad institucional, barreras administrativas y diferencias marcadas entre distintas regiones o prestadores de salud, lo que limita el goce efectivo del derecho al morir con dignidad.

La eutanasia es un asunto sumamente complicado que involucra aspectos éticos, legales, médicos y religiosos, no obstante, uno de los obstáculos más significativos en la discusión pública y profesional sobre esta práctica en Colombia es la falta de información adecuada o la existencia de ideas erróneas (20). Existe una ambigüedad semántica significativa en torno a términos como "eutanasia", "muerte digna" o "permitir morir", lo que genera confusión tanto a la ciudadanía como incluso al profesional de la salud, este vacío terminológico impide una discusión clara y fundamentada, ya que muchos interpretan estos conceptos desde perspectivas emotivas, religiosas o ideológicas, sin una comprensión precisa de su alcance médico y jurídico. En este escenario, los cuidados paliativos, que tendrían que ser una alternativa viable y al alcance de aquellos que lidian con enfermedades en fase terminal, no siempre son accesibles debido a la limitada cobertura en el sistema de salud de Colombia y a la falta de preparación de profesionales cualificados para proporcionarlos como opción o complemento a la eutanasia.

Además, aunque la Corte Constitucional despenalizó el derecho a morir con dignidad en Colombia en 1997 y ha habido progresos normativos desde 2015, hay un gran desconocimiento entre la población sobre cómo hacer valer este derecho y cuáles son las condiciones legales para pedir la eutanasia. Esta carencia de

información complica que los pacientes y sus seres queridos puedan acceder a un camino legal y ético que les ayude a mitigar el dolor intenso, creando una discrepancia entre las regulaciones actuales y lo que realmente se lleva a cabo (21). En ausencia de campañas educativas y la contención de estigmas sociales sobre la muerte voluntaria, el conocimiento permanece y se alimenta aún más de una sospecha sobre el derecho de acceso a las instituciones a las que corresponde este derecho.

En el caso del paciente, las obras del Dr. Eduardo Díaz Amado, médico, psicoanalista y autor que actualmente se desempeña como Profesor y director del Instituto de Bioética en la Facultad de Filosofía de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia, describen la necesidad de promover el pluralismo de manera respetuosa rindiendo homenaje a la variabilidad cultural y personal respecto a la eutanasia. Díaz Amado argumenta que para un paciente que sufre un dolor inconcebible y otro tormento psicossomático ineludible, la eutanasia es una opción digna y justificable, ya que la autonomía es un valor que debe ser abrazado en el proceso de autodeterminación sobre la propia vida (22). De acuerdo con ellos, en su relación con la ética médica, varios textos destacan que, en la práctica, la eutanasia se fundamenta en la esencia de la autonomía del individuo, el déficit de compasión en la medicina y la transparencia ética de la relación médico-paciente, abogando predominantemente por la autorización de las decisiones de los pacientes terminales. Por otro lado, se argumenta que, aunque la vida es un bien muy importante, no debe ser considerada como un valor absoluto y sagrado en todas las circunstancias, ya que la Constitución otorga a los individuos el derecho a morir de manera digna cuando el sufrimiento es insoportable y no puede ser razonablemente aliviado.

Por otro lado, La Conferencia Episcopal en Colombia ha argumentado que la eutanasia es una violación de la dignidad fundamental de la persona y, como consecuencia, fomenta una "cultura de muerte" que devalúa la vida humana. El apoyo a esta posición proviene de comunidades religiosas que ven la eutanasia como un acto que no puede ser aceptado en términos éticos, pues argumentan que la vida debe ser protegida desde el momento de la concepción hasta el momento en que termina de manera natural. Además, el bioeticista Javier Gafo ha promovido el diálogo multidisciplinario para articular la tradición católica con perspectivas seculares, entendiendo las complejidades éticas involucradas y la necesidad de honrar los sistemas de creencias personales sin una imposición total de un solo marco (23).

En el ámbito legal, el exmagistrado Carlos Gaviria Díaz es una figura clave para la jurisprudencia en Colombia, ya que ayudó a despenalizar la eutanasia como un derecho autónomo y digno de la persona. En contraste, personas como el exfiscal general Alejandro Ordóñez han expresado sus actitudes opuestas hacia la regulación de la eutanasia, defendiendo el derecho a la vida y los valores tradicionales (24). Al mismo tiempo, el politólogo y exsenador Juan Manuel Galán

ha buscado vigorosamente la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, defendiendo el derecho a morir con dignidad en este país. En contraste, legisladores de oposición, como la abogada y exsenadora Vivian Morales y el exsenador David Barguil, argumentan que la eutanasia va en contra del valor inherente de la vida humana y muestran su inquietud ante posibles efectos negativos en la sociedad, como la vulnerabilidad de aquellos que se encuentran en situaciones precarias o que padecen enfermedades (25).

Cuando un paciente busca recibir la eutanasia, una práctica que es legal en países como España y Colombia, y no lo consigue, se encuentra con consecuencias significativas. Estas implicaciones incluyen no solo un sufrimiento físico prolongado y la disminución de su independencia, sino también efectos psicológicos, sociales y éticos que influyen tanto en la persona afectada como en su círculo más cercano. En España, durante el año 2023 se registraron 766 solicitudes de eutanasia, lo que representó un incremento del 24,8% respecto al año anterior. Sin embargo, únicamente 334 solicitudes (43%) fueron aprobadas y realizadas, un dato alarmante es que el 25% de las personas solicitantes fallecieron antes de obtener una respuesta, y el tiempo medio de tramitación de 67 días, casi el doble de plazo legal de 35 días establecido para resolver los casos (26). Además, las eutanasias representan apenas el 0,06% y el 0,07% de los fallecimientos totales en el país, lo que refleja una baja cobertura de este derecho.

Desde el año 2015, cuando se estableció la ley sobre la eutanasia y se comenzó a llevar un registro de los procedimientos, hasta el 31 de diciembre de 2023, se han efectuado 692 casos de muerte asistida por medio de la eutanasia en Colombia. Hasta la fecha, el 2023 ha sido el año con mayor número de eutanasias ejecutadas en el país, con un total de 271 procedimientos hasta el cierre del 31 de diciembre de ese año. Desde que se lanzó el Sistema de Registro y Seguimiento de Eutanasia (SRSE), ha habido 1322 solicitudes de eutanasia documentadas. Este año también ha marcado un récord en las solicitudes de eutanasia presentadas al Sistema de Salud colombiano. Se reportaron 829 peticiones, lo que significa un promedio mensual de 69 solicitudes, evidenciando un incremento del 79,8% respecto al año anterior.

En el 2023, de cada diez peticiones, se dieron luz verde a 3,3 procedimientos. Asimismo, se ha notado una concentración geográfica en estos casos: la mayoría de los procedimientos de eutanasia se ha dado en Antioquia, especialmente en Medellín, y en Bogotá, la capital del país. En Antioquia se llevaron a cabo 298 procedimientos (43,1 %) y en Bogotá 285 (41,2 %). Juntas, estas dos ciudades concentran el 84,3 % de todos los procedimientos realizados en Colombia. Cuatro de cada diez casos de muerte asistida se realizan en Antioquia y la misma proporción en Bogotá. El ministerio de Salud en Colombia también ha enfrentado críticas por su falta de claridad en la difusión de datos actualizados, lo cual

complica la rendición de cuentas y limita la vigilancia adecuada por parte de la ciudadanía.

En Colombia, la eutanasia pasiva se entiende como la práctica de abstenerse de iniciar o de continuar tratamientos médicos, medicamentos, terapias o intervenciones que prolongan la vida cuando dichos medios son considerados fútiles, desproporcionados o cuando el paciente los rechaza explícita y conscientemente. Este procedimiento ético, siempre sujeto al consentimiento informado del paciente y al marco jurídico vigente, constituye una alternativa respetuosa de la dignidad humana, pues reconoce el derecho del individuo a no prolongar innecesariamente su sufrimiento, especialmente en situaciones donde la eutanasia activa aún enfrenta obstáculos administrativos y culturales (27). En México, se calcula que hasta un 45% de los enfermos en etapa terminal piden algún tipo de eutanasia pasiva. En Colombia, la carencia de acceso a cuidados paliativos agrava esta situación, ya que el país solo dispone de 1,6 recursos de atención paliativa por cada millón de personas, en comparación con los 24,5 de Uruguay y los 14,7 de Costa Rica. Además, solo el 13 de las 109 escuelas de medicina ofrece capacitación obligatoria en cuidados paliativos, lo que evidencia una deficiencia estructural en la formación de los profesionales de la salud (28).

En el ámbito del cuidado crítico, se brinda atención a aquellos pacientes que requieren vigilancia continua y atención especializada. Este servicio es proporcionado por un equipo de profesionales de la salud, todos capacitados en enfermería de cuidados críticos, lo que garantiza una atención personalizada para cada caso. La selección de pacientes que pueden ser admitidos en las unidades de terapia intensiva varía en cada institución, dependiendo de las particularidades de cada caso. No obstante, por lo general, se basa en un análisis objetivo, replicable y cuantificable de la gravedad del paciente, la necesidad de ciertos tratamientos y la habilidad, que incluye la tasa de supervivencia y la calidad de vida posterior (29, 14).

En las unidades de cuidados críticos, los profesionales de la salud utilizan varios instrumentos para evaluar la condición crítica de los pacientes, como la escala Apache (30) que predice el probable riesgo de muerte, y el MODS-SOFA que ayuda a un monitorizar la progresión de los pacientes. También existe el índice de esfuerzo terapéutico TISS (31) que ayuda a determinar si los pacientes pueden ser dados de alta a un área menos complicada. Estos instrumentos son fundamentales para estimar la gravedad, comparar riesgo y apoyar el seguimiento de resultados como la mortalidad en entornos de alta complejidad. Aun así, tanto en la práctica profesional como en la organización del servicio puede persistir una orientación hacia el soporte máximo, donde se tiende a priorizar la prolongación de la vida mediante intervenciones sucesivas, incluso en escenarios de pronóstico limitado, lo que plantea tensiones éticas y clínicas frente a la adecuación del esfuerzo terapéutico y la toma de decisiones compartida (32).

En este marco, la eutanasia se presenta como una opción que implica medidas deliberadas, ya sean directas o indirectas, con el objetivo de poner fin de manera gradual o definitiva al sufrimiento de un paciente, mediante un acto que concluye con su existencia. La eutanasia es una acción en donde una persona quita la vida a otra, lo que implica una percepción homicida en la naturaleza del acto, y es ahí en donde emergen los conflictos éticos frente al procedimiento en sus distintas facetas (33, 18).

La autonomía y dignidad de los pacientes se ven directamente afectadas por la falta de garantía plena al derecho de morir dignamente en Colombia. Desde 1997, la Corte Constitucional ha venido apuntando que la configuración de la personalidad (34), en la ciudad con el derecho de la libertad, se torna en un derecho básico que debe ser defendido. En cambio, la inercia del congreso junto con la ausencia de regulaciones ha condenado prácticamente a innumerables individuos a soportar una angustia corporal y mental excesiva sin justificación. El paciente se ve forzado a soportar un tratamiento, que no solo es poco ortodoxo y refinado, sino que, además, está en total desacuerdo con los actos constitucionales y el objetivo general de proteger los derechos humanos fundamentales, lo cual es cruelmente inhumano.

Social y clínicamente, la falta de la opción de la eutanasia a tiempo ha dado lugar al término eutanasia por defecto, especialmente, extiende el sufrimiento y deteriora la calidad de vida. El caso de Martha Sepúlveda destaca el sufrimiento de los pacientes con enfermedades graves e incurables que, debido a la estrecha comprensión del término enfermedad terminal, no se les concedió la muerte asistida (35). Además, la jurisprudencia en Colombia ha señalado que la falta de facilidades, los retrasos administrativos indebidos y las objeciones de conciencia institucional contribuyen a un sufrimiento prolongado innecesario e incluso a lesiones permanentes. Estas condiciones crean una situación donde la demora o negación de este derecho a los pacientes, y en mayor medida a las familias, causa lo que solo puede describirse como una carga aguda, profundamente emocional, social y ética.

De manera estructural, la falta de políticas públicas efectivas y de formación clínica suficiente en cuidados paliativos limita la materialización de este derecho en Colombia. La Corte Constitucional amplió el acceso en la Sentencia C-233 de 2021, incluyendo a pacientes con padecimientos terminales que sufren de enfermedades graves que les causan intenso sufrimiento físico o psicológico, persisten barreras como la ausencia de comités científicos multidisciplinarios y la escasa difusión del documento de voluntad anticipada (36). En consecuencia, no garantizar una muerte digna representa una falla ética, legal y social del Estado colombiano, pues prolonga el dolor de los pacientes en condiciones de extrema vulnerabilidad, vulnera principios de equidad en salud y perpetúa un trato cruel e inhumano que contradice el marco jurídico vigente.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones de los trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto, según la literatura científica disponible?

1.4. Justificación

El objetivo de esta investigación es entender la eutanasia pasiva en su complejidad en el marco del cuidado crítico del adulto, decididamente desde las percepciones de los trabajadores de la salud. Lo que impulsa este interés es el hecho de que incluso con los avances científicos, legales y sociológicos relacionados con el 'derecho a una muerte digna', hay poca literatura sobre cómo los profesionales experimentan, interpretan y lidian con este proceso en entornos de atención clínica complejos.

Significancia Social

La enfermedad y la muerte son parte de la vida de cualquier ser humano. A pesar de los avances de la ciencia y la medicina, el hecho de que cada vez más personas sufran de forma patológica está más cerca de la muerte. El problema del sufrimiento aquí tiene más que ver con el paciente. También se trata más de la familia del paciente que está sufriendo y la forma de aliviar el dolor, el sufrimiento de estas personas y sus familiares (37).

Como se dijo antes, el profesional de la salud requiere una comprensión más profunda del sufrimiento de la persona, no solo en su dimensión física, sino también emocional, social y espiritual. Esto implica desarrollar capacidad de reflexión ética y sensibilidad clínica para acompañar decisiones al final de la vida, en un contexto donde la muerte continúa siendo un tema complejo para la sociedad (38). Partiendo del individualismo o del colectivismo, el nacer o el fallecer son cuestiones que, en todos los casos, tienen una serie de factores que son sociales, económicos, y culturales. Por lo tanto, el alcance del papel de la muerte debe, en primera instancia, ser analizado en base a la irracionalidad de la defensa y a la marginalización de la interdependencia cultural.

Las implicaciones sociales de la eutanasia pasiva se expresan en varios aspectos. Primero, es un debate existencial ya que gira alrededor de las representaciones sociales acerca de la vida y la muerte. Segundo, tiene que ver profundamente con las nociones de lo permitido y de lo prohibido, pasando por aspectos culturales como las creencias, los valores y las normas. Tercero, la eutanasia representa un reto en términos de regulación legal, dado que exige debates y consensos sociales de tipo institucional, político y profesional.

Esta investigación tiene un impacto social importante porque se centra en cómo se toman y se comunican las decisiones sobre eutanasia pasiva y final de vida en

los servicios de atención crítica. Lo que ocurre en estos escenarios afecta tanto al paciente como a su familia, que muchas veces vive el proceso con miedo, dudas y tristeza. Al analizar cómo los profesionales de la salud entienden y aplican estas decisiones, el estudio ayuda a identificar problemas en la comunicación, en la manera de acompañar a las familias y en el manejo del sufrimiento, lo que puede apoyar una atención más humana, respetuosa y cercana a los deseos de las personas en sus últimos días (39).

Además, los resultados pueden servir como base para mejorar la formación ética y comunicativa del personal de salud y para ajustar protocolos y guías institucionales relacionados con el final de la vida. De esta forma, la investigación que puede orientar cambios en la práctica como es disminuir intervenciones innecesarias, evitar sufrimiento evitable, apoyar mejor a las familias y reducir el desgaste emocional de los equipos.

Significancia Teórica

A lo largo de la historia, el hombre ha tenido que lidiar con el deseo de poner fin al sufrimiento causado por ciertas enfermedades al ayudar a la muerte de una manera relativamente misericordiosa, lo que ha dado lugar a la necesidad de contemplar filosóficamente tal noción (40). La necesidad de estudiar la bioética en relación con la autonomía, la dignidad y el derecho a la vida es fundamental para comprender las decisiones al final de la vida. Ruland y Moore proponen la idea de una "muerte tranquila", entendida como un proceso de morir acompañado, con control del dolor y del sufrimiento, donde se prioriza el confort, el respeto por los valores del paciente y la posibilidad de estar rodeado de personas significativas. Este enfoque se relaciona con la calidad de vida al final de la vida, en la medida en que busca evitar intervenciones desproporcionadas y favorecer una atención centrada en la persona (41).

La eutanasia, al igual que muchas otras prácticas, ha generado debates reflexivos a lo largo de la historia y dentro de varias corrientes de pensamiento. La investigación sobre la eutanasia es una necesidad bioética y requiere razonamiento debido a su ética y moralidad vinculadas a la vida, la dignidad y la autonomía (42). En las ciencias de la salud y la enfermería, la teoría del final de la vida de Ruland y Moore proporciona un marco conceptual y metodológico. Les brinda el consuelo y la calidad de vida necesarios para morir sin dolor y con plena dignidad, respeto y calidez de sus seres queridos.

La teoría del final tranquilo de la vida sugiere los parámetros que deben considerarse en el cuidado del paciente transcurridos sus últimos días, por su complejidad. La profesión de enfermería ante esta población requiere no solo el dominio de competencias para el control del sufrimiento, sino también la implementación de valores a la enfermería del final de la vida. En este caso los

valores son la solidaridad, la conciencia, la flaqueza de corazón, la sensibilidad y la compasión. Si se elige la propuesta de Ruland y Moore en la teoría como base, se tiene un conjunto de ideas para abordar el final de la vida en su versión de paz. Igualmente, se permite la elaboración y comprobación de supuestos que puedan ofrecer nuevas visiones sobre este fenómeno y brindar más información sobre la aportación del cuidado de enfermería en el intento de que el paciente consiga un final de vida en paz (40).

Desde la bioética, la eutanasia pasiva se suele relacionar con conceptos como autonomía, dignidad y derecho a la vida, pero muchas veces estos temas se discuten de forma muy teórica, lejos de lo que pasa en el día a día de los servicios de salud (43). Este estudio aporta al campo teórico porque recoge y organiza lo que piensan y sienten los profesionales de la salud frente a la eutanasia pasiva y las decisiones al final de la vida. Eso permite comparar los grandes principios bioéticos con la experiencia real del equipo asistencial, aclarar cómo entienden ellos la diferencia entre “dejar morir” y “prolongar la vida a toda costa” y ver dónde aparecen tensiones entre lo que dicen las teorías y lo que ocurre en la práctica. Además, al usar como base la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, la investigación ayuda a revisar y enriquecer ese modelo desde la mirada de quienes acompañan el proceso de morir. Las percepciones de enfermeras y otros profesionales permiten preguntarse hasta qué punto los criterios de “muerte tranquila” se pueden aplicar en contextos donde aparece la eutanasia pasiva, qué dificultades encuentran para asegurar confort, control del sufrimiento y respeto por los valores del paciente, y qué valores propios del cuidado se ven en tensión (44). De esta forma, el estudio toma un marco teórico ya conocido, también lo pone a prueba, sugiere posibles ajustes y abre camino para nuevas ideas sobre el cuidado al final de la vida y el lugar que ocupa la eutanasia pasiva en ese cuidado.

Significancia Disciplinar

La posibilidad de extender la vida y postergar la muerte ha sido facilitada por los avances de la ciencia y la tecnología, lo cual ha dejado a la medicina, y a la enfermería, en particular, indagando en lo que es y lo que no es, en el contexto de UCI. Por eso, tener un entendimiento de las percepciones de los profesionales de la salud en torno a la eutanasia pasiva en la atención crítica de adultos es imperativo (45).

El papel de los enfermeros en el proceso de la eutanasia es muy importante, y en particular, en la medida en que los enfermeros están presentes en el proceso, en todos los puntos, interviene. Desde el momento en que se solicita formalmente la eutanasia, proporciona apoyo continuo y muy necesario a la familia después. Esto se suma a que la enfermera coordina todos los elementos y personas en el proceso, el paciente/solicitante de la eutanasia, el médico, la familia, los familiares y todos los demás profesionales de la salud presentes en el proceso. Es esencial que los enfermeros ayuden a un paciente a morir con dignidad cuando se solicita

la eutanasia. La atención de enfermería se formula en torno al vínculo relacional que asegura el desarrollo de un entorno relacional. El paciente debe sentirse lo suficientemente cómodo para articular sentimientos y deseos, miedos e incertidumbres a fin de tomar la decisión de solicitar morir asistido en la medida de sus posibilidades, basándose en los valores y creencias que posee (46).

Esta investigación es importante para la disciplina porque ayuda a entender cómo viven y cómo piensan los profesionales de la salud sobre la eutanasia pasiva en UCI de adultos. Al recoger sus percepciones, el estudio muestra que entienden por "dejar morir", qué dudas y miedos les genera, y qué dificultades encuentran cuando deben limitar o retirar tratamientos. Con esta información es posible revisar y ajustar las guías, protocolos y formas de cuidado que se aplican al final de la vida, para que respondan mejor a la realidad del trabajo cotidiano y no solo a lo que dicen las normas o los libros.

También resalta el papel de enfermería en este tipo de decisiones. Las enfermeras y enfermeros están muy cerca del paciente y su familia, escuchan sus preocupaciones y acompañan el proceso casi todo el tiempo. Al visibilizar lo que sienten, las cargas emocionales que enfrentan y las habilidades que necesitan, el estudio da insumos para fortalecer la formación en temas como comunicación, apoyo emocional, trabajo en equipo y cuidado digno al final de la vida. De esta manera, la disciplina puede avanzar hacia un cuidado más humano y respetuoso en los casos donde se opta por no prolongar la vida de manera desproporcionada.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Sintetizar las percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto, a partir de la revisión y síntesis de la literatura científica disponible.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto, según la literatura científica disponible.
- Analizar los factores éticos, culturales, legales y profesionales que influyen en las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la eutanasia pasiva en unidades de cuidado crítico adulto.
- Explorar los aportes de las percepciones de los trabajadores de la salud para la práctica de enfermería y la atención integral de los pacientes.

2. MARCO CONCEPTUAL Y/O TEÓRICO

2.1. Marco Teórico

El punto de partida de cualquier análisis bioético y legal de la eutanasia es la definición de la muerte. Esto proviene de la palabra latina mors-mortis que significa cesación, fallecimiento, muerte o tránsito (47). Biológicamente, la muerte es la detención y cesación irreversible de las funciones vitales de un organismo. La muerte es la suspensión de las funciones biológicas de los seres vivos, lo cual es un aspecto esencial de la vida de un organismo, y al estar asociado con ello, es una experiencia significativa que cada organismo debe enfrentar. Los humanos, a lo largo de la historia, han tendido a temer y venerar esto, imaginándolo como una transición o una permanencia. La muerte supone circunstancias determinadas de tiempo, modo y lugar, y ha sido caracterizada por sus múltiples causas: enfermedad, accidente, suicidio u homicidio. Las personas mueren en condiciones diversas, en el marco también de distintos contextos culturales, creencias y percepciones (48).

Las raíces griegas antiguas de la palabra eutanasia provienen de las palabras 'eu' que significa 'bueno' y 'thanatos' que significa 'muerte'. Así, el significado literal corresponde a 'buena muerte'; con el tiempo, la palabra empezó a evolucionar asociándose con 'una muerte que es rápida y sin sufrimiento', 'muerte que es tranquila, fácil, suave, serena y natural'. A lo largo de la historia, esta noción se ha cargado de connotaciones diversas: en la Grecia clásica, la muerte sin sufrimiento fue considerada una forma de tránsito digno, mientras que en roma ciertas prácticas vinculadas a la muerte asistida eran toleradas en circunstancias extremas, estos antecedentes muestran que la discusión sobre la "buena muerte" no es un fenómeno contemporáneo, sino un tema recurrente que se ha expresado en distintos marcos normativos y ético-religiosos, evidenciando la complejidad cultural que reviste el final de la vida (49).

Las discusiones contemporáneas sobre el final de la vida humana han incluido la contemplación del "derecho a una muerte digna", dentro de posturas éticas y bioéticas que emanan del concepto de dignidad humana, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los diversos documentos y desarrollos normativos posteriores que derivan de esa Declaración. Las posiciones respecto al derecho a morir con dignidad se basan en la idea de que las personas tienen el derecho a determinar el curso de su vida mediante la eutanasia o el suicidio asistido por un médico, fundamentadas en los conceptos de libertad individual y autonomía del paciente (50).

Finalmente, se puede argumentar que nadie tiene el derecho de obligar a otra persona a continuar viviendo una existencia que ya no acepta debido al sufrimiento o al dolor excruciante que soporta. En la situación aguda, la eutanasia o el suicidio

asistido resolverían racionalmente el sufrimiento. Oponerse a tales acciones sería cometer una forma de maleficencia socialmente sancionada. Es la profesión de enfermería sobre la que deseo reflexionar aquí. La angustia de los pacientes en condiciones tan extremas merece una plena apreciación del dilema existencial que impulsa sus solicitudes de eutanasia o suicidio asistido (51).

2.1.1. Dimensión histórica y contextual

2.1.1.1. Dimensión histórica

La reflexión en torno a la eutanasia pasiva tiene raíces en la Antigüedad clásica, cuando filósofos y médicos ya debatían la legitimidad de "dejar morir" frente a la prolongación artificial de la vida. El juramento Hipocrático prohibía expresamente administrar sustancias mortales, lo que sentó una base ética de oposición a cualquier intervención que acelerara la muerte. Sin embargo, pensadores como Platón y los estoicos, entre ellos Séneca y Epicteto, sostenían que la muerte sin padecimiento podía ser un camino racional cuando perdía su calidad esencial, abriendo paso a la idea de una muerte digna sin encarnizamiento (52). Este contraste muestra que ya desde los orígenes del pensamiento occidental había visiones divergentes con respecto a la sacralidad de la vida y la autonomía del individuo en el tránsito hacia la muerte.

En el periodo moderno temprano, la palabra eutanasia fue revivida por Francis Bacon, quien distinguió entre eutanasia interior (preparación espiritual) y eutanasia exterior (alivio del sufrimiento corporal). Tal cambio trasladó el debate hacia una perspectiva médico-humanista en la que aliviar el dolor y evitar la prolongación innecesaria del sufrimiento emergen como principios éticos en medicina. Durante los siglos XVII al XIX, médicos y pensadores como Karl Friedrich Heinrich Marx desarrollaron la idea de que el rol del galeno no consistía sólo en curar, sino también en acompañar al moribundo con dignidad y minimizar el sufrimiento (53). En el siglo XX, James Rachels, desde el utilitarismo, propuso la equivalencia moral entre matar y dejar morir en ciertos casos, cuestionando la distinción tradicional entre acción y omisión y contribuyendo al debate clínico sobre los límites de la responsabilidad médica.

A principios del siglo veintiuno, la dimensión histórica de la eutanasia pasiva estaba particularmente marcada debido a las aclaraciones médico-éticas y los avances legislativos en diferentes jurisdicciones. En 1993, la Comisión Central de la Rama Odontológica del Colegio de Médicos de España argumentó que el término eutanasia pasiva era, de hecho, erróneo porque la retirada de tratamiento que sostiene la vida no era eutanasia, sino una obligación ética para evitar la 'crueldad' médica de 'tratar' a las personas. Paralelamente, países como España, México, Alemania, India y Corea del Sur incorporaron legislativa o judicialmente la retirada

de tratamientos 'desproporcionados' o 'fútiles', consolidando así la eutanasia pasiva como un derecho, un derivado de la autonomía del paciente y el principio de dignidad humana (54). Casos emblemáticos como el de Inmaculada Echeverría en España (2006) o Aruna Shanbaug en India (2011), marcaron hitos históricos que consolidaron social y jurídicamente el paradigma de estas prácticas que, dentro del marco de los derechos humanos, reconocieron el derecho a la vida y el derecho a morir con dignidad como fundamentales (55).

2.1.1.2. Dimensión contextual

La eutanasia pasiva es un tema ético de alta sensibilidad cuya valoración ha estado influida históricamente por factores culturales, religiosos y sociales. En la tradición cristiana, por ejemplo, la vida suele considerarse un don sagrado que debe protegerse. No obstante, la Iglesia Católica en el Declaration on Euthanasia ha sostenido que rechazar tratamientos desproporcionados o extraordinarios, especialmente cuando la muerte es inminente, no constituye eutanasia activa sino un ejercicio moral legítimo de los límites del esfuerzo terapéutico (56).

En las sociedades modernas influenciadas por corrientes bioéticas y humanísticas, se ha reforzado el derecho del paciente a decidir sobre la suspensión de intervenciones invasivas, especialmente en enfermedades terminales o situaciones irreversibles. Esta aceptación cultural de la eutanasia pasiva es mayor en países occidentales, en contraste con contextos conservadores donde las creencias religiosas o sociales ejercen fuerte oposición (57).

La eutanasia pasiva no solo se relaciona con la libertad individual, sino también con responsabilidades sociales. En particular, los grupos más vulnerables como los ancianos, las personas con enfermedades crónicas o terminales están en riesgo de que decisiones de rechazo al tratamiento sean motivadas por abandono, falta de recursos o ausencia de apoyo social. En América Latina, por ejemplo, países como Colombia y Argentina debaten cómo equilibrar la autonomía del individuo con la obligación estatal de proteger la vida y garantizar una atención sanitaria digna (58).

En el ámbito legal e institucional, los marcos normativos muestran gran diversidad. En India, el caso Aruna Shanbaug vs. Union of India & Ors marcó un precedente al reconocer la eutanasia pasiva en casos excepcionales, permitiendo la retirada de soporte vital en pacientes en estado vegetativo irreversible, pero bajo condiciones estrictas de supervisión judicial (59). En España, la Ley 41/2002 reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamientos médicos, incluso si esta decisión pudiera acortar la vida, siempre que no existan restricciones legales que lo impidan, garantizándose el consentimiento informado como base de la decisión (60).

A pesar de los avances legales, persisten obstáculos prácticos: la objeción de conciencia, la insuficiente formación en bioética entre profesionales de salud,

barreras administrativas y la escasa disponibilidad de cuidados paliativos. Estos desafíos condicionan la implementación efectiva de la eutanasia pasiva, aun en entornos donde su legalidad está reconocida. En síntesis, la dimensión contextual de la eutanasia pasiva revela cómo valores culturales, creencias religiosas, estructuras institucionales y sistemas legales interactúan para determinar su legitimidad y viabilidad (61). En última instancia, su aceptación depende no solo de la normativa, sino de las condiciones sociales, económicas y éticas que rodean la atención al final de la vida.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Eutanasia pasiva

La terminología “Eutanasia pasiva” implica el retiro voluntario de todo tratamiento médico que, de mantener, lograr sostener la vida de esta persona, de modo tal que la enfermedad o la enfermedad paso a ser a la causa de la función de inmediato de manera inmediata. La eutanasia pasiva es el particular caso de la determinación en la eutanasia pasiva que el paciente decide morir dignamente para ser que la causa de la función de la enfermedad o la patología letal que el personaje ha tenido (62).

En contraposición, la Eutanasia activa a terceros les resulta sencillo, que directamente saben que se observan para poder administrarle letales de veneno, que consideren ellos, a la persona. En la eutanasia activa, la indirecta es el caso donde la persona sigue padeciendo la enfermedad, que quiere ser curada, y que la que debería considerar en un lugar distinto. El paciente que vive la experiencia de la enfermedad es quien conoce con mayor profundidad su impacto. Sin embargo, la implementación de múltiples intervenciones terapéuticas en un intento por controlar o revertir el proceso patológico puede, en determinados contextos, aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad. (63).

La eutanasia pasiva consiste en la no instauración o en la retirada de medidas terapéuticas desproporcionadas o fútiles, permitiendo que el proceso patológico evolucione de manera natural hasta la muerte. En este sentido, se asocia conceptualmente con la expresión “dejar morir”, diferenciándose de acciones destinadas a provocar activamente la muerte. Este concepto ha generado amplios debates en los ámbitos médicos, éticos y jurídico. Según la Organización Médica Colegial Española, el término “eutanasia pasiva” es equívoco y debería evitarse, pues tanto la acción como la omisión con intención de provocar la muerte resultan éticamente inaceptables. En este sentido, la retirada o no instauración de tratamientos no constituye eutanasia cuando la intención no es causar la muerte, sino evitar intervenciones fútiles o desproporcionadas y permitir la evolución

natural de la enfermedad. Por ello, estas prácticas se comprenden mejor como limitación del esfuerzo terapéutico y no como eutanasia propiamente dicha (64). La bioeticista María Silva describe la eutanasia pasiva como la retención de acciones médicas consideradas ilógicas en el tratamiento de un paciente, que, en este caso, prolongarían innecesariamente el proceso de morir. Esto, sostiene Silva, es clínicamente prudente en el caso de la eutanasia pasiva, la cual, en este momento, se considera éticamente permisible desde una perspectiva clínica. Por otro lado, desde una perspectiva bioética más general, el Movimiento de Schoenstatt en Perú ha señalado que la eutanasia pasiva es el dejar morir intencionadamente a una persona que tiene pacientes, sufriendo la mala praxis del cuidado, de la cual, sin embargo, diferencian marcadamente de la retención de esfuerzos terapéuticos que consideran una intervención médica razonable ante un tratamiento fútil (65).

2.2.2. Suicidio asistido

El suicidio asistido es un acto en el que una persona voluntariamente y sin coacción, acaba con el sufrimiento que acarrea una enfermedad terminal, dolorosa y que es imposible de mitigar con la ayuda de un médico que, de forma activa, le asiste para la muerte. Por lo que, define la situación en que un paciente tiene la misma condición y los mismos requisitos para la eutanasia. La diferencia es que el profesional no hace morir al paciente, sino que se le proporciona al paciente los medios para infligirse la muerte a sí mismo. Siguiendo la misma línea conceptual, la muerte en el caso en el que se definen tanto la eutanasia como el último, que es, el suicidio asistido médicamente (66).

En la enciclopedia de bioderecho y Bioética, se explica que el término proviene del sentido literal del suicidio (del latín *sui caedere*, es decir, "matarse a uno mismo"), y que implica colaboración extrema para que la persona cumpla con su voluntad de morir, respaldando el componente voluntario. Cuando la ayuda es brindada por personal sanitario, se habla de suicidio, asistido medicamento en este contexto. Autores como Hume y Séneca habían ya planteado la legitimidad del suicidio voluntario como a tu individual racional, situando el debate en el ámbito de autonomía y dignidad, mientras que o la tradición cristiana lo consideraba una tras creación, moral o espiritual (67).

Desde una perspectiva bioética, diversos autores subrayan que el suicidio asistido se sitúa en el cruce entre dos principios fundamentales, la autonomía del paciente para decidir su propia vida, y el deber del profesional de aliviar el sufrimiento (beneficencia), siempre contemplando dentro de un marco de respeto, y sin entrometerse en decisiones que comprometen la dignidad del paciente contra poniéndose, se destaca que su realización puede entrar en conflicto con los valores tradicionales del ejercicio médico, lo que incluye el juramento hipocrático y la norma eficiencia, ya que exige al médico adoptar un papel facilitador de la muerte,

algo que podría interpretarse, como desviación del propósito terapéutico de la disciplina (68).

2.2.3. Adecuación de los esfuerzos terapéuticos

La adecuación de los esfuerzos terapéuticos es la decisión de cesar o no comenzar acciones que se consideren fútiles o desproporcionadas a una persona con un mal pronóstico en la recuperación en cantidad y calidad de vida a futuro, ya que, en el mejor de los casos, solo alargarían el tiempo de una condición de salud sin una expectativa de mejoría que sea razonablemente realista. Esto, junto a la implementación de estrategias de cuidado que se encaminan a la paliación de los signos y síntomas con el objetivo de lograr el confort del paciente, dentro de sus valores, preferencias y creencias (69).

En el contexto de la enfermería intensiva pediátrica, la AET es definida como la decisión clínica de no iniciar o retirar el nivel de soportes vitales cuando existe un desbalance entre las acciones a realizar y los fines que se desean, con la finalidad de no incurrir en la obstinación terapéutica. Desde el enfoque ético que propone Betancourt, se trata de aplicar medidas que son éticamente congruentes con el estado del paciente, sin llegar al enseñamiento clínico, pero tampoco a la desatención, y que se trata de clasificar los niveles de tratamiento en ordinario y extraordinario, desproporcionado, o heroico (70).

2.2.4. Unidad de cuidados intensivos (UCI)

La UCI es un servicio del hospital donde se atiende a pacientes graves o potencialmente graves que necesitan vigilancia continua y tratamientos complejos. Es un espacio diferenciado, con monitores, ventiladores, bombas de infusión y otros equipos que permiten seguir de cerca las funciones vitales y actuar de forma rápida ante cualquier cambio clínico, con el objetivo de reducir la mortalidad y las complicaciones (71).

En la UCI suelen ingresar personas con riesgo vital, fallo de uno o varios órganos o una gran inestabilidad hemodinámica, por eso se trabaja con un equipo interdisciplinario, protocolos específicos y decisiones frecuentes sobre iniciar, continuar o retirar medidas de soporte vital. No se trata solo de un nivel de alta complejidad técnica, también es un escenario donde se discuten límites del esfuerzo terapéutico, se habla con las familias sobre pronóstico y se presta cuidado al final de la vida, lo que convierte a la UCI en un lugar clave para analizar la eutanasia pasiva y las decisiones que la rodean (72).

2.2.5. Profesionales de la salud

De forma general, la Organización Mundial de la Salud entiende por trabajadores o profesionales de la salud a todas las personas que realizan acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población. En este grupo se incluyen médicos, enfermeras, personal de obstetricia, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, técnicos, auxiliares y otros perfiles que participan en la atención directa, la prevención, la rehabilitación o la gestión de los servicios sanitarios (73). En esta investigación, cuando se habla de profesionales de la salud se hace referencia sobre todo al personal que tiene contacto directo y continuado con el paciente crítico: médicos especialistas y residentes, enfermeras de cuidado intensivo y otros integrantes del equipo asistencial que intervienen en la valoración, el tratamiento y el acompañamiento al final de la vida. Son quienes participan en las discusiones sobre limitación de tratamientos, escuchan a la familia, aplican las órdenes médicas y viven de cerca el sufrimiento del paciente, por lo que su forma de entender la eutanasia pasiva es central para comprender lo que ocurre en la práctica diaria en la UCI (74).

2.2.6. Percepción

Desde la psicología, la percepción se entiende como el proceso mediante el cual las personas reciben, organizan e interpretan la información que llega a través de los sentidos para darle un significado. No es un registro automático de la realidad, porque cada individuo selecciona ciertos estímulos, los interpreta según su experiencia previa, sus conocimientos y su contexto, y a partir de ahí construye una manera propia de ver y entender lo que ocurre (75).

En este trabajo, la percepción de los profesionales de la salud se refiere al conjunto de ideas, significados y valoraciones que el personal construye sobre la eutanasia pasiva y las decisiones al final de la vida en la UCI. Esa percepción está marcada por su formación ética y clínica, por sus creencias personales, por la cultura del servicio donde trabaja y por las experiencias que ha tenido con pacientes en situación crítica. Estudios previos han mostrado que la forma como los profesionales se acercan a la muerte y al sufrimiento se construye justamente en este cruce entre teoría, contexto y experiencia, lo que ayuda a explicar por qué apoyan o cuestionan determinadas decisiones en el cuidado al final de la vida (76).

3. MARCO METODOLÓGICO

Este trabajo corresponde a una revisión sistemática de la literatura de tipo Scoping Review (revisión de alcance), desarrollada de acuerdo con las recomendaciones metodológicas del Manual de Síntesis de Evidencia del *Joanna Briggs Institute* (JBI) y reportada siguiendo la extensión *PRISMA-ScR*. Se eligió este diseño porque una Scoping Review es la estrategia más adecuada cuando el propósito es mapear, describir y sintetizar de manera amplia la literatura existente sobre un fenómeno complejo y poco delimitado, más que evaluar la efectividad de una intervención específica. En este caso, el fenómeno de interés son las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto, un tema atravesado por dimensiones éticas, legales, clínicas y culturales, que difícilmente se reduce a una sola variable de resultado (77).

A diferencia alguna otra revisión sistemática clásica centrada en la eficacia de intervenciones, la scoping review permite: (i) integrar estudios con métodos cualitativos, cuantitativos y mixtos; (ii) incorporar literatura gris (tesis, reportes institucionales, documentos normativos); (iii) y delimitar conceptos, vacíos de conocimiento y líneas futuras de investigación. De esta manera, el diseño elegido no solo describe el estado del arte, más bien orienta prioridades para futuros estudios y aporta elementos para la deliberación clínica y la formulación de políticas en cuidado al final de la vida.

3.1. Pregunta de investigación

La redacción de este protocolo de investigación es realizada por medio de la estrategia PCC (población, Concepto, y contexto). Esta estrategia es de la autoría del JBI, que considera lo básico y esencial para la producción de scoping reviews. Este modelo es especialmente apropiado cuando se desea realizar un mapa de diferentes tipos de evidencias y no se busca evaluar la eficacia de una intervención.

- **Población(P):** Se eligieron a los trabajadores de la salud, como enfermeras, médicos y otros profesionales en cuidados críticos de adultos, como los miembros del equipo interdisciplinario directamente involucrados en el cuidado de pacientes críticamente enfermos, donde los dilemas éticos asociados con la eutanasia pasiva son más propensos a surgir.
- **El concepto(C):** se centra en las percepciones, en este caso, sobre la eutanasia pasiva, entendidas como actitudes, creencias, opiniones, significados y experiencias de los profesionales frente a la omisión o retirada de intervenciones terapéuticas que prolongan la vida en pacientes en condición crítica.

- **El contexto(C):** unidades de cuidados críticos de adultos, esta área fue elegida un área altamente compleja donde la decisión de no proporcionar ciertos tratamientos y el derecho a morir con dignidad es una práctica diaria para los equipos de salud, pacientes y familias.

Esta delimitación mediante el PCC permitió estructural una pregunta clara, pertinente y coherente con los objetivos de investigación ¿Cuáles son las percepciones de los trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva en unidades de cuidado crítico adulto reportadas en la literatura disponible?

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para cada estudio, se establecieron criterios de inclusión y exclusión, metodológicamente siguiendo la guía del JBI, encargados de los siguientes aspectos.

3.2.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron:

- Estudios que involucraran trabajadores de la salud que laboran en unidades de cuidado crítico adulto.
- Investigaciones que abordaran percepciones, actitudes, creencias, experiencias u opiniones relacionadas específicamente con la eutanasia pasiva, la ortotanasia, la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico o la omisión/retirada de tratamientos que prolongan la vida.
- Estudios primarios con enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto.
- Revisiones secundarias (narrativas o integrativas) que aportaran información relevante sobre el fenómeno.
- Literatura gris, incluyendo tesis de posgrado, reportes institucionales, documentos normativos y guías de práctica clínica relacionadas con eutanasia pasiva o adecuación del esfuerzo terapéutico en cuidado crítico adulto.
- Investigaciones realizadas en contexto hospitalario, con énfasis en unidades de cuidado crítico adulto.
- Sin restricción inicial de año de publicación, para abarcar la mayor cantidad posible de evidencia disponible.

3.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron

- Estudios centrados exclusivamente en: eutanasia activa, suicidio médicamente asistido.

- Cuando no era posible distinguir la información específica sobre eutanasia pasiva, estos trabajos no se consideraron pertinentes.
- En población pediátrica o en unidades de cuidado intensivo neonatal o pediátrico,
- En contextos no hospitalarios (por ejemplo, atención domiciliaria, centros de larga estancia) cuando el foco no era el cuidado crítico adulto.
- Documentos con descripción metodológica insuficiente que impidiera identificar población, contexto o tipo de evidencia.
- Ausencia de información empírica relevante sobre percepciones del personal sanitario (por ejemplo, documentos puramente opinativos sin datos o sin base empírica).
- Artículos duplicados o múltiples reportes del mismo estudio. En estos casos, se mantuvo la versión más completa o reciente.

3.3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda de información se llevará a cabo siguiendo el proceso de tres pasos recomendado por el JBI para la elaboración de scoping reviews. Esta estrategia metodológica tiene como finalidad garantizar que la recolección de la evidencia se realice de manera rigurosa, sistemática, transparente y reproducible, permitiendo identificar la mayor cantidad de fuentes relevantes sobre las percepciones de los trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva en el cuidado crítico adulto. La estrategia combinó términos controlados MeSH y texto libre alineados con el modelo PCC (Población: personal de salud; Concepto: percepciones sobre eutanasia pasiva/ortotanasia/LET-AET; Contexto: cuidado crítico adulto).

3.3.1. Bases de datos y literatura gris

Estrategia PubMed/ MEDLINE

La búsqueda se realizó en PubMed, que es la plataforma de acceso libre para consultar los registros bibliográficos indexados en MEDLINE, la base de datos producida por la U.S. National Library of Medicine. Es decir, PubMed y MEDLINE corresponden a la misma fuente, pero PubMed actúa como la interfaz que permite ejecutar estrategias de búsqueda avanzadas utilizando términos MeSH y operadores booleanos.

Para este estudio se construyó una estrategia centrada en los términos relacionados con: eutanasia pasiva, limitación del esfuerzo terapéutico y retiro de soporte vital, combinados con percepciones y actitudes del personal sanitario en unidades de cuidado intensivo. No se aplicaron filtros de fecha ni de idioma, y se excluyeron estudios pediátricos. La estrategia final fue la siguiente:

```

(
  "Withholding Treatment"[Mesh] OR
  "Withholding Treatment"[tiab] OR
  "Withdrawal of Life-Sustaining Treatment"[tiab] OR
  "Passive euthanasia"[tiab] OR
  orthothanasia[tiab] OR
  "allow natural death"[tiab] OR
  "limitación del esfuerzo terapéutico"[tiab] OR
  "adecuación del esfuerzo terapéutico"[tiab] OR
  "retiro de soporte vital"[tiab] OR
  "retirada de soporte vital"[tiab]
)
AND
(
  "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR
  perception*[tiab] OR attitude*[tiab] OR belief*[tiab] OR experienc*[tiab] OR
  percepc*[tiab] OR actitudes[tiab] OR creencias[tiab] OR experiencias[tiab]
)
AND
(
  "Intensive Care Units"[Mesh] OR
  "Critical Care"[Mesh] OR
  "intensive care"[tiab] OR ICU[tiab] OR "critical care"[tiab] OR
  "unidad de cuidados intensivos"[tiab] OR "cuidado crítico"[tiab]
)
AND
(
  nurse*[tiab] OR physician*[tiab] OR enfermer*[tiab] OR médic*[tiab]
)
NOT
(
  pediatr*[tiab] OR child*[tiab] OR neonat*[tiab] OR infant*[tiab]
)
)

```

Estrategia CINAHL

Para CINAHL, se aplicó una estrategia focalizada que combinó términos en título (TI) y palabras clave (KW) con el fin de recuperar exclusivamente estudios relacionados con la eutanasia pasiva y la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto de las unidades de cuidados intensivos de adultos. Se utilizaron como términos principales: "passive euthanasia", orthothanasia, "limitación del esfuerzo terapéutico", "adecuación del esfuerzo terapéutico" y "withholding/withdrawal of life support". Para identificar estudios centrados en las percepciones del personal sanitario, se incorporaron palabras como perception, attitude, belief, experienc, percepciones, creencias y actitudes. El contexto clínico se delimitó mediante los términos: "intensive care", ICU, "critical care" y "unidad de cuidados intensivos". Finalmente, se aseguró que los documentos estuvieran orientados al personal de salud mediante los términos nurs, physician, health

personnel, enfermer y médic. Se añadió un bloque de exclusión para evitar resultados en población pediátrica (pediatr, child, neonat, infant). La estrategia final fue la siguiente:

```
(
  TI ("passive euthanasia" OR orthothanasia OR "limitación del esfuerzo terapéutico" OR
  "adecuación del esfuerzo terapéutico")
  OR
  KW ("passive euthanasia" OR "withholding treatment" OR "withdrawal of life support")
)
AND
(
  TI (perception* OR attitude* OR belief* OR experienc* OR percepc* OR creencias OR
  actitudes)
)
AND
(
  TI ("intensive care" OR ICU OR "critical care" OR "unidad de cuidados intensivos")
)
AND
(
  TI (nurs* OR physician* OR "health personnel" OR enfermer* OR médic*)
)
NOT
(
  TI (pediatr* OR child* OR neonat* OR infant*)
)
)
```

Universidad Nacional de Colombia - UNAL

Se empleó una estrategia combinada que integró búsquedas internas por términos clave ("eutanasia pasiva", "limitación del esfuerzo terapéutico", "retiro de soporte vital", "final de la vida UCI", "percepciones del personal de salud" y "unidad de cuidados intensivos"), junto con búsquedas externas mediante Google utilizando el operador site:repositorio.unal.edu.co.

Universidad del Bosque

Se realizó una búsqueda dirigida con términos específicos relacionados con eutanasia pasiva y limitación del esfuerzo terapéutico. Debido a que el buscador interno no admite operadores booleanos complejos, se emplearon búsquedas individuales con las expresiones "eutanasia pasiva", "limitación del esfuerzo terapéutico", "retiro de soporte vital", "final de la vida" y "decisiones éticas en UCI".

Universidad Javeriana

En el repositorio institucional de la Pontificia Universidad Javeriana se empleó una ecuación de búsqueda avanzada que combinó descriptores temáticos y operadores booleanos. Se articularon términos relacionados con la eutanasia pasiva, los principios bioéticos y la limitación del esfuerzo terapéutico, junto con palabras clave referidas al escenario clínico de alta complejidad ("unidad de cuidados intensivos", "UCI", "cuidado crítico"). Además, se incorporaron descriptores sobre el enfoque subjetivo del estudio ("percepciones", "actitudes", "creencias", "experiencias") y sobre el perfil de los profesionales implicados ("enfermería", "médico", "personal de salud"). La estrategia final fue la siguiente:

```
("eutanasia pasiva" OR "principios bioéticos" OR "principios bioeticos"  
OR "limitación del esfuerzo terapéutico" OR "limitacion del esfuerzo terapeutico")  
AND ("unidad de cuidados intensivos" OR "UCI" OR "cuidado crítico" OR "critical care")  
AND ("percepciones" OR "percepción" OR "actitudes" OR "creencias" OR "experiencias")  
AND ("enfermería" OR "enfermera" OR "enfermero" OR "médico" OR "médicos" OR  
"personal de salud")
```

Universidad Militar Nueva Granada

Para la búsqueda en el repositorio de la Universidad Militar Nueva Granada se utilizó una ecuación única compuesta por los descriptores "eutanasia pasiva", "principios bioéticos/principios bioeticos" y "limitación/limitacion del esfuerzo terapéutico". La ecuación se aplicó en el buscador institucional utilizando el filtro de acceso al texto completo, garantizando la selección de trabajos pertinentes para el análisis posterior. La estrategia final fue:

```
"eutanasia pasiva" OR "principios bioéticos" OR "principios bioeticos"  
OR "limitación del esfuerzo terapéutico" OR "limitacion del esfuerzo terapeutico"
```

Universidad del Rosario

En el repositorio institucional de la Universidad del Rosario se realizó una búsqueda dirigida de literatura gris, orientada a identificar trabajos académicos relevantes (tesis de pregrado y posgrado, documentos institucionales y publicaciones académicas) relacionados con la eutanasia pasiva y la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto del cuidado crítico adulto. . Se emplearon los siguientes descriptores: "eutanasia pasiva", "retiro de soporte vital", "muerte digna" y "cuidados intensivos".

Google Académico

("eutanasia pasiva") AND ("personal de salud" OR enfermería OR médicos)

3.3.2. Software de apoyo a la selección

Todos los registros recuperados de las bases de datos y de la literatura gris se exportaron a una hoja de cálculo y posteriormente se importaron al programa Rayyan, que se utilizó como apoyo en la fase de cribado. En esta plataforma se identificaron y eliminaron los duplicados, se organizaron las referencias por fuente y se gestionó el proceso de revisión independiente de títulos, resúmenes y textos completos por parte de los revisores, facilitando la clasificación de los artículos como "incluir", "excluir" o "dudoso" y dejando registro de las decisiones tomadas.

3.4. Selección de la evidencia

La selección de la evidencia siguió el flujo recomendado por PRISMA-ScR y las orientaciones del JBI, desarrollándose en dos etapas principales. En la primera etapa se realizó el cribado inicial de títulos y resúmenes. Dos revisores, de forma independiente, examinaron todos los registros importados a Rayyan aplicando los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente. En este paso se descartaron los estudios que claramente no correspondían al fenómeno de interés, por ejemplo, investigaciones centradas exclusivamente en eutanasia activa o suicidio asistido, trabajos en población pediátrica o estudios fuera del contexto de cuidado crítico adulto. Cuando surgieron discrepancias entre los revisores sobre la pertinencia de un artículo, estas se discutieron hasta llegar a un acuerdo; en los casos en que no fue posible resolverlas por consenso, se acudió a un tercer revisor como árbitro.

En la segunda etapa se realizó la evaluación de los textos completos de los artículos que habían superado el cribado inicial. Cada estudio se leyó íntegramente para valorar su relevancia final y su alineación con la pregunta de investigación y con los objetivos planteados. En esta fase se revisó con mayor profundidad la descripción metodológica, la población incluida, el contexto asistencial y la presencia de datos sobre percepciones, actitudes o experiencias del personal sanitario frente a la eutanasia pasiva o a la adecuación del esfuerzo terapéutico. Los artículos que no cumplían estos criterios se excluyeron, dejando constancia de la razón específica (por ejemplo, enfoque exclusivo en aspectos legales sin referencia al personal de salud, ausencia de información empírica sobre percepciones, contexto no crítico o no hospitalario).

Todo este proceso se documentó mediante un diagrama de flujo PRISMA-ScR, en el que se consignó el número total de registros identificados en las distintas fuentes, los duplicados eliminados, los estudios excluidos en la fase de títulos y resúmenes, los descartados tras la lectura a texto completo y el número final de trabajos incluidos en la síntesis. Esta forma de presentación garantiza la

trazabilidad de la revisión y muestra de manera clara cómo se llegó al conjunto definitivo de estudios analizados.

3.5. Definición de variables y extracción de datos

La extracción de los datos se organizó en una matriz diseñada específicamente para este estudio, elaborada en una hoja de cálculo. En esta matriz se agruparon las variables en tres bloques principales. En primer lugar, se registraron las características generales de cada estudio, como el nombre del autor o autores, el año de publicación, el país o región donde se realizó la investigación, el tipo de documento (artículo original, revisión, tesis, reporte institucional o documento normativo) y el diseño metodológico utilizado (cualitativo, cuantitativo, mixto o revisión secundaria).

En un segundo bloque se recogieron las características metodológicas y contextuales, que incluían la descripción de la población estudiada (profesión de los participantes, número de sujetos, nivel de formación), el contexto asistencial concreto (UCI médico-quirúrgica, UCI cardiovascular, servicios de urgencias con soporte vital avanzado u otras unidades de cuidado crítico adulto) y las técnicas de recolección de información empleadas en cada trabajo (entrevistas individuales o grupales, cuestionarios, encuestas estructuradas, grupos focales, entre otras). El tercer bloque se centró en las variables directamente relacionadas con las percepciones sobre la eutanasia pasiva. En este apartado se consignaron las actitudes generales del personal sanitario (posturas favorables, desfavorables o ambivalentes), las creencias éticas, religiosas o culturales que influían en su posición frente a la eutanasia pasiva, la ortotanasia o la adecuación del esfuerzo terapéutico, así como las experiencias vividas en la práctica clínica, incluyendo dilemas, conflictos, cargas emocionales y participación en decisiones de retiro o limitación de tratamientos. También se registraron los factores mencionados como facilitadores o barreras para la toma de decisiones, tales como la formación en bioética, el apoyo institucional, la claridad de los marcos normativos, el trabajo en equipo y la objeción de conciencia.

Toda esta información se volcó en la tabla de extracción, que funciona como un anexo técnico del estudio y que sirvió de base para la síntesis descriptiva y temática de los hallazgos, permitiendo comparar los estudios entre sí y reconocer patrones, convergencias y divergencias en las percepciones reportadas.

3.6. Evaluación del riesgo de sesgo y calidad de los estudios

De acuerdo con las recomendaciones del Manual de *Scoping Reviews* del JBI, la evaluación formal y exhaustiva del riesgo de sesgo no es obligatoria en este tipo de revisiones, ya que su objetivo principal es mapear la evidencia disponible y no estimar efectos causales ni comparar intervenciones. Sin embargo, se consideró importante tener al menos una apreciación general de la robustez metodológica

de los estudios incluidos, de modo que la interpretación de los resultados fuera más cuidadosa.

Para ello, se tuvo en cuenta el uso de las listas de chequeo del JBI adecuadas a cada tipo de diseño (cualitativo, cuantitativo o mixto) como guía orientadora para valorar aspectos básicos como la claridad en la descripción de la muestra, la coherencia entre objetivos y métodos, la forma de recolección de datos y la transparencia en la presentación de los resultados. Adicionalmente, cuando fue pertinente, se revisó la calidad del reporte a la luz de las guías de la Equator Network, por ejemplo, COREQ para estudios cualitativos y STROBE para estudios observacionales.

Es importante resaltar que ningún estudio se excluyó únicamente por su calidad metodológica. Las posibles limitaciones identificadas, como tamaños muestrales pequeños, sesgos de selección, escasa información sobre el contexto o procedimientos poco detallados, se tuvieron en cuenta al momento de discutir los hallazgos y se mencionaron como posibles fuentes de sesgo que deben considerarse al trasladar la evidencia a la práctica clínica o a la formulación de políticas.

3.7. Plan de análisis de datos

Al tratarse de una Scoping Review, no se llevó a cabo análisis estadístico inferencial ni metaanálisis. En cambio, se optó por un plan de análisis centrado en la descripción y la síntesis temática. En una primera etapa se empleó estadística descriptiva simple para caracterizar el conjunto de estudios incluidos, elaborando tablas en las que se presentan los trabajos según año de publicación, país o región, tipo de diseño, tipo de documento y perfil profesional de los participantes. Esta información permite ofrecer una visión global sobre cómo, dónde y con qué enfoque se ha investigado la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto.

En una segunda etapa se realizó un análisis temático-descriptivo. Para ello, se efectuó una lectura repetida y cuidadosa de los resultados de cada estudio, identificando fragmentos de texto relacionados con las percepciones, actitudes, creencias y experiencias del personal sanitario frente a la eutanasia pasiva y a la adecuación del esfuerzo terapéutico. Estos fragmentos se codificaron y agruparon en categorías y temas más amplios, tales como la justificación ética de la eutanasia pasiva, la influencia de la religión y la cultura en las decisiones, el temor a repercusiones legales, la carga emocional asociada al final de la vida en UCI, el rol específico de la enfermería frente al médico y el peso del apoyo institucional o de los marcos normativos.

La presentación de los resultados se estructuró en tres niveles: primero, una descripción general de los estudios incluidos, destacando su distribución

geográfica, temporal y metodológica; segundo, la síntesis detallada de los hallazgos temáticos sobre las percepciones de los trabajadores de la salud en torno a la eutanasia pasiva; y tercero, la identificación de vacíos de conocimiento y necesidades de investigación futura, señalando aquellos aspectos poco explorados o en los que la evidencia es limitada o contradictoria. El informe final se organizó siguiendo los ítems de la lista de verificación PRISMA-ScR, lo que permitió asegurar que el proceso y los hallazgos se comunicaran con claridad y transparencia.

3.8. Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se desarrolló atendiendo a los principios éticos nacionales e internacionales que rigen la investigación científica, en concordancia con la Declaración de Helsinki (2013) (78) y las Directrices Internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2016) (79), que establecen la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas involucradas directa o indirectamente en los procesos investigativos. Asimismo, se acoge la Ley 23 de 1982, por la cual se establecen las disposiciones generales sobre derechos de autor en Colombia, particularmente los artículos 1, 2, 3, 4 y 5, que reconocen la protección legal de las obras científicas, literarias y artísticas, así como los derechos morales y patrimoniales de sus autores (80).

- El Artículo 1 consagra que los autores de obras científicas, literarias y artísticas gozarán de protección para sus creaciones, así como los intérpretes, productores y organismos de radiodifusión.
- El Artículo 2 define el ámbito de protección, señalando que los derechos de autor recaen sobre todas las creaciones del espíritu, independientemente de su forma de expresión o soporte.
- El Artículo 3 refuerza la protección del derecho común en la medida en que sea compatible con la ley especial.
- El Artículo 4 identifica a los titulares de los derechos: autores, intérpretes, productores, causahabientes y personas jurídicas o naturales que produzcan obras por encargo.
- Finalmente, el Artículo 5 protege las obras derivadas y colectivas, incluyendo traducciones, adaptaciones, antologías y compilaciones, siempre que representen una creación original.

La totalidad del proceso investigativo se realizó bajo los principios de integridad académica, transparencia y respeto por la propiedad intelectual, garantizando que todas las fuentes utilizadas fueran correctamente citadas según las Normas Vancouver, sin incurrir en plagio, tergiversación o manipulación de la información, cada fragmento de literatura científica fue interpretado con fidelidad a su sentido original, preservando los derechos morales de sus autores.

De conformidad con los lineamientos institucionales, este estudio fue sometido a revisión y aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Fundación Universitaria Sanitas, autoridad encargada de velar por el cumplimiento de las normas éticas y científicas aplicables a los proyectos de investigación. El CEI es un órgano interdisciplinario creado en 2009, conformado por profesionales de las áreas de la salud, ciencias humanas y sociales, con formación en bioética, farmacología e investigación, y con la participación de un representante de la comunidad. Su misión es salvaguardar los derechos, la dignidad y la seguridad de los sujetos de investigación, así como garantizar la calidad científica y ética de los estudios desarrollados en la institución.

El CEI se rige bajo la normativa nacional e internacional vigente, especialmente la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; la Resolución 2378 de 2008, relacionada con las Buenas Prácticas Clínicas (GCP) y la certificación del INVIMA; y los principios consagrados en la Declaración de Helsinki. Cabe destacar que el Comité de Ética de la Fundación Universitaria Sanitas se encuentra certificado por el INVIMA en Buenas Prácticas Clínicas, según la Resolución No. 201728113 del 12 de julio de 2017, lo que garantiza la calidad y legitimidad de sus procesos de evaluación ética.

Aunque esta investigación corresponde a una revisión de alcance (*scoping review*) que se basa en fuentes secundarias y no involucra la recolección de datos directos con seres humanos, su presentación formal ante el CEI es obligatoria antes de su ejecución, de acuerdo con los parámetros institucionales y los estándares internacionales de ética en investigación. Esta revisión tiene como propósito salvaguardar los principios fundamentales de la ética científica y asegurar que el proyecto cumpla con las disposiciones de confidencialidad, transparencia, pertinencia y respeto por los sujetos que puedan ser indirectamente representados en las fuentes consultadas.

Desde el enfoque bioético, el estudio se sustenta en los principios de:

- Autonomía, entendida como el derecho del individuo a decidir sobre su propia vida, incluyendo el modo en que desea afrontar el final de ella, siempre dentro del marco legal y ético vigente.
- Beneficencia, que orienta la acción profesional hacia la promoción del bienestar y la reducción del sufrimiento, procurando el mayor beneficio posible para las personas en situación de vulnerabilidad.
- No maleficencia, que implica la obligación ética de evitar causar daño físico, psicológico o moral, tanto en el acto del cuidado como en la divulgación del conocimiento científico.
- Justicia, que busca garantizar la equidad en el acceso a los cuidados paliativos, a la información veraz y al ejercicio del derecho a morir dignamente, sin discriminación de ningún tipo.

Además, este proyecto asume una posición ética rigurosa, respetuosa de la dignidad humana y alineada con las políticas institucionales de investigación, su sometimiento al Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas representa una garantía de legitimidad, transparencia y compromiso con los más altos estándares éticos y científicos que guían la práctica investigativa en enfermería y en el ámbito del cuidado crítico adulto.

El presente estudio fue revisado y avalado por el Comité de Ética correspondiente, conforme a los lineamientos institucionales para investigaciones en salud. La aprobación quedó registrada en el Acta No.041-25, la cual se presenta como anexo al final del documento para su respectiva verificación.

4. RESULTADOS

La fase inicial de identificación incluyó un barrido amplio de literatura en bases de datos científicas y repositorios universitarios. Debido a que SCOPUS es una base de datos con acceso institucional y no se contaba con acceso en este proyecto, el rastreo se concentró en PubMed/MEDLINE y CINAHL. Además, se expandió la búsqueda a literatura gris mediante Google Académico y DANS Data Station Life Sciences, así como a los repositorios institucionales de las universidades Nacional de Colombia (UNAL), del Bosque, Pontificia Universidad Javeriana y Militar Nueva Granada. En total se revisaron alrededor de 3.200 registros. Tras la eliminación de duplicados y el filtrado inicial, se importaron 88 registros a Rayyan para el proceso de cribado.

Durante el cribado en Rayyan se excluyeron 28 documentos que no cumplían con los criterios del protocolo. La mayoría de los descartados trataban sobre eutanasia activa, suicidio asistido o presentaban discusiones teóricas sin relación con las percepciones de los trabajadores de la salud. Otros artículos se eliminaron por estar enfocados en población pediátrica, abordar contextos distintos al cuidado crítico adulto o centrarse únicamente en aspectos clínicos, fisiopatológicos o administrativos sin explorar los dilemas éticos ni las experiencias profesionales en torno a la eutanasia pasiva. Tras este proceso, quedaron 60 documentos para la revisión completa.

- En PubMed/MEDLINE se identificaron 66 estudios y todos fueron preseleccionados e importados a Rayyan. Estos registros cumplían al menos con uno de los criterios básicos definidos en el protocolo (contexto hospitalario, participación de personal sanitario y/o referencia a decisiones al final de la vida), lo que confirma que PubMed/MEDLINE fue la fuente principal y más consistente para recuperar evidencia sobre percepciones de trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva y la limitación del esfuerzo terapéutico en UCI de adultos.

- En CINAHL se recuperaron 14 resultados, de los cuales seis cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios seleccionados provenían principalmente del ámbito de enfermería y se centraban en actitudes, experiencias y dilemas éticos del personal de salud en cuidados intensivos. Los artículos excluidos se relacionaban con contextos pediátricos, cuidados críticos fuera del entorno UCI o abordaban temas clínicos sin explorar explícitamente las percepciones sobre eutanasia pasiva u ortotanasia.
- En Google Académico, tras aplicar filtros de pertinencia temática, tipo de documento y lectura de títulos y resúmenes solo 11 trabajos se consideraron adecuados para la revisión. Estos documentos correspondieron sobre todo a tesis de maestría, trabajos de grado y algunos artículos no indexados en bases tradicionales. En este sentido, Google Académico resultó especialmente útil para localizar literatura gris y producciones académicas locales que complementan la evidencia de las bases biomédicas.
- En el repositorio de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) se identificaron 15 trabajos. La mayoría fueron descartadas porque abordaban temas ambientales, celulares o pediátricos, o bien se enfocaban en aspectos clínicos y epidemiológicos sin entrar en la discusión sobre decisiones al final de la vida ni en las percepciones del personal sanitario. Solo se incluyó un documento centrado en cuidados al final de la vida en UCI, con componentes éticos aplicables a la adecuación o retiro de tratamientos en contexto de cuidado crítico adulto.
- En la Universidad del Bosque se localizaron 51 documentos. De ellos, 48 fueron excluidos porque no se centraban específicamente en eutanasia pasiva o en limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico en UCI de adultos, porque estaban dirigidos a población pediátrica o porque se trataba de ensayos conceptuales sin datos empíricos sobre percepciones de profesionales de la salud. Finalmente, se incluyeron tres trabajos: uno sobre dilemas éticos al final de la vida en UCI, otro centrado en la limitación del esfuerzo terapéutico y un tercero que aborda la deliberación bioética, la autonomía del paciente y las decisiones al final de la vida.
- En el repositorio de la Pontificia Universidad Javeriana se recuperaron tres documentos. Dos se excluyeron porque, aunque trataban temas bioéticos, no estaban directamente vinculados con decisiones de final de vida en UCI ni con la eutanasia pasiva. Se mantuvo un solo trabajo, que sí analizaba de manera explícita la aplicación de principios bioéticos en escenarios críticos y la toma de decisiones clínicas al final de la vida.
- En la Universidad Militar Nueva Granada se identificaron 54 documentos. La mayoría se relacionaba con bioética ambiental, responsabilidad social, formación general en bioética, simulación clínica, TIC o contextos

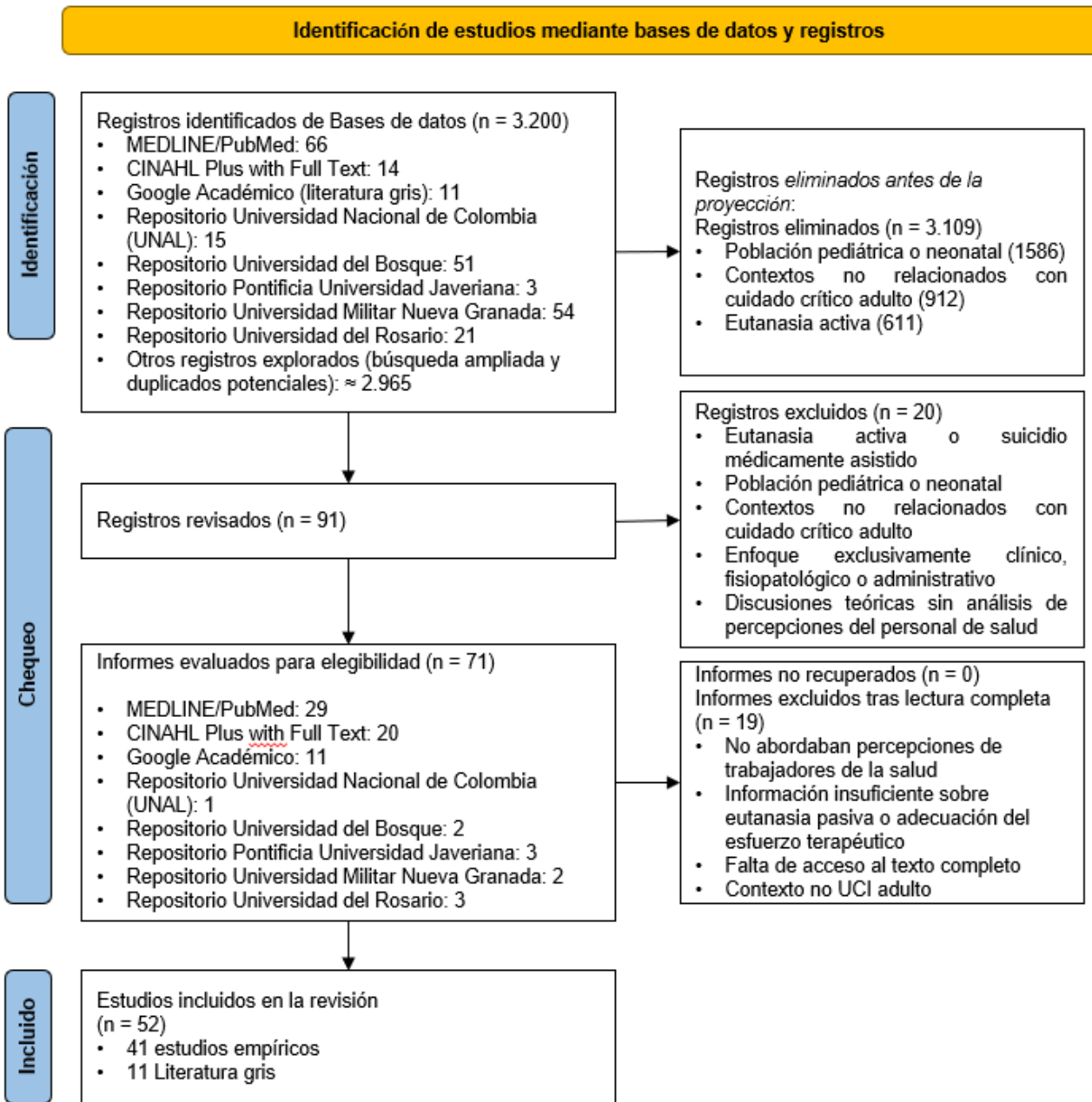
pediátricos, o bien abordaban la muerte y la eutanasia desde una perspectiva muy general sin situarse en el cuidado crítico adulto. Aunque tres trabajos aparecían como potencialmente relevantes, no se contaba con acceso completo al texto, por lo que finalmente ningún documento de este repositorio fue incluido en la síntesis.

- De los 21 documentos identificados durante el proceso de búsqueda en el repositorio de la Universidad de Rosario, únicamente 3 cumplieron con los criterios de inclusión definidos y se alinearon de manera directa con el objetivo de esta scoping review, al abordar específicamente las percepciones de los trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva en el contexto del cuidado crítico adulto.

En conjunto, la depuración de estas fuentes permitió conformar el conjunto de 91 registros que fueron posteriormente sometidos al cribado en Rayyan, y que representan el punto de partida para la selección final de los estudios analizados en la Scoping Review.

Tras el proceso de cribado de títulos y resúmenes realizado mediante la plataforma Rayyan, se obtuvo un total de 52 documentos que cumplieron con los criterios establecidos y fueron considerados elegibles para su inclusión en la presente scoping review, tal como se muestra en la siguiente Figura.

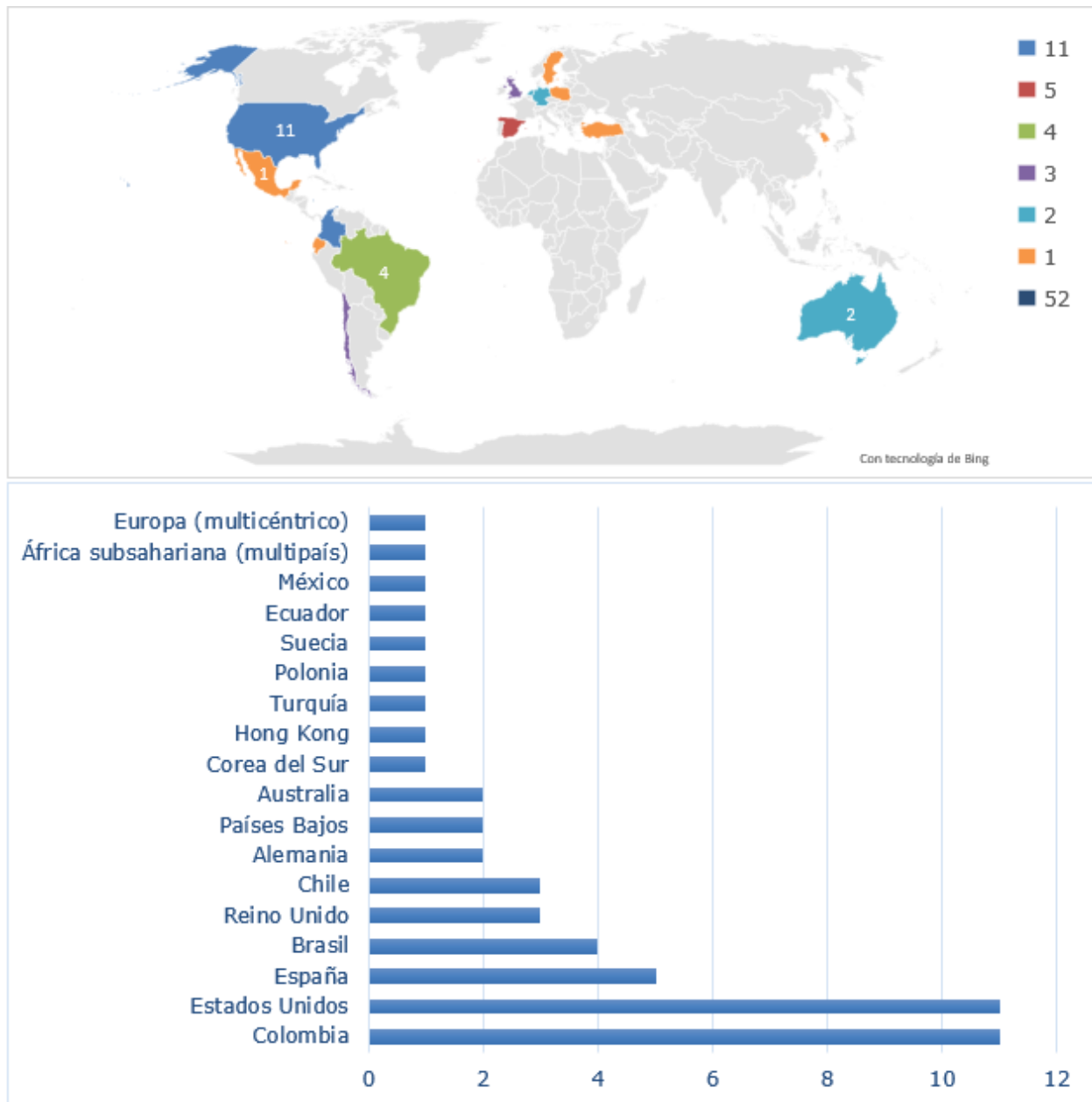
Figura 1. Flujograma PRISMA para estudios de fuentes secundarias



Fuente: Tomado y adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Disponible en: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Los resultados muestran que la producción científica sobre las percepciones de los trabajadores de la salud frente a la eutanasia pasiva se concentra principalmente en Colombia y Estados Unidos, tal como se mira en la Figura 2.

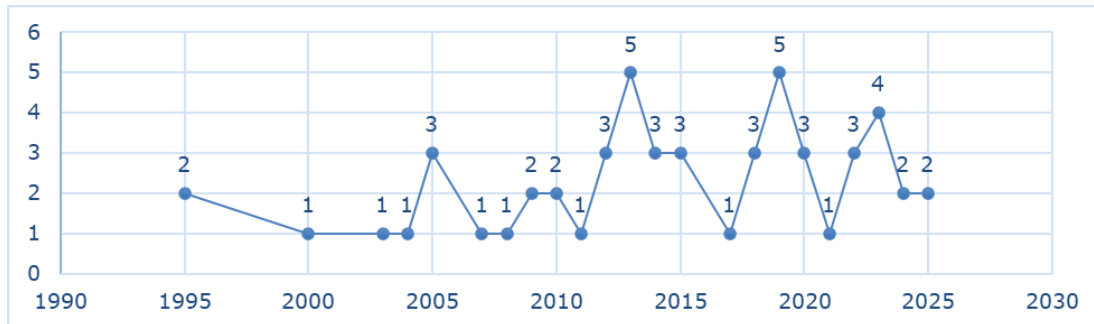
Figura 2. Distribución de estudios por países



Fuente: Autores

Con un aumento progresivo de publicaciones a partir de 2012 y picos entre 2013–2015 y 2018–2020, lo que evidencia un interés creciente y sostenido del debate ético-clínico en contextos de cuidado crítico.

Figura 3. Tendencia de publicación por año



Fuente: Autores

4.1. Percepciones del personal de salud sobre la eutanasia pasiva en UCI

Los estudios revisados coinciden en que la eutanasia pasiva (limitación de esfuerzo terapéutico en UCI) plantea dilemas éticos profundos. Aunque los conceptos técnicos de la LET están claros para médicos y enfermeras, los profesionales enfrentan problemas éticos al tomar estas decisiones, en parte por “desconocimiento de las implicancias éticas y escasa reflexión” al respecto (81). Muchos médicos describen la retirada de tratamientos como traumática o “agresiva”, pues implica reconocer el momento de dejar de intervenir para no prolongar un sufrimiento inútil. En algunos contextos, los médicos sienten un conflicto interno entre el deber de no provocar daño y la obligación de aliviar sufrimiento; por ejemplo, las decisiones sobre terapias fútiles dependen en gran medida de la conciencia individual del médico, sin un proceso estandarizado ni respaldo institucional, lo cual intensifica las tensiones éticas (82). En consecuencia, la falta de formación continua en bioética y la ausencia de apoyo organizacional agravan la carga moral de los cuidadores (83).

En la práctica cotidiana, los profesionales fundamentan la LET en criterios clínicos y pronósticos objetivos, ambos grupos (médicos y enfermeras) consideran decisivos factores clínicos y de pronóstico: gravedad de la enfermedad, claridad del diagnóstico, comorbilidades asociadas y expectativa de calidad de vida futura. A estos se suman, aunque de modo no absoluto, la edad del paciente y el juicio médico individual (84). Por ejemplo, sólo retirarán soporte si la enfermedad es irreversible y no existen intervenciones útiles pendientes. En Corea del Sur, se encontró que la participación activa de los intensivistas en la deliberación aumenta significativamente la frecuencia de la retirada de soporte vital, sugiriendo que el liderazgo médico favorece decisiones más liberales hacia la LET (85). No obstante, en situaciones complejas las decisiones a menudo se toman sin criterios normados claros; en Turquía, los médicos acogen un consenso médico informal basado en nociones de beneficio, justicia y conciencia

personal, sin guías explícitas, lo que introduce variabilidad e incertidumbre en los criterios aplicados.

Las decisiones de LET provocan un fuerte impacto emocional en el equipo de salud. Médicos y enfermeras relatan sentimientos de culpa, angustia o frustración al decidir no insistir con medidas salvavidas, especialmente si es necesario desconectar terapias iniciadas (86, 48). Paredes-Escobar describe que retirar tratamientos se percibe como "doloroso" para el profesional, más aún si el paciente estaba estabilizado (48). Rosado-Tuarez et al. (2024) confirman esta carga afectiva en el personal de enfermería: encuentran un "panorama impactante" donde la comunicación deficiente y la falta de capacitación incrementan el estrés emocional en las UCI, mientras que la humanización del cuidado y el apoyo espiritual se perciben como recursos necesarios para afrontar la situación (87, 50). Estos hallazgos sugieren que la experiencia de limitar tratamientos puede generar tensión moral y desgaste emocional significativo en quienes brindan el cuidado, sobre todo cuando no cuentan con apoyo institucional ni espacios de diálogo en el equipo.

La interacción entre médicos, enfermeras y otros especialistas es crítica, pero a menudo problemática en las decisiones de LET. En muchos escenarios, el médico intensivista asume la decisión final, relegando al resto del equipo a un rol complementario. Además, se menciona que las enfermeras suelen reconocer que "la decisión la toma el médico" y que su opinión rara vez se considera, salvo en casos en que ellas mismas preguntan por la situación; sólo el personal con experiencia prolongada refiere alguna inclusión en el proceso (88). Un estudio turco reciente coincide en que la jerarquía profesional es notable: las opiniones de enfermeras u otros miembros del equipo se consideran poco frente al criterio del médico, de modo que las consultas son escasas y la toma de decisiones permanece centralizada (89). En contraste, experiencias europeas muestran que la implementación de protocolos puede mejorar la colaboración. En Dinamarca, la introducción de guías clínicas para el cuidado al final de la vida aumentó la percepción de trabajo en equipo: después de las guías, el 74% de los intensivistas afirmó que las enfermeras participaron "muy a menudo" en las decisiones, aunque sólo el 41% de las enfermeras coincidía con esa percepción, evidenciando aún discrepancias interprofesionales. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer la comunicación y asegurar la participación activa de todo el equipo en la planificación del final de la vida (90).

Las actitudes y, sobre todo, las decisiones prácticas alrededor de la eutanasia pasiva/limitación del esfuerzo terapéutico (LET) muestran diferencias claras según el contexto, porque cambian tres cosas: (i) qué tan regulado está el proceso (normas, guías, políticas hospitalarias), (ii) cómo se organiza el trabajo clínico (liderazgo, interprofesionalidad, tiempos de UCI), y (iii) cómo se comunica el pronóstico y se incorpora a la familia.

En América Latina, las percepciones y tensiones éticas en profesionales de UCI de adultos son frecuentes en hospitales públicos (48), y en ese trabajo se ve que la LET se vive como un proceso que suele traer discusiones entre el equipo, dudas sobre

hasta dónde seguir y la necesidad de justificar por qué un tratamiento ya no aporta beneficio real. También se nota que, cuando no hay acuerdos claros, la carga cae más sobre el criterio del médico tratante y sobre la forma en que enfermería acompaña la situación, lo que aumenta el estrés del equipo y la posibilidad de conflicto con la familia.

Rosado-Tuarez et al. reportaron cómo el equipo de salud vive la LET en UCI, resaltando efectos en la experiencia profesional y en la forma de afrontar el final de vida (50). Se entiende mejor que el impacto no es solo emocional: se relaciona con el trabajo diario, con el desgaste por sostener tratamientos que se perciben como desproporcionados, y con la dificultad de mantener un cuidado humanizado cuando la UCI tiene presión asistencial. Además, el estudio muestra que la LET exige coordinación, porque si el mensaje hacia la familia no es coherente o si el equipo no habla "en la misma línea", se generan más tensiones y se retrasa la toma de decisiones.

En Asia, Lee et al. mostraron el papel del intensivista en la toma de decisiones sobre retirada de soporte vital (52), ese aporte es importante porque ubica al intensivista como quien articula el pronóstico, la proporcionalidad del tratamiento y la conversación clínica, es decir, no se trata solo de "retirar", sino de ordenar el proceso, definir criterios y asegurar que la decisión quede sustentada. También se observa que cuando el intensivista participa, la retirada del soporte se integra más a la planificación del cuidado y no queda como un evento aislado.

Yap, Joynt y Gomersall documentaron actitudes éticas de médicos intensivistas en Hong Kong, evidenciando cómo el marco cultural se relaciona con la aceptación o resistencia a la interrupción del tratamiento (91). En esa encuesta, más que una postura única, se evidencia variabilidad: algunos profesionales justifican continuar por deber de preservar la vida y otros priorizan evitar sufrimiento o tratamientos fútiles. Eso ayuda a entender que la cultura y el sistema hospitalario influyen en qué tanto se ve la LET como "permitida", "prudente" o "problemática".

En Europa, Rydvall y Lynöe encontraron diferencias entre el razonamiento ético de médicos y población general frente a omitir o retirar tratamientos (54), muestra que no todos evalúan igual el mismo escenario clínico: los médicos suelen usar más criterios de pronóstico y proporcionalidad, mientras que la población puede apoyarse más en la idea de "no abandonar" o en expectativas de recuperación. Esa distancia explica por qué, incluso con información médica, la familia y el equipo pueden interpretar distinto lo que significa retirar u omitir soporte vital.

Mientras que Jensen, Ammentorp y Orøder analizaron cómo la decisión de retirar/suspender terapias impacta la colaboración interprofesional (53) y el problema no es solo ético, también es organizacional: cuando no hay roles definidos, la comunicación entre profesiones se deteriora y se generan mensajes contradictorios al paciente o la familia. En cambio, cuando hay deliberación conjunta y liderazgo claro, el equipo se alinea y la decisión se ejecuta con menos conflicto.

Navas et al. caracterizaron prácticas de decisión al final de la vida en unidades respiratorias de cuidados intermedios en Europa (92). Ese tipo de evidencia muestra que estas decisiones no ocurren únicamente en UCI; también aparecen en unidades intermedias donde la condición clínica puede empeorar rápido y donde los equipos deben decidir si escalar tratamiento o limitarlo, lo cual vuelve clave tener criterios consistentes y comunicación oportuna.

En contextos con mayor incertidumbre normativa o institucional, Aksoy e Ilkilic describieron que en Turquía las decisiones sobre futilidad médica se apoyan en el juicio individual del médico más que en procesos estandarizados (49), lo que lleva a diferencias entre hospitales e incluso entre profesionales, porque sin guías claras la LET se vuelve más dependiente de la experiencia personal, del temor a consecuencias legales y de la presión de la familia. Esto aumenta el riesgo de decisiones inconsistentes y de sensación de inseguridad clínica.

En otros escenarios, encuestas muestran patrones de opinión profesional: Cepillo et al. reportaron recomendaciones de médicos de cuidado crítico para limitar soporte vital (93) y estos datos sirven para ver qué criterios son más frecuentes en la práctica (por ejemplo, pronóstico, calidad de vida esperada, posibilidad real de reversibilidad), y cómo los médicos justifican recomendar límites al soporte. Esto no describe solo "opiniones", sino tendencias que pueden orientar protocolos.

Bárzaga Morell et al. describieron conocimiento y actitudes médicas frente a la limitación del esfuerzo terapéutico (94). Ese tipo de estudio ayuda a identificar brechas de formación: cuando el conocimiento es irregular, la LET se aplica con dudas, o se posterga, o se hace sin suficiente explicación al paciente y su familia. Además, estudios sobre pronóstico y comunicación clínica evidencian variabilidad que influye indirectamente en decisiones de LET: White et al. documentaron expectativas pronósticas optimistas y sus consecuencias (95), lo cual es clave porque si el pronóstico se comunica de manera poco clara o si la familia mantiene expectativas muy altas, la LET se dificulta, se prolongan tratamientos y se retrasan decisiones que podrían enfocarse en confort. En otras palabras, la forma de comunicar el pronóstico termina influyendo en cuánto tiempo se mantiene soporte vital.

Robertsen et al. analizaron la duda médica temprana sobre retirar u omitir soporte vital tras daño cerebral devastador (96). Aquí se entiende que la duda inicial no es un detalle menor: en los primeros días hay incertidumbre real, miedo a equivocarse y tensión entre "dar tiempo" y "evitar prolongar sufrimiento", lo que hace que la LET sea especialmente compleja en lesiones neurológicas graves. Finalmente, fuera del eje Europa-Asia-LatAm, Rosenberg et al. describieron actitudes, creencias y prácticas sobre cuidado al final de la vida en médicos de África subsahariana (45), mostrando que también influyen factores como la disponibilidad de recursos, el peso de las creencias religiosas, y la falta de marcos legales o institucionales claros, lo cual condiciona qué tan factible es retirar soporte o iniciar cuidados centrados en confort. Siewiera et al. reportaron experiencias de retención y retirada de soporte vital en UCI polacas (56). Ese reporte permite ver la LET como una práctica situada: depende de

cómo se documenta, cómo se discute y cómo se decide en equipo, y también de cómo se percibe la “terapia inútil” dentro del servicio. En conjunto, estos resultados sugieren que las percepciones sobre eutanasia pasiva/LET dependen de factores jurídicos, culturales, organizacionales y de formación propios de cada región. Los factores más comunes, que aparecen de manera repetida en la mayoría de los estudios, son tres:

Primero, la existencia o ausencia de lineamientos institucionales y respaldo normativo, porque cuando no hay guías claras la decisión queda más expuesta al criterio individual del médico y aumenta la variabilidad entre casos.

Segundo, la forma en que se organiza el trabajo en la UCI, especialmente la jerarquía profesional y el liderazgo del intensivista, ya que en varios contextos la decisión se centraliza en el médico y la participación de enfermería es limitada o depende de la experiencia del personal, mientras que donde se han implementado protocolos se reporta mejor coordinación y más participación del equipo, aunque persisten diferencias en cómo se percibe esa participación.

Tercero, la comunicación clínica, tanto del pronóstico como del plan de cuidados con la familia, porque cuando el pronóstico se transmite de forma poco clara o con expectativas excesivamente optimistas, se prolongan intervenciones y se dificulta llegar a acuerdos oportunos sobre limitar soporte vital.

Con menor frecuencia, pero de manera relevante, se observan factores como el peso del marco cultural y moral del entorno (por ejemplo, aceptación o resistencia a la interrupción del tratamiento), el impacto emocional y la carga moral en los profesionales como elemento que condiciona la experiencia de la LET y que se agrava con la falta de capacitación en bioética, y la disponibilidad de recursos o el temor a consecuencias legales en sistemas con menor soporte institucional, donde la LET se vive con más incertidumbre y se privilegia la protección del profesional frente al riesgo. En general, la coincidencia central entre los estudios es este se define por cómo se combinan normas, organización del equipo y comunicación, y cuando uno de estos componentes falla, aumentan los conflictos, el desgaste emocional y la variabilidad en la práctica.

4.2. Factores éticos, culturales, legales y profesionales que influyen en las percepciones sobre eutanasia pasiva en unidades de cuidado crítico

Perspectiva ética

Las decisiones al final de la vida en la UCI suelen presentarse como cuestiones puramente clínicas, pero los estudios evidencian que los dilemas éticos son constantes y subyacentes. Ravenscroft y Bell (2000) estudiaron si las decisiones de iniciar o retirar soporte vital eran objetivas y consistentes y hallaron que existía una falta de coherencia y objetividad; este vacío generaba inquietud ética entre el personal y

revelaba la necesidad de debatir abiertamente los criterios, así como de auditar las prácticas para disminuir el estrés (97). En un sentido similar, Falcó-Pegueroles et al. (2023) describieron que, durante la pandemia de COVID-19, médicos y enfermeras de UCI experimentaron conflictos éticos al limitar tratamientos; las decisiones de retirar soporte vital para priorizar la disponibilidad de recursos se vivieron con angustia y frustración, y el grupo recomendó más formación en ética y comunicación para afrontar futuros retos (98). Estos estudios muestran que, sin un marco común, las decisiones sobre eutanasia pasiva y limitación del esfuerzo terapéutico (LET) son vividas por el personal como un conflicto moral entre el respeto a la vida y la obligación de no prolongar el sufrimiento.

Un debate ético recurrente es si existe diferencia entre retirar o no iniciar una intervención, ya que no hay distinción ética significativa entre suspender y omitir un tratamiento; sin embargo, retirar puede ser preferible a omitir porque evitar iniciar medidas fútiles prolonga inútilmente tratamientos sin beneficio (99). Levin y Sprung (2005) también insisten en que ambas acciones son equivalentes desde el punto de vista ético, aunque reconocen que social y legalmente se perciben de forma distinta (100). Otro concepto relevante es el doble efecto. El estudio de Trankle (2014) mostró que médicos australianos emplean la doctrina del doble efecto para justificar acciones que aceleran la muerte (por ejemplo, sedaciones que acortan la vida), pero consideran que esta doctrina es inadecuada como guía legal y ética porque se presta a manipulación y no contempla las presiones emocionales y culturales que influyen en el médico (101). Se ha propuesto, por tanto, explorar otros marcos conceptuales, como la noción de *force majeure*, que reconozca la complejidad de estas situaciones. Las percepciones de los profesionales también están influidas por el concepto de futilidad médica; muchos sustitutos familiares dudan de las predicciones de futilidad de los médicos y continúan solicitando soporte vital aunque la probabilidad de supervivencia sea inferior al 1 %; esta desconfianza aumentaba cuando los sustitutos tenían objeciones religiosas (102). En consecuencia, los profesionales se sienten presionados a prolongar tratamientos que consideran fútiles, lo que incrementa su desgaste emocional. Estos hallazgos, junto con la encuesta de White et al. (2009) que encontró que aproximadamente la mitad de los familiares desea recomendaciones médicas claras sobre la limitación del tratamiento, mientras que la otra mitad prefiere tomar la decisión sin recomendaciones directas, subrayan la necesidad de una comunicación honesta y adaptada a cada familia (103).

El concepto de "compra quirúrgica" también condiciona las percepciones. Schwarze et al. (2010) describen la idea de que, durante la planificación quirúrgica, algunos cirujanos negocian implícitamente con los pacientes un compromiso de continuar tratamientos agresivos posoperatorios; esta "buy-in" genera resistencia a suspender soporte vital, pues el cirujano siente que está incumpliendo su parte del acuerdo (104). Por otro lado, se ha demostrado que los atributos del médico (edad joven, mayor experiencia clínica y trabajo en hospitales terciarios) aumentan la predisposición a retirar soporte vital, mientras que la afiliación católica o judía se

asociaba con mayor reticencia (105). Estos datos señalan que las decisiones no solo se basan en criterios clínicos, sino también en factores profesionales, institucionales y personales.

Factores culturales y religiosos

La cultura y las creencias religiosas modulan fuertemente la actitud ante la eutanasia pasiva y la LET. El estudio ETHICUS-2 de Schofield et al. (2023) comparó prácticas en unidades de cuidados intensivos europeas y observó que la afiliación religiosa no determinaba cambios significativos en la frecuencia de retirada u omisión de tratamientos; sin embargo, destacó que cada vez se dialoga más con pacientes y familias y que la primera decisión se toma en menos tiempo, lo que evidencia una mayor conciencia social sobre el final de la vida (106). En contraste, se destaca la influencia de tradiciones católicas, en este sentido, la objeción de conciencia plantea que en la práctica médica surgen preguntas sobre qué constituye la objeción, quién puede alegarla, qué intervenciones pueden objetarse y cuáles son las consecuencias legales (107). La discusión muestra que la objeción de conciencia se invoca no solo en procedimientos como el aborto sino también en decisiones de final de vida, generando tensiones entre derechos individuales y deberes profesionales.

Rodríguez-Soriano (2015) ofrece una visión política al argumentar que los fundamentos teórico-políticos de los Estados modernos pretenden proteger la vida, lo que conduce a posiciones culturales que rechazan la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido y niegan el derecho de autodeterminación (108). Este artículo examina casos emblemáticos de debates judiciales y muestra cómo actores políticos y religiosos influyen en las decisiones, ejemplificado por los casos de Tony Nicklinson y Terri Schiavo. La conclusión es que las percepciones sobre eutanasia pasiva están impregnadas por marcos políticos y religiosos que valoran la sacralidad de la vida y desconfían de cualquier intervención que acorte la existencia.

Otros trabajos subrayan cómo la religión y las creencias personales influyen en la toma de decisiones. La influencia de las creencias cristianas en la decisión de solicitar eutanasia pasiva no estaba disponible íntegramente, se destaca que muchas personas se oponen por motivos religiosos y perciben la ayuda médica para morir como contraria a la voluntad divina (109). Schofield et al. (2023) también señalaron que la práctica religiosa de los profesionales no modificaba significativamente la frecuencia de LET, pero sí influía en su participación en debates públicos. Asimismo, se ha encontrado que la confianza de los familiares como sustitutos se relaciona con haber discutido previamente las preferencias del paciente; una falta de conversación previa, sumada a creencias religiosas, puede dificultar el acuerdo sobre retirar soporte (110).

Marcos legales y normativos

La regulación jurídico-política sobre el fin de la vida sigue siendo heterogénea. Montoya-Vacadéz (2014) expone que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario

carece de una delimitación clara en Colombia y que los tribunales constitucionales han emitido fallos para equilibrar la libertad de conciencia con los derechos de los pacientes (74). En Europa, la legislación neerlandesa sobre eutanasia ha generado percepciones erróneas en otros países. Belloc Rocasalbas y Girbes (2011) explican que la eutanasia no tiene papel en la UCI neerlandesa porque no se cumplen los requisitos legales y éticos; la confusión proviene de la terminología (“eutanasia pasiva”, “voluntaria” o “involuntaria”), que debería evitarse. También subrayan que las decisiones al final de la vida son parte cotidiana del trabajo del intensivista: una vez determinada la futilidad y considerada la experiencia clínica y los deseos del paciente, se debería optimizar la atención y permitir que el paciente muera de forma natural; retirar u omitir soporte vital no es eutanasia (111). Esta postura señala que la retirada de tratamientos fútiles se ampara en principios de proporcionalidad y no constituye homicidio.

Los marcos normativos y las diferencias legales generan sesgos profesionales. Christakis y Asch (1995) describieron cómo características demográficas y religiosas de los médicos influyen en la disposición a retirar soporte vital (112). Además, existe un sesgo al creer que suspender terapias equivale a “dejar morir” mientras que retirar equivale a “matar”; esta concepción confunde a profesionales y familias, por el hecho de que la retirada de terapias inútiles se justifica legalmente cuando se confirma la futilidad y se respeta la autonomía del paciente (113).

Los elementos legales también abarcan la asignación de responsabilidad. El concepto de “buy-in” quirúrgico implica que el cirujano siente un contrato moral con el paciente para mantener soporte posoperatorio. Este compromiso, aunque no está codificado legalmente, se convierte en una barrera psicológica para retirar el tratamiento. De igual forma, la falta de directrices claras sobre la objeción de conciencia o la legislación sobre eutanasia crea incertidumbre entre profesionales y los expone a litigios, especialmente en contextos donde la ley no contempla de forma explícita la eutanasia pasiva.

Factores profesionales y comunicacionales

El nivel de formación, la especialidad y las experiencias previas influyen en la percepción y la forma de actuar ante la eutanasia pasiva. Christakis y Asch (1995) encontraron que médicos más jóvenes y con mayor dedicación clínica estaban más dispuestos a retirar tratamientos (72). En cambio, médicos con fuertes creencias religiosas eran menos proclives a limitar el soporte vital, lo que evidencia cómo los valores personales intervienen en la toma de decisiones. Majesko et al. (2012) mostraron que la confianza de los familiares para actuar como sustitutos se asociaba a haber discutido previamente las preferencias del paciente; la falta de comunicación y de experiencia previa reducía la confianza e incrementaba la duración de tratamientos de soporte en pacientes que finalmente fallecieron (77). Zier et al. (2009) añadieron que muchos sustitutos dudarían de las predicciones de futilidad y continuarían con soporte vital incluso ante probabilidades de supervivencia

inferiores al 1 %, especialmente si tenían objeciones religiosas (69). Estos estudios destacan la importancia de un diálogo anticipado y transparente para facilitar decisiones coherentes con los valores del paciente y reducir la carga emocional de las familias.

La pandemia de COVID-19 introdujo factores profesionales adicionales. Falcó-Pegueroles et al. (2023) reportaron que la combinación de escasez de recursos, miedo al contagio y falta de humanización produjo dilemas éticos inéditos en la UCI (65). El equipo de salud se vio obligado a asignar ventiladores y camas de forma selectiva, lo que intensificó las discusiones sobre justicia distributiva y beneficencia. Estas experiencias han impulsado la recomendación de fortalecer los comités de ética clínica y desarrollar protocolos que incluyan criterios transparentes para la limitación de tratamientos en emergencias sanitarias.

El pronóstico y la comunicación también modelan las percepciones. El estudio multicéntrico de White et al. (2019) examinó cómo expectativas excesivamente optimistas sobre el pronóstico de pacientes críticos podían conducir a decisiones prolongadas de soporte vital (70). De manera similar, Elmer et al. (2025) mostraron que muchos pacientes post paro cardiaco que murieron tras retirárseles el soporte vital aún tenían potencial de recuperación; estos hallazgos alertan sobre la posible subestimación del pronóstico y la necesidad de evaluar cuidadosamente antes de retirar tratamientos (114).

El análisis de la literatura muestra que las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la eutanasia pasiva en UCI adulto están influidas por una red de factores interrelacionados. Éticamente, la falta de criterios uniformes y la ambigüedad entre retirar u omitir tratamientos generan conflictos morales y estrés emocional. Culturalmente, las tradiciones religiosas y los fundamentos políticos de cada país moldean la aceptación o rechazo de la eutanasia pasiva, mientras que la objeción de conciencia abre debates sobre derechos individuales y deberes profesionales. A nivel legal, existen vacíos normativos y diferencias significativas entre países; en los Países Bajos la eutanasia está estrictamente regulada y no se aplica en UCI, pero en otros contextos persiste la confusión sobre lo que constituye "eutanasia pasiva". Profesionalmente, la edad, experiencia, religión y especialidad del médico, así como la calidad de la comunicación con las familias, influyen en las decisiones. Las crisis sanitarias recientes han añadido presiones distributivas que incrementan los dilemas éticos y la necesidad de directrices claras.

4.3. Aportes para la práctica de enfermería y la atención integral en eutanasia pasiva en UCI adulto

En los documentos incluidos, el aporte más claro para la práctica de enfermería es que la eutanasia pasiva en UCI (entendida en la literatura como limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y retiro/no inicio de soporte vital) no se vive solo

como una "decisión médica", sino como un proceso de cuidado que se sostiene minuto a minuto al lado del paciente y la familia. En esa lógica, el rol de enfermería se vuelve clave para asegurar que el final de la vida no se convierta en abandono clínico ni en sufrimiento innecesario, sino en una atención coherente con la dignidad y el alivio del dolor. Esta mirada se conecta con el llamado general a equilibrar tecnología y compasión en cuidados críticos planteado por Montgomery, Grocott y Mythen en *The Lancet* (115).

Los trabajos centrados en enfermería describen que la limitación del esfuerzo terapéutico representa un reto profesional porque obliga a cambiar el objetivo de "curar o sostener a toda costa" hacia "cuidar y aliviar", sin perder el rigor clínico. Gómez Calvo lo presenta como un desafío para enfermería en UCI, especialmente por la necesidad de sostener comunicación, acompañamiento y cuidado continuo cuando se redefine el plan terapéutico (116). También, Pulgar Fiallos, Rodríguez Plasencia y Ramos Serpa describen el rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico como un conjunto de acciones prácticas: vigilancia, confort, apoyo a la familia y participación en el equipo, destacando que enfermería suele ser quien detecta cambios clínicos y necesidades emocionales que influyen en la toma de decisiones (117).

El rol de enfermería en la eutanasia pasiva se presenta como un rol activo frente al paciente crítico, no solo ejecutor de órdenes, sino con responsabilidades de cuidado, comunicación y acompañamiento durante el final de la vida (118). Esta idea también se refuerza con la experiencia descrita por Velarde-García y colaboradores, quienes muestran cómo las enfermeras de UCI viven la limitación del esfuerzo terapéutico como una experiencia compleja, donde su cercanía al paciente y a la familia las ubica en un punto sensible del proceso (119). Por eso, estos trabajos sostienen que, cuando enfermería participa de forma real en la deliberación, se mejora la continuidad del cuidado y se reducen tensiones que suelen aparecer cuando las decisiones se comunican tarde o de forma fragmentada.

El cuidado humanizado aparece como un aporte central para que las decisiones de limitación terapéutica no se traduzcan en frialdad, distancia o abandono. Yáñez-Dabdoub y Vargas-Celis plantean que, en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, el cuidado humanizado exige presencia, trato digno, escucha activa, reconocimiento de valores del paciente y acompañamiento a la familia; además, señalan desafíos concretos para enfermería cuando el entorno UCI tiende a priorizar lo tecnológico sobre lo relacional (120). Esta perspectiva coincide con el enfoque más amplio de Montgomery, Grocott y Mythen, quienes remarcan la necesidad de acordar cuándo detener tratamientos manteniendo compasión y comunicación, sin reducir el final de vida a un trámite técnico.

Desde la práctica, lo "humanizado" se vuelve operativo cuando enfermería organiza el entorno del paciente, protege la intimidad, reduce estímulos innecesarios, facilita despedidas, y sostiene el confort físico y emocional. La literatura sugiere que, si estas

acciones se dejan “a la buena voluntad”, el cuidado se vuelve desigual; por eso, se insiste en integrarlas a los planes de cuidado y a rutas clínicas internas del servicio. Un resultado relevante es que varios textos ubican a enfermería en el centro de dilemas éticos frecuentes: sufrimiento prolongado, incertidumbre, desacuerdos con familia o con el mismo equipo, y sensación de carga moral. Ordóñez-Villota y colaboradores describen dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico, mostrando que el conflicto no es solo “si se limita o no”, sino cómo se justifica, cómo se comunica y cómo se sostiene el cuidado cuando ya se sabe que el desenlace es cercano (121). Ese tipo de dilemas se entiende mejor cuando se conectan con los marcos bioéticos aplicados al contexto UCI, como los que trabaja Angueyra Díaz al abordar aspectos bioéticos en unidades de cuidado intensivo (122). En esa misma ruta, Nandar Araujo analiza la toma de decisiones en muerte digna desde autonomía y beneficencia, lo cual aporta un marco útil para enfermería porque ayuda a leer el final de vida como un equilibrio entre respetar valores del paciente y evitar intervenciones desproporcionadas, sin perder de vista el beneficio real (123). Para sostener esta deliberación en la práctica, Bohórquez Quintero muestra la importancia de la consultoría bioética clínica en hospitales, describiendo logros y desafíos del servicio; este tipo de apoyo institucional puede disminuir la sensación de “decisión solitaria” y ofrecer un espacio formal para tramitar conflictos entre equipo y familia (124). En términos de aportes, la bioética clínica aparece como un recurso que organiza el proceso y protege al equipo, incluyendo a enfermería, cuando la decisión es compleja o se anticipan disputas.

El objetivo de “atención integral” se vuelve más claro cuando la literatura propone estructurar planes de cuidado para final de vida en UCI. Ruiz Arias desarrolla un plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en UCI, lo cual aporta una base práctica: qué valorar, qué priorizar, cómo intervenir y cómo registrar, evitando que el cuidado dependa solo de la experiencia individual de cada profesional (125). Desde esta perspectiva, el plan de cuidado permite integrar dimensiones que en UCI suelen fragmentarse: control de síntomas, soporte emocional, acompañamiento familiar y coordinación del equipo.

Este enfoque también se apoya en trabajos que delimitan conceptos y prácticas relacionadas con eutanasia, distanasia y ortotanasia. Félix y colaboradores, al presentar una revisión integrativa sobre eutanasia, distanasia y ortotanasia, ayudan a clarificar que “no hacer” no equivale a “abandonar”, y que la ortotanasia se asocia con permitir un proceso de morir sin medidas desproporcionadas, centrado en confort y dignidad (126). Esa claridad conceptual es útil para enfermería porque facilita explicar al equipo y a la familia qué se está buscando cuando se limita un tratamiento y por qué se sigue cuidando intensamente.

La sedación paliativa aparece como un aporte clínico clave cuando el sufrimiento es refractario y el objetivo del cuidado se centra en aliviar. Borda Restrepo trabaja la sedación paliativa desde la autonomía relacional en pandemia, lo que aporta a

enfermería porque subraya que la sedación no es solo farmacología: exige deliberación, proporcionalidad, comunicación y comprensión del contexto familiar y social, especialmente en escenarios de crisis como COVID-19 (127). En la práctica, esto se traduce en competencias enfermeras concretas: valoración continua del confort (dolor, disnea, agitación), seguimiento de respuesta a medidas paliativas y acompañamiento cercano para disminuir angustia de familia y del propio equipo.

La literatura también conecta sedación, retiro de soporte y comunicación clínica. Efstathiou y colaboradores exploran experiencias de médicos en retirada paliativa de ventilación mecánica, lo que permite comprender el tipo de coordinación clínica y comunicativa que se requiere para que el proceso sea tranquilo, anticipado y centrado en el alivio (128). Para enfermería, esto se refleja en tareas críticas: anticipar síntomas, vigilar confort, apoyar a la familia durante el retiro y sostener el cuidado después de la retirada.

En decisiones de final de vida, la retirada de ventilación es uno de los escenarios más sensibles porque concentra temor, dudas familiares y angustia del equipo. Cocinero y colaboradores describen la retirada de ventilación mecánica en anticipación de muerte en UCI, mostrando que no es un acto aislado, sino un proceso que requiere preparación clínica, comunicación previa y manejo cuidadoso del confort (129). Esta evidencia ayuda a plantear que la atención integral no se mide solo por la decisión de retirar, sino por la calidad del proceso: cuánto sufrimiento se previene, qué tan clara fue la comunicación y qué tan acompañada se sintió la familia.

De manera complementaria, Blythe y colaboradores describen un proceso interprofesional para limitar tratamientos de soporte vital al final de la vida, lo cual aporta a enfermería porque resalta que la coordinación entre profesiones reduce errores, mejora consistencia del mensaje y evita que cada miembro del equipo actúe "por su lado" (130). Este tipo de procesos estructurados favorecen que enfermería participe con roles definidos y que su aporte no dependa de jerarquías informales.

La comunicación aparece como un componente clínico, no solo relacional. Kerckhoffs y colaboradores desarrollan y evalúan un marco de toma de decisiones compartida sobre tratamientos de soporte vital en UCI mediante una intervención de comunicación; esto es útil para enfermería porque muestra que la comunicación puede diseñarse, entrenarse y medirse, y que impacta directamente la calidad del proceso decisorio (131). En la práctica, el aporte de enfermería se centra en sostener conversaciones repetidas con familia, aclarar información, identificar dudas y apoyar la coherencia del plan de cuidado cuando cambian los objetivos terapéuticos.

El lenguaje también importa en cómo se entienden las órdenes al final de la vida. Miljkovic y colaboradores comparan "Allow natural death" versus "Do not resuscitate" en pacientes con cáncer avanzado, mostrando que los términos pueden influir en preferencias y comprensión; este resultado es aplicable a UCI porque sugiere que la forma de nombrar decisiones puede disminuir resistencia y mejorar la aceptación cuando el enfoque es evitar sufrimiento (132). Para enfermería, esto se traduce en

una tarea cotidiana: detectar cuándo el lenguaje está generando confusión o miedo y proponer formulaciones más claras y centradas en objetivos de cuidado.

Aunque muchas decisiones se toman en UCI bajo urgencia, la literatura muestra que la planificación anticipada puede reducir conflictos y mejorar coherencia del cuidado. Pimienta Ricciulli aborda planificación anticipada en pacientes con dependencia funcional severa desde atención primaria; aunque no está centrado exclusivamente en UCI, el aporte es claro: cuando las preferencias se exploran antes, la UCI recibe menos decisiones improvisadas y más alineadas con valores del paciente (133). Para enfermería, esto aporta una idea aplicada: promover preguntas tempranas sobre metas de cuidado, representantes y límites terapéuticos, y registrar esa información para que sea útil cuando el paciente ya no pueda decidir.

La incertidumbre del pronóstico es una de las razones por las que las decisiones de limitación se vuelven difíciles y emocionalmente cargadas. Steinberg y colaboradores reportan resultados de una encuesta internacional multiprofesional sobre pronóstico tras paro cardíaco; el aporte aquí es que incluso entre profesionales hay variabilidad y dudas, lo que obliga a fortalecer criterios, comunicación y trabajo en equipo para no trasladar la incertidumbre como mensajes contradictorios a la familia (134). Esta preocupación se hace más concreta con Elmer y colaboradores, quienes analizan el potencial de recuperación en pacientes tras paro cardíaco que mueren luego de limitaciones o retiro de soporte; esto recuerda que el pronóstico puede ser complejo y que las decisiones deben apoyarse en criterios robustos y deliberación cuidadosa, no solo en intuiciones rápidas (135).

En ese contexto, la atención integral para enfermería implica dos cosas: mantener cuidado de confort, aunque el pronóstico sea incierto y exigir coherencia comunicativa del equipo para que la familia reciba información consistente. Este punto se alinea con la idea de equilibrar tecnología con compasión, porque cuando el pronóstico es incierto, el riesgo es que el cuidado se deshumanice por presión y ansiedad del equipo (136).

Finalmente, aparece un resultado transversal: la formación en ortotanasia y final de vida influye en cómo los profesionales participan en decisiones y cómo acompañan a pacientes y familias. Santos, Menezes y Gradwohl analizan conocimiento, involucramiento y sentimientos de estudiantes de medicina, enfermería y psicología sobre ortotanasia; esto aporta a enfermería porque sugiere que las competencias para final de vida no se adquieren automáticamente con la práctica, sino que requieren formación ética, comunicativa y clínica desde etapas tempranas. En términos aplicados, esta evidencia justifica que, para mejorar la atención integral en UCI, se refuercen entrenamientos en comunicación, deliberación ética, manejo del sufrimiento y trabajo interprofesional.

5. DISCUSIÓN

La discusión de este estudio se organiza siguiendo la misma estructura de los resultados, pero profundiza en el análisis y los contrasta con la literatura revisada. El propósito es contextualizar cómo perciben los trabajadores de la salud la eutanasia pasiva en las unidades de cuidado intensivo y examinar de qué manera los factores éticos, culturales, legales y profesionales influyen en dichas percepciones. Asimismo, se resaltan los aportes que esta revisión ofrece para la práctica de enfermería en el cuidado crítico de adultos.

Los hallazgos muestran que, aunque en UCI se conocen bien los conceptos de LET y se aplican criterios clínicos, la eutanasia pasiva se percibe como una situación difícil porque no es solo una decisión técnica, sino una decisión que toca valores y genera tensión moral. En contextos donde la LET se vive como "dejar de hacer", aparece la sensación de estar fallando o de estar haciendo algo "agresivo", especialmente cuando se retira un soporte ya iniciado. Eso no significa que el equipo no entienda la futilidad, sino que emocionalmente la retirada pesa más que la omisión, por la carga simbólica de "interrumpir" (68,69). Además, cuando no hay espacios claros de deliberación o acompañamiento ético, la tensión se vuelve más personal, como si el profesional tuviera que cargar solo con el impacto de la decisión (33,41).

Un punto importante es que la percepción cambia según el rol. En enfermería, la experiencia suele ser más cercana al sufrimiento y a la reacción de la familia, porque está en el contacto directo y sostenido con el paciente. Eso hace que enfermería perciba la LET no solo como un acto médico, sino como un proceso de cuidado en el que se debe sostener la dignidad, el confort y la comunicación (89,88). Sin embargo, en varios escenarios se muestra que la decisión queda centrada en el médico, y enfermería participa más en la ejecución que en la deliberación. Esto puede generar frustración, porque enfermería identifica señales, necesidades o tensiones familiares, pero no siempre tiene un canal real para incidir en la decisión (55,85,90). En países y hospitales donde se han promovido estrategias interprofesionales y estructuras más compartidas, se percibe mejor alineación del equipo, menos mensajes contradictorios y menos conflicto interno (99,100).

También se ve que la percepción está condicionada por la claridad legal. En lugares donde el estatus legal se entiende poco, el profesional puede actuar con inseguridad o incluso evitar conversaciones tempranas por miedo a consecuencias. Esto se ha evidenciado cuando se evalúa el conocimiento real del marco legal o cuando se plantean escenarios clínicos: la falta de claridad produce decisiones más tardías o menos consistentes (2,10,66). Eso influye en la UCI porque una LET tardía puede terminar convirtiéndose en más sufrimiento, más desgaste del equipo y mayor conflicto con la familia.

En el plano conceptual, parte de la dificultad es que todavía hay confusión entre eutanasia, eutanasia pasiva, ortotanasia, distanasia y LET, y esa mezcla frena el debate y lo vuelve más emocional que técnico. Cuando los términos no están claros,

la gente puede interpretar la LET como “provocar la muerte”, incluso si clínicamente se trata de evitar medidas desproporcionadas (6,16,95). Esta revisión confirma que esa ambigüedad aparece en prácticas reales y no es solo un problema teórico: si el equipo no usa un lenguaje común, se fragmenta la comunicación, la familia recibe mensajes distintos, y la percepción del proceso se vuelve más negativa.

Desde la bioética, se ve que el debate no se sostiene únicamente en autonomía y beneficencia como ideas abstractas, sino en cómo se aplican bajo presión clínica. Por ejemplo, en cuidado crítico, la autonomía suele estar limitada porque el paciente muchas veces no puede decidir, y ahí la toma de decisiones se apoya en sustitutos, equipo y marcos institucionales. La revisión muestra que cuando esos marcos son débiles, el proceso depende más de interpretaciones individuales y de acuerdos informales (51,71,79). En ese punto, la ética del cuidado y la idea de “final tranquilo de la vida” ayudan a mirar el objetivo clínico como acompañar y aliviar, no como abandonar (39,40). En otras palabras, la discusión no es solo si se retira o no, sino cómo se sostiene el cuidado cuando ya no se busca curar.

Otro elemento bioético relevante es la relación entre sufrimiento, salud mental y decisiones al final de la vida. En algunos debates se advierte que no todo deseo de morir es equivalente a una decisión informada en contexto de sufrimiento irreversible, y que deben existir filtros clínicos y éticos claros (1). Esto no se limita a eutanasia activa: en UCI también importa porque parte de las decisiones se toman con información incompleta, con carga emocional y con presiones familiares, por lo cual se requiere un proceso deliberativo con soporte institucional.

Las percepciones sobre eutanasia pasiva y LET también están cruzadas por cultura, religión y estigma. En algunos escenarios, la eutanasia y la limitación del esfuerzo terapéutico se siguen asociando a una idea social de “no hacer todo” como falta moral, lo que produce rechazo, culpa o temor en profesionales y familias. Ese estigma hace que el debate se vea como contrario a una “ley universal” o a una moral compartida, incluso antes de entrar a revisar el caso clínico particular (5). Además, la postura cristiana tradicional refuerza la idea de vida inviolable, y eso influye en cómo se interpreta la LET, especialmente cuando se confunde con eutanasia activa (11).

En contraste, también se ve una tendencia a defender la muerte digna como un asunto de libertad individual y de pluralismo, donde el Estado debería permitir que las personas decidan sin que una visión religiosa se imponga a todos (25,22). Esta tensión cultural no es menor, porque se traslada a la práctica: si el profesional cree que la sociedad juzga la LET como “mala” o “ilegal”, puede evitar conversaciones y dejar que la situación avance hasta un punto de crisis. También se observa que, aunque la religión influye, no siempre se traduce en cambios automáticos en la práctica, pero sí puede influir en el debate público y en la presión institucional (75,76). La revisión confirma que el marco legal define gran parte del “clima” en el que se toman decisiones. En Colombia, el reconocimiento del derecho a morir dignamente se construye desde sentencias que han marcado el camino, pero todavía se reportan

vacíos, dudas prácticas y barreras para el acceso real (18,3,36). Esto significa que, aunque exista un soporte jurídico, si no hay claridad operativa en instituciones, los profesionales siguen actuando con inseguridad. Además, cuando el conocimiento de la normativa es bajo, se producen errores de interpretación o decisiones contradictorias (2,10).

En otros países se observa una situación parecida: incluso donde se han aprobado leyes, algunos sectores sanitarios no las conocen bien o no saben aplicarlas, lo cual genera discusiones y retrocesos en la formación profesional (13,26). En contextos como India, se permiten ciertas formas de retirada de soporte bajo condiciones específicas, lo que muestra que la regulación suele avanzar por etapas, aceptando primero la limitación de medidas desproporcionadas antes que otras prácticas (12). Todo esto sostiene la idea de que no basta con que exista norma: se necesita formación, protocolos y rutas claras dentro de los hospitales para que la decisión sea consistente y no quede como un problema individual.

Además, el marco clínico también influye: en UCI se usan escalas y criterios de severidad para orientar pronóstico, aunque no reemplazan la deliberación ética. En este sentido, los sistemas de evaluación (como APACHE II y SOFA) ayudan a hablar de gravedad y evolución, pero no resuelven por sí solos el dilema de proporcionalidad (29,30). Por eso, guías institucionales y guías de cuidados paliativos resultan clave para orientar decisiones y disminuir arbitrariedad (27,26,37).

Un aporte importante de esta revisión es que muestra el papel de enfermería como una pieza central del proceso, no solo en el cuidado físico sino en el acompañamiento humano. Cuando la LET se vive con miedo o culpa, el cuidado humanizado se vuelve más difícil: aumenta el distanciamiento, se habla menos con la familia y se deja el peso emocional "para después". En cambio, cuando el equipo está entrenado en final de vida y en comunicación, el proceso tiende a ser más ordenado y menos traumático (89,39,84).

Además, se identifica que enfermería enfrenta dilemas éticos específicos: debe continuar cuidando incluso cuando el tratamiento se limita, y eso puede sentirse como una contradicción si el entorno interpreta la LET como abandono. Por eso, resulta fundamental que enfermería participe en la planificación, en la comunicación y en la coordinación del equipo, no solo en la ejecución (85,86,87). También se observa que los conflictos disminuyen cuando hay consultoría o espacios institucionales de deliberación, porque el profesional no se siente solo con la carga moral (93,91,90).

La sedación paliativa aparece como una estrategia para aliviar sufrimiento refractario, pero su percepción depende de cómo se explique y se aplique. Si la sedación se comunica mal, la familia puede creer que se está "acelerando la muerte". Por eso, el enfoque de autonomía relacional es útil: se trata de ajustar el plan a valores del paciente, comunicar objetivos y sostener confianza clínica (96,26). En práctica, esto exige trabajo conjunto y claridad del propósito: aliviar y no provocar muerte.

La planificación anticipada de decisiones también aparece como una herramienta para prevenir conflictos tardíos. Si desde atención primaria se registran valores y

preferencias, el ingreso a UCI no inicia desde cero, y el equipo tiene una guía ética y práctica para actuar. Eso disminuye la incertidumbre y reduce el choque familiar cuando el pronóstico es malo (102).

Finalmente, la retirada paliativa de ventilación mecánica exige protocolos claros, preparación de síntomas y roles definidos. La evidencia muestra que cuando esto se planifica bien, el proceso es más digno y menos angustiante para el equipo y la familia (98,97). La literatura también insiste en que la coordinación interprofesional y los marcos de decisión compartida ordenan el proceso y evitan contradicciones (99,100). Esta revisión integra evidencia heterogénea (artículos, tesis, revisiones y literatura gris), lo que ayuda a mapear vacíos y tendencias que no siempre aparecen en revisiones estrictamente clínicas. En términos metodológicos, se alinea con la lógica de scoping review como una forma de síntesis útil para explorar campos amplios, con diversidad de diseños y niveles de evidencia (46). Desde lo teórico, también permite ver que la práctica al final de la vida no se explica solo por "principios", sino por relaciones, cultura institucional, formación y condiciones del sistema.

Por lo tanto, la discusión muestra que la eutanasia pasiva en cuidado crítico adulto se construye en una combinación de elementos clínicos, normativos, culturales y emocionales. Cuando hay claridad conceptual, protocolos, formación ética y participación real del equipo, la LET tiende a vivirse con menos conflicto y más coherencia. En cambio, cuando predominan la ambigüedad, el miedo legal, el estigma y la jerarquía rígida, se refuerzan el estrés moral, la incertidumbre y los mensajes contradictorios hacia las familias, afectando la calidad del final de vida.

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES

6.1. Conclusiones

Las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la eutanasia pasiva en cuidado crítico adulto son diversas y cambian según el contexto. En general, la limitación del esfuerzo terapéutico se reconoce como una medida necesaria cuando el tratamiento deja de aportar beneficio y solo prolonga el sufrimiento; aun así, suele vivirse con carga emocional, culpa y dudas sobre "si se está haciendo lo correcto". La percepción también varía por rol: enfermería suele estar más expuesta al sufrimiento del paciente y a la reacción de la familia, mientras que el personal médico carga con la responsabilidad formal de decidir y con mayor temor a consecuencias legales o institucionales. En ese escenario, las creencias religiosas y los valores personales influyen directamente, produciendo posturas opuestas entre quienes priorizan la preservación de la vida y quienes ponen por delante la autonomía y la dignidad del paciente.

Los resultados ubican la eutanasia pasiva/LET en una tensión constante entre dos deberes: proteger la vida y evitar el daño que implica prolongar sufrimiento con medidas fútiles. En contextos como el colombiano, donde la influencia religiosa es fuerte, la objeción de conciencia puede crear barreras y desigualdad en la aplicación de estas decisiones, porque no siempre hay criterios uniformes para actuar. Además, cuando el debate social y político está polarizado, el tema se vuelve más sensible y se dificulta consolidar acuerdos institucionales estables y marcos normativos operativos. Por eso, las decisiones tienden a requerir una ética más situada: mantener principios generales (autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia), pero aplicarlos con sensibilidad al contexto cultural del paciente y su familia, evitando imponer una sola visión moral como estándar.

Se identificó que una parte importante del problema no es solamente "qué se decide", sino "cómo se decide" y "cómo se comunica". La falta de formación en bioética y comunicación clínica deja al personal con pocas herramientas para explicar pronóstico, proporcionalidad del tratamiento y objetivos de cuidado, lo cual aumenta la incertidumbre y el estrés moral. A esto se suma la confusión conceptual: cuando no se distinguen bien términos como ortotanasia, distanasia, eutanasia activa/pasiva o LET, aparecen malentendidos dentro del equipo y también con la familia. La evidencia revisada sugiere que la educación continua en ética, cuidados paliativos y comunicación puede disminuir el desgaste emocional, fortalecer la deliberación compartida y hacer más consistente la toma de decisiones.

La revisión muestra que enfermería aporta una mirada clave porque acompaña el proceso de manera sostenida: observa sufrimiento, valora confort, identifica necesidades familiares y sostiene el cuidado cuando se limita tratamiento. En ese

sentido, su papel no se reduce a “ejecutar” indicaciones, sino que puede mediar, traducir información clínica y ayudar a mantener coherencia en el mensaje del equipo. Sin embargo, cuando la deliberación se concentra solo en el médico, la experiencia de enfermería queda subutilizada y se pierde una parte fundamental del cuidado centrado en la persona. Por ello, reconocer formalmente su participación en la deliberación mejora la calidad del proceso y no solo la “humanización”.

Integrar cuidado humanizado (escucha activa, respeto por valores, acompañamiento emocional, coherencia comunicativa) reduce la percepción de abandono y ayuda a que la retirada o la no iniciación de soporte se viva como parte del cuidado y no como renuncia. Además, la planificación anticipada (voluntades, representantes, conversaciones previas) aparece como una estrategia que previene conflictos tardíos y permite decisiones más alineadas con la autonomía del paciente, especialmente cuando el deterioro clínico impide decidir en el momento. No obstante, estas herramientas todavía se aplican poco y de forma desigual, por lo que su implementación sigue siendo un punto crítico de mejora.

6.2. Recomendaciones

Incluir de manera obligatoria bioética aplicada, cuidados paliativos y comunicación clínica en pregrado y posgrado de enfermería y medicina; además, sostener capacitación periódica en manejo de conflictos éticos y estrés moral en UCI.

Formular guías con criterios clínicos y éticos para iniciar/retirar soporte vital, con participación real de enfermería y comités de ética. Incluir rutas para valoración de futilidad, sedación paliativa, retirada de ventilación, registro en historia clínica y comunicación con familias.

Implementar conversaciones tempranas con pacientes con alto riesgo de deterioro; difundir mecanismos legales disponibles y estandarizar el registro de preferencias y representantes, para reducir carga familiar y conflictos en UCI.

Garantizar comités y consultores de ética clínica funcionales en instituciones de III y IV nivel, con acceso oportuno al equipo y capacidad real de apoyo en casos complejos.

Ampliar estudios en países de ingreso medio, regiones rurales y ámbitos no hospitalarios; incluir actores como familias, pacientes, psicólogos y capellanes, y evaluar intervenciones formativas y comunicativas.

Participación de gremios y asociaciones en el debate para avanzar hacia marcos más claros sobre eutanasia pasiva/LET y para fortalecer disponibilidad y cobertura de cuidados paliativos, con formación y recursos suficientes.

6.3. Fortalezas y limitaciones del estudio

En las fortalezas se puede decir que esta scoping review integró evidencia de bases biomédicas, literatura gris y repositorios académicos, incluyendo tesis y trabajos de grado que aportan contexto local y experiencias situadas. El uso de PRISMA-ScR permitió describir de forma transparente la selección y síntesis. Además, el enfoque interprofesional amplió la lectura del fenómeno al incorporar miradas desde enfermería, medicina, psicología y derecho, lo que ayuda a explicar mejor por qué la LET no es solo una decisión clínica, sino también ética, organizacional y cultural.

En relación con las limitaciones, la búsqueda se restringió a PubMed/MEDLINE, CINAHL y repositorios seleccionados, por lo que es posible que se hayan omitido estudios en Scopus o Web of Science. La evidencia se concentra en países de alto ingreso y en Latinoamérica; hay menor representación de África, Asia y entornos rurales. La variabilidad en definiciones (eutanasia pasiva, LET, ortotanasia) y diseños metodológicos limita la comparación directa. También puede existir sesgo lingüístico al trabajar principalmente con español e inglés. Finalmente, la falta de acceso a texto completo en algunos registros redujo la posibilidad de profundizar en ciertos hallazgos.

El desarrollo de esta scoping review permitió comprender que la eutanasia pasiva/LET en UCI es un tema complejo, porque une decisiones clínicas con valores personales, cultura, derecho y dinámicas institucionales. El proceso fortaleció habilidades de búsqueda, lectura crítica y síntesis, pero también mostró que, en temas sensibles, el rigor metodológico es indispensable para no caer en afirmaciones generales o sesgadas. Además, se evidenció que las decisiones al final de la vida no se sostienen solo en protocolos: requieren comunicación clara, espacios de deliberación y una cultura de cuidado que acompañe a pacientes, familias y equipos. Finalmente, el trabajo reafirma el papel de enfermería como actor clave para humanizar el final de vida y para sostener un debate informado, respetuoso y centrado en la dignidad del paciente.

7. ANEXOS

7.1. Cronograma de actividades

El cronograma que hizo parte de esta investigación fue de la siguiente manera:

Tabla 1. Cronograma

CRONOGRAMA				
ACTIVIDAD	MES INICIAL	MES FINAL	DURACION EN MESES	
FORMULACION DEL PROYECTO	05/2024	06/2024	20 MESES	
ESTADO DEL ARTE Y MARCO CONCEPTUAL	05/2024	09/2025	16 MESES	
DISEÑO METODOLÓGICO	07/2025	09/2025	2 MESES	
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN	07/2025	12/2025	5 MESES	
EXTRACCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	07/2025	12/2025	5 MESES	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN PRELIMINAR	07/2025	12/2025	5 MESES	
Total	24 meses			

Fuente: Autores

7.2. Presupuesto

A su vez, el presente estudio fue realizado a partir del siguiente presupuesto:

Tabla 2. Presupuesto

PRESUPUESTO				
RUBROS	FINANCIADO	CONTRAPARTIDA		TOTAL, AÑO
		EN ESPECIE	DINERO	
Personal - Servicios técnicos de personal	NO	1	\$450.000	\$720.000
Equipos - Software	NO	3	\$3.000.000	\$9.000.000
Gastos de viaje	NO	0	\$0	\$0
Materiales - Suministros y servicios técnicos	NO	4	\$500.000	\$2.000.000
Material bibliográfico	NO	10	\$300.000	\$3.000.000
Publicaciones y patentes	NO	12	\$60.000	\$720.000
TOTAL				\$15.440.000

Fuente: Autores

7.3. ACTA No. 041-25 DE COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN



Unisanitas

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 2864-25

Bogotá D.C, 27 de octubre de 2025

Doctores:

Orlando Enrique Barrios Díaz
Investigador Principal

Luisa Fernanda Fajardo Peña
Co-Investigador
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (197-25 UNV) percepciones de los trabajadores de la salud hacia la eutanasia pasiva en cuidado crítico adulto. Una scoping review.

Doctores

El día 21/10/2025, en la sesión registrada en el acta No. 041-25, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 15/10/2025 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Revisión inicial del protocolo.

Concepto CEI: Exoneración

El Comité de Ética en Investigación (CEI) ha revisado el protocolo presentado y lo clasifica como un estudio secundario. En consecuencia, se determina que no requiere evaluación adicional ni aprobación ética, dado que:

- No implica intervención ni interacción con seres humanos o animales.
- Se basa en datos previamente recolectados y publicados, sin riesgo de identificación de los participantes.
- No compromete la confidencialidad, privacidad o integridad de los participantes de estudio.
- No representa riesgos adicionales para los participantes, en cumplimiento de la Resolución 8430 de 1993 y demás normativas vigentes.

Por lo anterior, el Comité Exonera este estudio del proceso de evaluación ética formal. No obstante, recomienda a los investigadores garantizar el cumplimiento de los principios éticos en el manejo de datos y la protección de la información.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por once (11) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 9).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaría Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Iván Mauricio Páez Sierra	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
David Alberto Rincón Valenzuela	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Brena Ramos VM. La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere*. 2020;24(79):503-12.
- ² Bertolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021;41(140):51-67. doi:10.4321/S0211-57352021000200003.
- ³ Gonzalez B, Villaró CR, Solsona JF. Eutanasia: aprobar sin conocer. 2017. 2020;156(5):243-7
- ⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233/21 (Expediente D-14043) [Internet]. Bogotá (CO): Corte Constitucional; 2021 jul 22 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-233-21.htm>
- ⁵ Bascuñan ML, Huepe GV. Noción y postura sobre la eutanasia de médicos y enfermeras en un hospital público de Santiago de Chile. 2023. diciembre de 2022;17(2):15
- ⁶ Mora-Martínez S, Barahona-Machado LC. Eutanasia y estigma: ¿El derecho a la muerte digna es contrario a la ley universal? *Rev Méd Risaralda*. 2022;28(2):9-16. doi:10.22517/25395203.24979
- ⁷ Carvajal S, Portales B, Beca JP. Eutanasia: aclarando conceptos. 2021. 149(10):1502-6
- ⁸ Crusat E, Fernandez P. Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura. 2021. 31(5)
- ⁹ Riveros G. Eutanasia pasiva: otra arista de la problemática de la eutanasia en el ordenamiento chileno. Universidad Austral de Chile [Internet]. 2019 [Consultado el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2019/fjr621e/doc/fjr621e.pdf>
- ¹⁰ Neil DA, Coady CAJ, Thompson J, Kuhse H. End-of-life decisions in medical practice: a survey of doctors in Victoria (Australia). *J Med Ethics*. 2007;33(12):721-725. doi:10.1136/jme.2006.017137
- ¹¹ Marcoux I, Boivin A, Arsenault C, Toupin M, Youssef J. Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec: study of clinical scenarios. *Can Fam Physician*. 2015;61(4)
- ¹² Alvarez J. La eutanasia a debate. Reflexiones desde una perspectiva cristiana. [Internet]. 2005. [consultado el 03 de junio de 2025]. 1 – 101. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/03/2005-eutanasia-desde-una-perspectiva-cristiana.pdf>
- ¹³ Supreme Court of India. *Aruna Ramachandra Shanbaug v Union of India & Ors* (7 Mar 2011) [Internet]. Indian Kanoon; 2011 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://indiankanoon.org/doc/235821>

¹⁴ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM). El ICOMEM insta al Ministerio de Sanidad a anular la pregunta número 41 sobre eutanasia del examen MIR 2021 [Internet]. Madrid: ICOMEM; 2021 mar 30 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/3689/El-ICOMEM-insta-al-Ministerio-de-Sanidad-a-anular-la-pregunta-numero-41-sobre-eutanasia-del-examen-MIR-2021>

¹⁵ Alves H, De Freitas C. Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura. Enfermería Global. [Internet]. 2018. [Consultado el 03 de junio de 2025]. 17 (51). 529 – 544. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-529.pdf>

¹⁶ Ivankovics I, Freitas L, Borges G, Batista A, Nunes R. Muerte digna en la unidad de cuidados intensivos: ¿cómo se ha llevado a cabo? Acta Bioethica. [Internet]. 2023. [Consultado el 03 de junio de 2025]. 29 (2): 213 -217. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v29n2/1726-569X-abioeth-29-02-213.pdf>

¹⁷ Runzer-Colmenares F, Fonseca J, Pérez C, Parodi J. Ortotanasia: el aporte de la ciencia a una muerte digna. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. [Internet]. 2024. [Consultado el 04 de junio de 2025]. 41 (4): 445 – 447. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v41n4/1726-4642-rpmesp-41-04-445.pdf>

¹⁸ González –Castro A, Azcune O, Peñasco Y, Rodríguez J, Domínguez M, Rojas R. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Revista calidad asistencial. [Internet]. 2016. [Consultado el 04 de junio de 2025]. 31 (5): 262 – 266. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645100>

¹⁹ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239/97 (Expediente D-1490): Homicidio por piedad [Internet]. Santafé de Bogotá, D.C.: Corte Constitucional; 20 may 1997 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

²⁰ Miranda Gonçalves R. Reflexiones finales sobre la eutanasia: un recorrido a través de sus dimensiones médicas, éticas y legales. Prolegómenos. 2024;27(53):107-122. doi:10.18359/prole.7031

²¹ Sanz-Rubiales Á, del Valle ML. Comentario sobre «Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia». Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2017;45(1):46–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-articulo-reflexiones-acerca-eutanasia-colombia-S0120334716300867>

²² Díaz Amado E. El morir dignamente y la eutanasia en Colombia. En: Marcos del Cano AM, de la Torre Díaz FJ, eds. Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional. Madrid: Dykinson; 2019. p. 151-164.

²³ Conferencia Episcopal de Colombia se pronuncia ante el proyecto de eutanasia [Internet]. El Tiempo. 2007 [citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3750385>

²⁴ Procuraduría General de la Nación. Procurador Alejandro Ordóñez rechaza la eutanasia y defiende el derecho fundamental a la vida [Internet]. Bogotá: PGN; 2015 [citado 2026 ene 8]

²⁵ Galán J. El derecho a morir dignamente en Colombia: una causa de libertad individual. *Rev Análisis Político*. 2016;29(87):45-58.

²⁶ Cadena SER. Las solicitudes de eutanasia crecieron un 25% en 2023: 766 personas pidieron ayuda para morir y menos de la mitad la recibieron [Internet]. Madrid: Cadena SER; 2024 [citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://cadenaser.com/nacional/2024/12/12/las-solicitudes-de-eutanasia-aumentaron-un-25-en-2023-766-personas-pidieron-ayuda-para-morir-y-menos-de-la-mitad-fueron-practicadas-cadena-ser/>

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (CO). Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo (adopción) [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2016 [citado 2026 Jan 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-cuidados-paliativos-adopcion.pdf>

²⁸ Pastrana T, De Lima L, Wenk R, et al. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. 2ª edición [Internet]. Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES-ICS, Universidad de Navarra; 2020 [citado 2026 Jan 8]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>

²⁹ Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1553-1602

³⁰ Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13(10):818-829

³¹ Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med*. 1996;22(7):707-710

³² Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med*. 1974;2(2):57-60

³³ Carvalho KK, Lunardi VL, Lunardi-Filho WD. Intensive care unit nurses: therapeutic futility as an ethical issue. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(5):622-62

³⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239/97 (Expediente D-1490): Homicidio por piedad [Internet]. Santafé de Bogotá, D.C.: Corte Constitucional; 20 may 1997 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

³⁵ Osorio C. Aprender a morir: Colombia explora una nueva relación con la muerte [Internet]. Ediciones EL PAÍS S.L. 2024 [citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2024-09-08/aprender-a-morir-colombia-explora-una-nueva-relacion-con-la-muerte.html>

³⁶ Observatorio de Derecho Laboral y de la Seguridad Social (Pontificia Universidad Javeriana); Corporación Excelencia en la Justicia. Ficha jurisprudencial No. 1: Sentencia C-233 de 2021—Salud y acceso a muerte digna [Internet]. Bogotá (CO): Pontificia Universidad Javeriana; 2021 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://cej.org.co/wp-content/uploads/2021/08/Ficha-jurisprudencial-No.-1-Sentencia-C-233-de-2021.pdf>

³⁷ World Health Organization. Cuidados paliativos [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

³⁸ Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra): por medio de la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos [Internet]. Bogotá (CO): Gestor Normativo Función Pública; 2014 [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>

³⁹ World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018.

⁴⁰ Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. Rev Cubana Salud Pública. 2012;38(1):150-155

⁴¹ Gómez-Ramírez OJ, Carrillo-González GM, Arias-Rojas EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo: confort, final tranquilo de la vida, autotranscendencia e incertidumbre. Rev Latinoam Bioet. 2017;17(1):60-79. doi:10.18359/rlbi.1764

⁴² Arango Gaviria MC, Ramírez Trujillo D. Percepciones sociales sobre la eutanasia [trabajo de grado en Internet]. Aburrá Sur (Antioquia): Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), Rectoría Antioquia y Chocó, Programa de Trabajo Social; 2025 may [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/f1636768-874c-4846-8715-8cccaee479a0/content>

⁴³ D'Amico López R, de Benedictis Serrano GA, Coiran Mendoza HH, Castro Álvarez JF. Conocimiento y percepción de la eutanasia en estudiantes y profesionales de medicina. Med Etica. 2020;31(3). doi:10.36105/mye.2020v31n3.05. Disponible en: <https://www.medicasur.com.mx/medicinaetica>

⁴⁴ García Hernández AM. Evolución de los cuidados al final de la vida desde la perspectiva enfermera: formación, investigación y compromiso profesional. Enferm Clin. 2023;33(5):313-5. doi:10.1016/j.enfcli.2023.07.001.

-
- ⁴⁵ Fernandes AS, Fernandes Coelho SP. Distanasia en unidad de cuidados intensivos y visión de enfermería: una revisión integrativa. *Rev Cuid*. 2014;5(2):813-9. doi:10.15649/cuidarte.v5i2.122.
- ⁴⁶ Antury Ávila MI, Díaz Chavarro BC, Paja Campo A, Vargas Murillo SM. El papel del profesional de enfermería en la eutanasia: una revisión sistemática cualitativa. *Open Nurs J*. 2024 Nov 1;18:e18744346338379. doi:10.2174/0118744346338379241002064209.
- ⁴⁷ Dubón-Peniche MC, Bustamante-Leija LE. Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia». *Cir Cir*. 2020;88(4):519-525. Epub 2021 Nov 8. doi:10.24875/CIRU.18000626.
- ⁴⁸ Corominas A. La muerte según tres filósofos: Chardin, Heidegger y Morin [Internet]. Real Academia Europea de Doctores. 2021 dic 2. Disponible en: <https://raed.academy/la-muerte-segun-tres-filosofos-chardin-heidegger-y-morin/>
- ⁴⁹ Campos Calderón JF, Sánchez Escobar C, Jaramillo Lezcano O. Consideraciones acerca de la eutanasia. *Med Leg Costa Rica*. 2001;18(1):29-64.
- ⁵⁰ Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, et al. A systematic review of stakeholder perspectives of dignity and assisted dying. *J Pain Symptom Manage*. 2023;65(2):e123–e136. doi:10.1016/j.jpainsymman.2022.10.004.
- ⁵¹ Şener Ş, Dikmen Y. Right to live and die: Nurses' attitudes and behaviors about euthanasia. *Florence Nightingale J Nurs*. 2023;31(1):66–72. doi:10.5152/FNJJN.2023.23104.
- ⁵² Picón-Jaimes YA, et al. Euthanasia and assisted suicide: an in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;75:103380.
- ⁵³ Kuře J. Good death within its historical context and as a contemporary challenge: a philosophical clarification of the concept of euthanasia. In: Kuře J, editor. *Euthanasia: The "Good Death" controversy in humans and animals*. Rijeka: InTech; 2011.
- ⁵⁴ Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, Alarcos-Martínez F, Barbero-Gutiérrez FJ, Couceiro-Vidal A, Hernando-Robles P, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist*. 2008;23(6).
- ⁵⁵ Rao S. India and euthanasia: the poignant case of Aruna Shanbaug. *Indian J Med Ethics*. 2011;8(2):99-101.
- ⁵⁶ Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on euthanasia*. Vatican City: Libreria Editrice Vaticana; 1980.
- ⁵⁷ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to forego life-sustaining treatment: a report on the ethical, medical, and legal issues in treatment decisions*. Washington (DC): US Government Printing Office; 1983.
- ⁵⁸ Botero Cárdenas YP. El derecho a una muerte digna en menores de edad en Colombia, una protección jurisprudencial. *Rev Estud Sociojuríd*. 2022;24(1):1–22.

-
- ⁵⁹ Aruna Ramachandra Shanbaug v. Union of India & Ors. Supreme Court of India. (2011) 4 SCC 454.
- ⁶⁰ España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002;274:40126–40132.
- ⁶¹ Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. Clin Med (Lond). 2010;10(3):282–285.
- ⁶² Dubón-Peniche MC, Bustamante-Leija LE. Entre la enfermedad y la muerte: “Eutanasia”. Cir Cir. 2020;88(4):519-25.
- ⁶³ Sánchez-López JD, Mira JJ, Sicilia B, Vitaller MI. Consideraciones bioéticas del médico ante el final de la vida de sus pacientes. J Healthc Qual Res. 2021;36(4):240-8.
- ⁶⁴ Cuervo Pinna MA, Santiago-Sáez A, Gutiérrez-Ibarlucea I. Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. Rev Calid Asist. 2015;30(3):124-31.
- ⁶⁵ Lozano-Ortigosa R. Mi vida, mi muerte. Rev Educ Bioquím. 2023;42(4):211-6.
- ⁶⁶ Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck Gravgaard AM, Müller-Busch HC, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med. 2003;17(2):97-101.
- ⁶⁷ Ñavincopa E. Eutanasia, muerte digna, suicidio asistido y rechazo de tratamiento en el ordenamiento jurídico peruano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(1):141-7.
- ⁶⁸ Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. SAGE Open Med. 2021;9:20503121211000918.
- ⁶⁹ Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia); Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). *Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en cuidados paliativos: adopción* [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2016 [citado 11 ene 2026]. Disponible en: MinSalud (Biblioteca Digital RIDE).
- ⁷⁰ Betancourt Reyes GL. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2017;39(4):975-986 [citado 11 ene 2026]. Disponible en: Revista Médica Electrónica.
- ⁷¹ Ministerio de Salud (Argentina). *Guía de información para familiares de pacientes en cuidados intensivos* [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2024.
- ⁷² Ministerio de Salud (Argentina). *Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en UHOP* [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2022.
- ⁷³ World Health Organization. *The world health report 2006: Working together for health* [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241563176>
- ⁷⁴ World Health Organization. *Transforming and scaling up health professionals' education and training* [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93635>

-
- ⁷⁵ Scarbrough S. The process of perception. In: *Psychology of Human Relations* [Internet]. Open Oregon Educational Resources (Pressbooks); 2021.
- ⁷⁶ Mimarakis D, [et al.]. Health professionals' views on euthanasia: impact of traits, perceptions about death, and empathy. [*Journal*] [Internet]. 2025.
- ⁷⁷ Lopez-Cortes OD, Betancourt-Núñez A, Bernal Orozco MF, Vizmanos B. Scoping reviews: una nueva forma de síntesis de la evidencia. *Investig educ med*. 2022;11(44):98-104. doi:10.22201/fm.20075057e.2022.44.22447
- ⁷⁸ World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Ferney-Voltaire (FR): World Medical Association; 2024 Oct [citado 2026 ene 8]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- ⁷⁹ Organización Panamericana de la Salud; Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4a ed. Ginebra: CIOMS; 2016. ISBN: 978-92-9036-090-2
- ⁸⁰ Congreso de Colombia. Ley 23 de 1982 (28 ene 1982): Sobre derechos de autor [Internet]. Bogotá (CO): Gestor Normativo, Departamento Administrativo de la Función Pública; 1982. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3431>
- ⁸¹ Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioeth*. 2012;18(2):163-171. doi:10.4067/S1726-569X2012000200004
- ⁸² Aksoy E, Ilkilic I. Medical futility at the end of life: the first qualitative study on ethical decision-making methods among Turkish doctors. *BMC Med Ethics*. 2024;25:122. doi:10.1186/s12910-024-01120-1.
- ⁸³ Rosado Tuarez JL, Pacheco Lombeida MX, Jimenez Barrera M, Herrera Sánchez PJ, Muñoz Guanga AP. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud. *Horiz Enferm*. 2024;35(2):638-659. doi:10.7764/Horiz_Enferm.35.2.638-659
- ⁸⁴ Bázaga Morell S, Estrada García CB, Sánchez Vila HJ, Berdú Saumell Y. Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed*. 2019;23(1).
- ⁸⁵ Lee SI, Hong KS, Park J, Lee YJ. Decision-making regarding withdrawal of life-sustaining treatment and the role of intensivists in the intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2020. doi:10.1111/jocn.16633.
- ⁸⁶ Jensen HI, Ammentorp J, Orøder H. Withholding or withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interprofessional collaboration. *Heart Lung Vessel*. 2013;5(3):158-167.

-
- ⁸⁷ Rydvall A, Lynöe N. *Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of ethical reasoning among physicians and the general public*. *Crit Care*. 2008;12(1):R13. doi:10.1186/cc6786.
- ⁸⁸ Rosenberg N, Mateyo KJ, Mokute KT, Otieno G, Hui K, Riviello E, et al. Attitudes, beliefs and practices toward end-of-life care among physicians in sub-Saharan Africa. *BMC Palliat Care*. 2023;22:1–10.
- ⁸⁹ Siewiera J, Tomaszewski D, Piechocki J, Kübler A. Retención y retirada de tratamientos de soporte vital: experiencias en la limitación de terapias inútiles en tres departamentos de cuidados intensivos polacos. *Adv Clin Exp Med*. 2019;28(4):541-546. doi:10.17219/acem/78775. PMID:30277672.
- ⁹⁰ Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2645-51.
- ⁹¹ Yap HY, Joynt GM, Gomersall CD. Ethical attitudes of intensive care physicians in Hong Kong: questionnaire survey. *Hong Kong Med J*. 2004;10:244-250.
- ⁹² Navas S, Sturani C, Hartl S, Magni G, Ciuntu M, Corrado A, Simonds A, et al. End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J*. 2007;30(1):156-164. doi:10.1183/09031936.00128306.
- ⁹³ Cepillo DR, Rasinski KA, Salón JB, Alejandro GC. Recommendations for limiting life support: a national survey of critical care physicians. *Crit Care Med*. 2012;40(7):1963-9. doi:10.1097/CCM.0b013e31824e0c6b
- ⁹⁴ Bázquez Morell S, Estrada García CB, Sánchez Vila HJ, Berdú Saumell Y. Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed*. 2019;23(1).
- ⁹⁵ White DB, Carson S, Anderson W, Steingrub J, Bird G, Curtis JR, et al. Causes and consequences of optimistic prognostic expectations in critically ill patients: a multicenter study. *Crit Care Med*. 2019;47(2):e87–e95. doi:10.1097/CCM.0000000000003526
- ⁹⁶ Robertsen A, Helseth E, Laake JH, Førde R. *Physicians' doubt about whether to withhold or withdraw life-sustaining treatment the first days after devastating brain injury: an interview study*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1):81. doi:10.1186/s13049-019-0652-0.
- ⁹⁷ Ravenscroft AJ, Bell MD. End-of-life decision making in intensive care units: is it objective, consistent and defensible? *J Med Ethics*. 2000;26(6):435-40. doi:10.1136/jme.26.6.435
- ⁹⁸ Falcó-Pegueroles A, Bosch-Alcaraz A, Terzoni S, Fanari S, Viola E, Via-Clavero G, et al. Ethical conflict and decision-making process experienced by critical care professionals during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Med Ethics*. 2023;24:4. doi:10.1186/s12910-023-00945-1.
- ⁹⁹ Vincent JL. *Withdrawing may be preferable to withholding*. *Crit Care*. 2005;9(3):226-229.

-
- ¹⁰⁰ Levin PD, Sprung CL. Retirar y suspender terapias para sostener la vida no es lo mismo. *Crit Care*. 2005;9(3):230-2. doi:10.1186/cc3487. PMID:15987406.
- ¹⁰¹ Trankle SA. Decisiones que aceleran la muerte: doble efecto y las experiencias de los médicos en Australia. *BMC Med Ethics*. 2014;15:26. doi:10.1186/1472-6939-15-26. PMID:24666431.
- ¹⁰² Zier LS, Burack JH, Micco G, Chipman AK, Frank JA, White DB. Surrogate decision makers' responses to physicians' predictions of medical futility. *Chest*. 2009;136(1):110-117.
- ¹⁰³ White DB, Evans LR, Bautista CA, Luce JM, Lo B. Are physicians' recommendations to limit life support beneficial or burdensome? Bringing empirical data to the debate. *Crit Care Med*. 2009;37(12):3113-3121.
- ¹⁰⁴ Schwarze ML, Bradley CT, Brasel KJ. Surgical "buy-in": the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. *Ann Surg*. 2010;251(2):254-260. doi:10.1097/SLA.0b013e3181b8c6a2.
- ¹⁰⁵ Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Arch Intern Med*. 1995;155(19):2105-2110.
- ¹⁰⁶ Schofield J, Ruzza L, Gruber A, Søreide E, Cosgrove J, Mullick S, et al. The impact of religion on changes in end-of-life practices in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2023;49(11):1339-1348. doi:10.1007/s00134-023-07215-2.
- ¹⁰⁷ Montoya-Vacadéz DM. Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(3):435-449. doi:10.12804/revsalud12.03.2014.11.
- ¹⁰⁸ Rodríguez-Soriano RI. Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):465-479. doi:10.12804/revsalud13.03.2015.11.
- ¹⁰⁹ Cortés Rodríguez RV. Influencia de las creencias religiosas cristianas en la decisión de realizar suicidio asistido al final de la vida: una revisión de literatura [trabajo de grado]. Bogotá (Colombia): Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Programa de Psicología; 2014.
- ¹¹⁰ Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, White DB. Identifying family members who may struggle as surrogate decision makers. *Crit Care Med*. 2012;40(8):2281-2286.
- ¹¹¹ Belloc Rocasalbas M, Girbes ARJ. End of life decisions, the Dutch form through Spanish eyes. *Med Intensiva*. 2011;35(2).
- ¹¹² Christakis NA, Asch DA. Characteristics of physicians associated with decisions to withdraw life support. *Am J Public Health*. 1995;85(3):367-372.
- ¹¹³ Levin PD, Sprung CL. Retirar y suspender terapias para sostener la vida no es lo mismo. *Crit Care*. 2005;9(3):230-2. doi:10.1186/cc3487. PMID:15987406.
- ¹¹⁴ Elmer J, Coppler PJ, Rata y C, Steinberg A, DiFiore-Sprouse S, Caso N, et al. Potential for recovery in patients after cardiac arrest who die following limitations or withdrawal of life support. *Resuscitation*. 2025;195:109903.

¹¹⁵ Montgomery H, Grocott M, Mythen M. Critical care at the end of life: balancing technology with compassion and agreeing when to stop. *Lancet*. 2017;390(10106):1845–1853.

¹¹⁶ Gómez Calvo G. *La limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos: un desafío para enfermería* [trabajo fin de grado]. Donostia-San Sebastián: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2022. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/57009/TFG_Go%cc%81mez_Calvo.pdf?sequence=2&isAllowed=y

¹¹⁷ Pulgar Fiallos AC, Rodríguez Plasencia A, Ramos Serpa G. *Rol de enfermería en limitación de esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos* [tesis]. Ambato (Ecuador): Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES); 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17260/1/UA-MEC-EAC-179-2023.pdf>

¹¹⁸ Rojas IG, Vargas C, Ferrer L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Cienc Enferm*. 2013;19(3):41-50. doi:10.4067/S0717-95532013000300005

¹¹⁹ Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):664–676.

¹²⁰ Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. *Persona Bioet*. 2018;22(1):56–75. doi:10.5294/pebi.2018.22.1.5

¹²¹ Ordóñez-Villota JN, Serrato-Perilla CA, Gutiérrez-Ruano GA, Rengifo-Arias DM. Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. *Rev Colomb Bioet*. 2021;16(2):e3405. doi:10.18270/rcb.v16i2.3405

¹²² Angueyra Diaz HA. *Aspectos bioéticos en las Unidades de Cuidado Intensivo* [trabajo de grado de maestría]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2010. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/3b963009-d715-42af-a959-ba90f9aac22/content>

¹²³ Nandar Araujo LV. *Toma de decisiones en el contexto de muerte digna desde los principios bioéticos de autonomía y beneficencia a la práctica clínica* [tesis de maestría]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2022. Disponible en: <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/09fdda73-d334-4679-b621-4abdbdfb79d7/content>

¹²⁴ Bohórquez Quintero DC. *Caracterización de los logros y desafíos de los servicios de consultoría bioética clínica en hospitales de III y IV nivel de atención en Bogotá* [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/4356af06-c494-4ec8-8f08-a9222e8855a7/content>

-
- ¹²⁵ Ruiz Arias SA. Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo [tesis de maestría]. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68938>
- ¹²⁶ Félix ZC, da Costa SFG, Alves AMPM, de Andrade CG, dos Santos MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet.* 2013;18(9):2733-46.
- ¹²⁷ Borda Restrepo DC. Enfoque de la sedación paliativa desde la autonomía relacional en tiempos de pandemia por COVID-19 [tesis de maestría]. Bogotá (Colombia): Universidad El Bosque; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/6441>.
- ¹²⁸ Efstathiou N, Diridis FKM, Orr M, Baernholdt M, Vanderspank-Wright B. Experiencias de médicos de cuidados intensivos en la retirada paliativa de la ventilación mecánica: un estudio cualitativo. *BMJ Open.* 2025;15(8):e096527. doi:10.1136/bmjopen-2024-096527. PMID:40780709.
- ¹²⁹ Cocinero D, Rocker G, Marshall J, Sjokvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2003;349(12):1123-32. doi:10.1056/NEJMsa030083
- ¹³⁰ Blythe J, Kentish-Barnes N, Debut AS, Dohan D, Azoulay E, Covinsky K, et al. An interprofessional process for limiting life-sustaining treatments at the end of life. *Crit Care Med.* 2022;50(1):e1-e10.
- ¹³¹ Kerckhoffs MC, Senekal J, van Dijk D, Artigas A, Mayordomo J, Michalsen A, van Mol MMC, et al. A framework for shared decision-making on life-sustaining treatments in the ICU: development and evaluation of a communication intervention. *Crit Care.* 2020;24:473. doi:10.1186/s13054-020-03182-7.
- ¹³² Miljkovic MD, Emurón D, Rodas L, Abraham J, Miller K. "Allow natural death" versus "do not resuscitate": what do patients with advanced cancer choose? *J Palliat Med.* 2015;18(6):514-520.
- ¹³³ Pimienta Ricciulli K. Planificación anticipada de las decisiones en pacientes con dependencia funcional severa desde la atención primaria en salud [tesis de maestría]. Bogotá (Colombia): Universidad El Bosque; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/1758>
- ¹³⁴ Steinberg A, Callaway CW, Arnold RM, Cronberg T, Naito H, Dadon K, et al. Prognostication after cardiac arrest: results of an international, multi-professional survey. *Resuscitation.* 2019;138:146-152. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.03.013.
- ¹³⁵ Elmer J, Coppler PJ, Rata y C, Steinberg A, DiFiore-Sprouse S, Caso N, et al. Potential for recovery in patients after cardiac arrest who die following limitations or withdrawal of life support. *Resuscitation.* 2025;195:109903.
- ¹³⁶ Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Cien Saude Colet.* 2013;18(9):2645-51.