



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Voluntades anticipadas: autonomía y dignidad al final de la vida / Advance directives: autonomy and dignity at the end of life

Autores / Authors:

Susana Mena Zapata, Lina María Martínez Sánchez

DOI: [10.20986/resed.2026.4225/2025](https://doi.org/10.20986/resed.2026.4225/2025)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Mena Zapata Susana, Martínez Sánchez Lina María. Voluntades anticipadas: autonomía y dignidad al final de la vida / Advance directives: autonomy and dignity at the end of life. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2026. doi: 10.20986/resed.2026.4225/2025.

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: AUTONOMÍA Y DIGNIDAD AL FINAL DE LA VIDA

ADVANCE DIRECTIVES: AUTONOMY AND DIGNITY AT THE END OF LIFE

Lina María Martínez Sánchez¹ y Susana Mena Zapata²

¹Especialista en Hematología. Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. ²Estudiante de Medicina. Escuela Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

CORRESPONDENCIA:

Susana Mena Zapata

susana.menaz.col@upb.edu.co

Recibido: 20-05-2025

Aceptado: 09-02-2026

RESUMEN

La planificación anticipada de la atención médica por medio de las llamadas voluntades anticipadas es una herramienta que permite a los pacientes expresar, ya sea de forma oral o escrita, sus preferencias, valores y objetivos en relación con los tratamientos que desean o no recibir en el futuro, en caso de perder la capacidad de expresarlos por sí mismos, y es un mecanismo clave para garantizar el respeto por la autonomía del paciente que se ve en una situación clínica que imposibilita su comunicación. A pesar de que representa una estrategia esencial para la humanización de la atención sanitaria en el fin de vida, su integración en la práctica clínica aún resulta incierta, y en ese sentido, se enfatiza en la necesidad de explorarlo desde la Atención Primaria hasta el entorno hospitalario, lo que podría mejorar la calidad de vida, reducir la incertidumbre y fortalecer el vínculo entre paciente y profesional de la salud. El presente artículo realiza una revisión narrativa sobre los fundamentos conceptuales, normativos, clínicos y éticos

de las voluntades anticipadas, con énfasis en su aplicabilidad en el contexto colombiano. Para esto, se realizó una búsqueda de la literatura actual disponible relacionada con planificación anticipada de la atención, directrices anticipadas, cuidados paliativos y toma de decisiones al final de la vida en las bases de datos MedLine (PubMed), Lilacs y Science Direct, de los cuales 30 artículos fueron incluidos. Como resultados, se evidenció que, si bien está demostrado que las voluntades anticipadas contribuyen a favorecer la atención médica integral y mejoran la calidad de vida del paciente y su entorno, existen barreras importantes para su implementación. Finalmente, se concluye que estas representan una herramienta esencial para promover una atención ética, individualizada y respetuosa al final de la vida, y su fortalecimiento requiere la formación de profesionales de la salud, así como de políticas públicas que faciliten su acceso y aplicación efectiva.

Palabras clave: Cuidado terminal, respeto personal, voluntad en vida, cuidados paliativos al final de la vida.

ABSTRACT

Advance care planning by means of the so-called advance directives is a tool that allows patients to express, either orally or in writing, their preferences, values and goals in regarding the treatments they wish or do not wish to receive in the future, in the event of losing the capacity to communicate them themselves. It is a key mechanism to ensure respect for the autonomy of patients who find themselves in a clinical situation that makes it impossible for them to communicate. Although it represents an essential strategy for the humanization of end-of-life care, its integration into clinical practice remains uncertain. Therefore, there is a need to explore its implementation from primary care to the hospital settings, which could improve quality of life, reduce uncertainty and strengthen the bond between patients and health care professionals. This article provides a narrative review of the conceptual, regulatory, clinical and ethical foundations of advance directives, with an emphasis on their applicability in the Colombian context. To this end, a search was conducted into the current literature available on advanced care planning, advanced directives, palliative care, and end-of-life

decision-making in the MedLine (PubMed), Lilacs, and Science Direct databases, from which 30 articles were included. The results showed that, although advance directives have been shown to contribute to comprehensive medical care and improve the quality of life of patients and their families, there are significant barriers to their implementation. Finally, it was concluded that advanced directives are an essential tool for promoting ethical, individualized, and respectful end-of-life care, and that strengthening them requires the training of health professionals, as well as public policies that facilitate their access and effective application.

Key words: Terminal care, personal respect, living wills, hospice care.

INTRODUCCIÓN

La planificación de la atención médica anticipada (ACP, por sus siglas en inglés), o voluntad anticipada, describe el proceso mediante el cual las personas de cualquier edad o etapa de salud pueden compartir sus valores personales, objetivos de vida y preferencias respecto a la atención médica futura (1-5). Su finalidad es proteger el derecho del paciente a tomar decisiones autónomas en caso de que pierda la capacidad de expresar sus deseos, como puede ocurrir al final de la vida (4). Fue en 1967 cuando la Euthanasia Society of America propuso la primera directiva anticipada, con el objetivo evitar que un paciente sea sometido a tratamientos sin su consentimiento (6,7).

El final de la vida es un momento crucial donde resulta indispensable garantizar que la toma de decisiones del paciente represente su voluntad, protegiendo su derecho a una muerte digna (4,5). Se ha demostrado que la planificación anticipada se asocia con una reducción en el número de hospitalizaciones, ingresos en unidades de cuidados intensivos y procedimientos médicos invasivos, así como contribuir a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión en pacientes y cuidadores, mejorando la calidad de vida para ambos (1,8-10).

Los beneficios y motivaciones que impulsan a las personas a firmar un documento de voluntad anticipada incluyen el deseo de ejercer la autonomía personal, preservar la calidad de vida, mantener la autosuficiencia y aliviar a los familiares del peso de tomar decisiones complejas (11-13).

Por lo tanto, la presente revisión narrativa tiene como objetivo sintetizar y presentar los fundamentos conceptuales, normativos, clínicos y éticos actuales de las voluntades anticipadas, con énfasis en su aplicabilidad en el contexto colombiano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda narrativa de la literatura en las bases de datos MedLine (PubMed), Lilacs y Science Direct, empleando la combinación mediante operadores booleanos de palabras clave y términos MeSH en la siguiente fórmula: (advanced directives) AND (end-of-life care) en búsquedas individualizadas.

La búsqueda bibliográfica fue realizada independientemente por las autoras, y se centró en el periodo comprendido entre 2020 y 2025, con el fin de garantizar que la presente revisión refleje el estado actual del conocimiento relacionado con voluntades anticipadas. No obstante, se incluyeron estudios anteriores a este periodo, obtenidos mediante búsquedas manuales y revisión de referencias de los artículos seleccionados, ya que sus hallazgos fueron considerados fundamentales para el enriquecimiento de la presente revisión y su contextualización.

Se emplearon como criterios de inclusión: artículos originales, revisiones sistemáticas, reportes de caso y metanálisis publicados hasta el año 2025 en idioma español o inglés. Como criterios de exclusión, se descartaron los artículos duplicados, no disponibles, cartas al editor, así como los considerados poco relevantes para el objetivo de la revisión, a través de una revisión minuciosa de los títulos y resúmenes de los artículos encontrados. Posteriormente se descargaron los manuscritos completos de los artículos seleccionados, se realizó lectura minuciosa del texto completo, y de los 1507 artículos encontrados en la búsqueda inicial, fueron escogidos 30 artículos que contenían la información necesaria para la actual revisión (Figura 1).

RESULTADOS

En la presente revisión, 30 estudios cumplieron con los criterios de elegibilidad para dar respuesta al objetivo planteado, cuyas características y hallazgos principales se sintetizan en la Tabla I.

Fundamentos y principios de las voluntades anticipadas

Los documentos de voluntades anticipadas surgieron en Estados Unidos como respuesta a las posibles dificultades en la toma de decisiones entre pacientes y profesionales de la salud en las cuestiones de fin de vida (6). A nivel internacional, existen variaciones significativas en la terminología, documentación y marcos legislativos relacionados con las voluntades anticipadas (8,9). Lo anterior, se convierte en una limitación por la falta de homogeneidad de este proceso, las confusiones conceptuales, además del uso de un lenguaje jurídico complejo durante su ejercicio, lo que explicaría la falta de conocimiento entre los profesionales de la salud (6,14).

El documento puede ser suscrito por una persona capaz, sana, o en estado de enfermedad, pero en pleno uso de sus facultades mentales, que declara su voluntad libre de no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida, en previsión de no poder tomar estas decisiones en el futuro. En Colombia, existen leyes como la Ley Consuelo Devis Saavedra, que reglamentan este ejercicio de autonomía (Tabla II).

Sin embargo, persiste la necesidad de desarrollar políticas sobre el almacenamiento, recuperación e implementación de estos documentos. La integración del documento en la historia clínica electrónica podría facilitar su acceso por parte de los profesionales sanitarios, y asegurar decisiones oportunas que coincidan con los deseos de los pacientes en fin de vida (13,15,16). El contenido del documento de voluntad anticipada se presenta en la Tabla III.

Aplicabilidad de las voluntades anticipadas

Hasta el momento no existe un consenso que guíe el abordaje sistemático y apropiado de las voluntades anticipadas. Las recomendaciones generales disponibles sobre quién debe aplicarlas, incluyen que la discusión debe ser abierta por una persona capacitada formalmente, como un profesional de la salud, trabajador social, abogado, o en general, alguien con el conocimiento adecuado sobre los padecimientos del paciente, su

pronóstico, y posibles tratamientos, y quien, en teoría, debería ayudarlo con la redacción y con la recopilación de cambios futuros (18).

Tampoco existen indicaciones precisas sobre el momento perfecto para escribir las voluntades anticipadas, solo sugerencias que dependerán de si la persona está sana, crónicamente enferma, o con riesgo de muerte inminente, pues, para el primer caso, imaginar enfermedades, incapacidades o desenlaces desfavorables puede significar un desafío para adultos jóvenes sanos y afectar la precisión de las preferencias expresadas, mientras que las decisiones tomadas en presencia de una afección aguda se asocian con una mayor probabilidad de preferencias de cuidado agresivas, resultado de discusiones apresuradas, presión y/o miedo a morir (18,19). Ahora bien, en situaciones clínicas donde el paciente corre riesgo de perder sus facultades mentales, como en el caso de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia, no se recomienda postponer la planificación anticipada de la atención (18,19).

Idealmente, deben ofrecerse durante la práctica clínica de rutina, antes de que el paciente se encuentre o sienta gravemente mal. Algunos autores incluso sugieren iniciar la discusión desde la Atención Primaria o ambulatoria a través del médico de cabecera. De igual forma, los hogares de ancianos resaltan como un entorno adecuado, pues generalmente abren la posibilidad de conocer al paciente, reunirse con sus familias y discutir futuras opciones médicas en un espacio seguro. Sin embargo, muchas personas también son ingresadas en estos centros en situación de abandono, deterioro cognitivo o discapacidad (18).

Consideraciones éticas de las voluntades anticipadas

Los principios bioéticos reconocidos universalmente son los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y el cumplimiento y respeto de estos es uno de los aspectos fundamentales de la ética médica. La autonomía, particularmente, corresponde al derecho del paciente a la autodeterminación, es decir, a tomar decisiones en cuanto a su atención médica, cómo y cuándo recibirla, y a que estas decisiones le sean respetadas, y dicha protección se puede lograr mediante el uso de las llamadas “voluntades anticipadas” (20).

Los cuidados al final de la vida, y con ellos las voluntades anticipadas, se han convertido en un tema cada vez más importante en la práctica clínica. Estas son instrucciones orales y/o escritas sobre lo que respecta a la futura atención médica de un paciente, en el caso de que este se vuelva incapaz de comunicarse o pierda la capacidad de tomar decisiones por cualquier motivo, e incluyen los testamentos, poderes, y órdenes médicas, como la de no reanimar, entre otras situaciones que se exponen en la Tabla IV. En la práctica clínica, frecuentemente no es fácil conciliar estas decisiones previamente expresadas por el paciente, con las decisiones que el clínico puede tomar (20,21).

Desde una perspectiva bioética, es el paciente, más que su familia, apoderado o médico, quien toma las decisiones sobre los tratamientos y sus límites, sin embargo, si este ha perdido la capacidad de decidir, son estos quienes pasan a asumir la responsabilidad (20). Un apoderado de atención médica es una persona designada por el paciente para tomar decisiones en su nombre cuando este pierda la capacidad de hacerlo, y se considera su representante legal en situaciones de deterioro médico grave, pues su responsabilidad es decidir lo que el paciente quiere ante tratamientos, procedimientos, y la posibilidad de soporte vital, incluso si sus propios deseos son diferentes. Hasta los 18 años, son los padres o tutores legales quienes generalmente asumen el rol de apoderado, y a partir de los 18 años, puede ser designado un miembro de la familia, amigo, o cualquier otra persona (20).

Al final de la vida, la prioridad de tomar decisiones pertenece únicamente al paciente, y si este ha perdido la capacidad, se toman de acuerdo con sus voluntades anticipadas, en caso de que existan. Un paciente tiene el derecho a exigir la terminación de un tratamiento, a rechazarlo por completo y a la interrupción de un soporte vital, así como a expresar sus preferencias de forma autónoma, las cuales deben satisfacerse con respeto ético (20,21).

En caso de no existir voluntades anticipadas, el principio de beneficencia implica que el médico defienda la intervención más útil para un paciente dado, y debe abogar por un enfoque que propicie la mejor atención posible que se encuentre disponible, así como proteger su vida, lo que no debe ser confundido con el uso de recursos innecesarios o que resulten fútiles. La no maleficencia, por su parte, se refiere a abstenerse de causar daño innecesario o, en caso de hacerlo, que el beneficio sea mayor y no sea con la

intención directa de dañar al paciente. Por último, el principio de justicia consiste en garantizar imparcialidad y equidad en la prestación de servicios de salud (19-21).

De este modo, en el marco de la bioética clínica, las voluntades anticipadas encuentran su fundamento en los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (25). En primer lugar, el principio de autonomía reconoce el derecho de toda persona a decidir libremente sobre su propio cuerpo y sobre los tratamientos que desea o no recibir en el futuro, especialmente en situaciones en las que se vea incapacitado para expresarlo por sí mismo (25). Las voluntades anticipadas representan, por tanto, una extensión de la autodeterminación personal, y un mecanismo para garantizar que las decisiones clínicas respeten los valores y preferencias de los pacientes (20-24).

Asimismo, el principio de beneficencia orienta a los profesionales sanitarios a actuar buscando el mayor beneficio posible para los pacientes, no únicamente desde una perspectiva biomédica, sino también considerando su dimensión humana, emocional y espiritual (20-24). En este sentido, respetar las voluntades anticipadas implica reconocer que el bien del paciente no siempre se traduce en prolongar la vida a cualquier costo, sino en ofrecer cuidados coherentes con sus expectativas vitales y su dignidad humana (20-22). Por su parte, la no maleficencia cobra especial relevancia en los procesos de fin de vida, pues existe el riesgo de incurrir en intervenciones fútiles o desproporcionadas que prolonguen el sufrimiento sin aportar beneficios reales (20-22). La planificación anticipada de la atención médica permite prevenir escenarios de encarnizamiento terapéutico, promoviendo una atención más prudente y centrada en la calidad de vida. Finalmente, el principio de justicia exige garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a este derecho, evitando desigualdades derivadas de barreras sociales, culturales o económicas (20-22). De este modo, las voluntades anticipadas no solo constituyen un instrumento medicolegal, sino también una herramienta ética fundamental para asegurar el respeto a la dignidad humana en el proceso de morir.

Impacto emocional y abordaje de los deseos al final de la vida

Es común encontrar que el entorno familiar de los pacientes desconozca el documento de voluntades anticipadas, sin embargo, suele existir gran interés por el mismo (23). La

inexistencia del documento puede generar mucha inquietud al entorno afectivo, quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones por el paciente, donde no siempre existe un consenso entre todos los familiares y el personal de salud respecto a las decisiones terapéuticas, lo cual genera ansiedad, desazón e incluso sentimientos de culpa (5,22).

El acompañamiento de los adultos mayores ante el sufrimiento y el dolor al final de la vida es necesario, fundamentalmente en la esfera emocional, ofreciendo un entorno sin juicios o discriminación, donde se planteen soluciones que les permitan en esos últimos días una oportunidad para subsanar temas personales y familiares (5). Es importante respetar las decisiones de los pacientes, incluidas las condiciones en las que desean llegar a sus últimos días, ya que generalmente los familiares no lo hacen (17).

En el estudio realizado por Torrens y cols. mencionan que los familiares de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 24 horas posteriores al ingreso, lo que implica que el núcleo familiar involucrado requiere de apoyo emocional y una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente por parte del personal médico tratante (25,26). En la Tabla V se exponen otras situaciones que causan ansiedad en los familiares de pacientes hospitalizados.

El final de la vida, sin duda, no es un proceso únicamente biológico, sino una experiencia profundamente emocional, tanto para el paciente como para su entorno familiar y su equipo sanitario. En este contexto, las voluntades anticipadas adquieren un valor esencial al permitir que la persona exprese no solo sus deseos en cuanto a la atención médica, sino también sus deseos existenciales relacionados con el modo en el que quiere ser cuidada, el lugar donde desea morir y el acompañamiento que considera pertinente durante este proceso.

La anticipación de decisiones puede disminuir la ansiedad y el miedo derivados de la incertidumbre, otorgando al paciente un mayor sentido de control y tranquilidad (28). De igual manera, facilita conversaciones tempranas sobre expectativas, límites terapéuticos y objetivos del cuidado, fortaleciendo una relación médico-paciente basada en la confianza y el respeto (29). Para las familias, disponer de voluntades anticipadas reduce la carga emocional y el conflicto moral que suele surgir cuando deben tomar decisiones críticas en momentos de crisis, y diversos estudios han señalado que la ausencia de esta planificación puede incrementar el sufrimiento familiar y complejizar

los procesos de duelo, mientras que la existencia de directrices claras favorece un afrontamiento más saludable (30).

En cuanto al equipo sanitario, el abordaje emocional exige competencias comunicativas y sensibilidad, ya que el hablar de la muerte continúa siendo un desafío cultural y profesional. La planificación anticipada debe entenderse entonces como un proceso continuo, centrado en la escucha activa, la empatía y el acompañamiento, más que como un simple documento administrativo (28-30). Así, las voluntades anticipadas se convierten en un puente entre la autonomía personal y la compasión en el cuidado, reforzando la dignidad del paciente como el eje central de los cuidados paliativos.

Voluntades anticipadas en pediatría

Existen inconsistencias y falta de claridad con respecto a la planificación de voluntades anticipadas en niños con enfermedades graves potencialmente mortales o limitantes de la vida y, sin duda, esta requiere de un alto grado de competencia en comunicación debido a las barreras adicionales que enfrentan los médicos pediátricos. No obstante, esta se ha vuelto cada vez más importante a medida que el panorama de la atención médica cambia, pues cada vez son más los niños que viven con condiciones médicas complejas por tiempo más prolongado, con mayores necesidades de cuidado, y cada vez más frágiles (31).

Los padres, quienes por lo general se encargan de la mayor parte de la atención, requieren que sus profesionales de salud puedan apoyar planificaciones y voluntades que coincidan con el curso de la enfermedad del niño, sus propios valores, y los deseos de ambos (31). Los clínicos y cuidadores deben compartir y comprender las expectativas y necesidades del paciente y su familia, para desarrollar objetivos compartidos, discutir el pronóstico con veracidad sin dejar de ser empáticos, y generar espacios de conversación seguros (31).

En Colombia, los adolescentes de 14 a 18 años tienen derecho a manifestar sus voluntades como forma de documento y/o a través de otros medios tecnológicos, lo cual se encuentra ratificado en la resolución 825 del 2018, donde se reglamenta el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, quienes, ante una enfermedad

terminal o amenazante para la vida, y sin una posibilidad razonable de cura, tienen el mismo derecho que la población adulta a suscribir sus voluntades anticipadas (32).

Argumentar que el niño no tiene autonomía constituye un grave error, pues si bien esta se encuentra en desarrollo, es deber del equipo asistencial reconocer su derecho para decidir, interrogarlo, orientarlo, consignarlo y conservarlo, en diferentes categorías en la medida de su desarrollo cognitivo, considerando su edad, grado de comprensión y madurez (31,32).

DISCUSIÓN

Los hallazgos presentados confirman que las voluntades anticipadas resultan una herramienta primordial para evitar intervenciones fútiles, y favorecen un abordaje paliativo centrado en las necesidades, deseos y creencias del paciente. La literatura coincide en que su aplicación temprana reduce hospitalizaciones, ingresos a unidades de alta dependencia y procedimientos invasivos. La discusión en torno a las voluntades anticipadas evidencia que, si bien se trata de un derecho ampliamente reconocido en muchos marcos legales contemporáneos, su implementación práctica continúa siendo desigual y enfrenta múltiples desafíos.

En países como España, las políticas reguladoras de las voluntades anticipadas surgieron con la creación de la Ley 41/2002, la cual regula la autonomía y los derechos de los pacientes, y posteriormente, se publicó el Real Decreto 124/2007, que regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas, es decir, los testamentos vitales de los ciudadanos sobre su salud y destino de su cuerpo (33). Sin embargo, no es posible afirmar que los conceptos de planificación anticipada de la atención estén difundidos globalmente en el sistema sanitario español en su conjunto (34).

A nivel internacional, la situación presenta importantes contrastes. En Estados Unidos, las directrices anticipadas se encuentran disponibles desde hace décadas, especialmente desde la aprobación del “Patient Self-Determination Act”, una ley federal de 1990 que exige a las instituciones sanitarias informar a los pacientes de sus derechos a tomar decisiones médicas, incluido el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, y a solicitar instrucciones anticipadas (35). No obstante, su efectividad depende en gran medida de que existan conversaciones previas entre pacientes, familias y médicos, ya

que la simple firma de documentos no garantiza su cumplimiento clínico. Estudios norteamericanos muestran que la falta de actualización y la ausencia de su integración en la historia clínica siguen siendo obstáculos frecuentes (35,36).

En otros países europeos como Países Bajos y Bélgica, por el contrario, se observa una integración más sistemática de estos procesos de planificación anticipada vinculada al cuidado paliativo dentro del sistema sanitario (37,38). Allí, las voluntades anticipadas suelen formar parte de un enfoque continuo de toma de decisiones compartida, respaldado por estructuras institucionales y registros más consolidados (37,38).

En Australia y Canadá, la literatura destaca avances importantes en la digitalización y en la creación de sistemas interconectados que facilitan el acceso del personal sanitario a las preferencias en salud de los pacientes. A pesar de esto, también se han descrito dilemas éticos relacionados con la interpretación de estos documentos, la falta de actualización constante de dichos deseos y los conflictos entre familiares y profesionales (39).

En América Latina y el Caribe, incluida Colombia, el panorama presenta retos particulares. Aunque algunos países han avanzado en normativas sobre muerte digna y cuidados paliativos, persisten barreras estructurales como la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la baja alfabetización sanitaria y la escasa formación de los profesionales en comunicación al final de la vida (40,41). Además, factores culturales y religiosos pueden influir en la aceptación social de estos instrumentos.

Por otra parte, en el campo del fortalecimiento de la planificación anticipada de la atención, la evidencia sugiere iniciar las conversaciones antes de que ocurran crisis de salud, e idealmente en el entorno ambulatorio, usar la tecnología para integrarlas en registros digitales nacionales, y adaptar culturalmente las estrategias con las comunidades. En consecuencia, fortalecer la planificación anticipada requiere no solo marcos legales, sino también políticas públicas efectivas, educación comunitaria y capacitación sanitaria. Las voluntades anticipadas deben concebirse como un proceso dinámico de diálogo más que como un trámite, con el fin de garantizar verdaderamente la autonomía y la dignidad de las personas en el final de la vida.

CONCLUSIONES

Las voluntades anticipadas representan una herramienta legal, clínica y social fundamental para garantizar la autodeterminación del paciente, permitiendo que sus deseos respecto a los cuidados al final de la vida sean respetados, incluso en momentos en los que no pueda expresarlos por sí mismo. Su implementación sin duda mejora la calidad de vida del paciente y su entorno.

La dimensión emocional de los pacientes y sus familias debe ser considerada como parte integral del cuidado, proporcionando acompañamiento, espacios seguros para la comunicación clara sobre el estado de salud y pronóstico del paciente, y para la toma de decisiones conjuntas basadas en la evidencia científica y respaldadas en los principios bioéticos del quehacer médico.

La actual revisión presenta limitaciones propias de su diseño narrativo, así como la posible omisión de literatura relevante y la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. No se realizó evaluación formal de calidad de los estudios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chauhan A, Chitkara U, Walsan R, Sansom-Daly UM, Manias E, Seah D, et al. Co-designing strategies to improve advance care planning among people from culturally and linguistically diverse backgrounds with cancer: iCanCarePlan study protocol. BMC Palliat Care. 2024;23(1):123. DOI: 10.1186/s12904-024-01453-z.
2. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary

- Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-32.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.
3. Rosa WE, Izumi S, Sullivan DR, Lakin J, Rosenberg AR, Creutzfeldt CJ, et al. Advance Care Planning in Serious Illness: A Narrative Review. *J Pain Symptom Manage.* 2023;65(1):e63-e78. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2022.08.012.
 4. Bolívar P, Gómez A. Voluntades anticipadas en Colombia desde la Resolución 1015. *Rev Latinoam Bioet.* 2016;17(1):225-7.
 5. Carrillo S, Lorduy J. Conocimiento acerca de las voluntades anticipadas por parte del adulto mayor del Hogar San Pedro Claver 2015-2016. *Rev CSV.* 2017;9(2):57-66.
 6. Forero J, Vargas I, Bernal M. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Pers Bioet.* 2019; 23(2):224-44. DOI: 10.5294/pebi.2019.23.2.5.
 7. Cantalejo I, Lorda P, Gutiérrez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nur Invest.* 2004;(5):1-9.
 8. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med.* 2014;28(8):1000-25. DOI: 10.1177/0269216314526272.
 9. Detering KM, Buck K, Ruseckaite R, Kelly H, Sellars M, Sinclair C, et al. Prevalence and correlates of advance care directives among older Australians accessing health and residential aged care services: multicentre audit study. *BMJ Open.* 2019;9(1):e025255. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025255.
 10. Roeland EJ, Lindley LC, Gilbertson-White S, Saeidzadeh S, Currie ER, Friedman S, et al. End-of-life care among adolescent and young adult patients with cancer living in poverty. *Cancer.* 2020;126(4):886-93. DOI: 10.1002/cncr.32609.
 11. Ho AH, Leung PP, Tse DM, Pang SM, Chochinov HM, Neimeyer RA, et al. Dignity amidst liminality: healing within suffering among Chinese terminal cancer patients. *Death Stud.* 2013;37(10):953-70. DOI: 10.1080/07481187.2012.703078.
 12. Levi BH, Dellasega C, Whitehead M, Green MJ. What influences individuals to engage in advance care planning? *Am J Hosp Palliat Care.* 2010;27(5):306-12. DOI: 10.1177/1049909109355280.

13. Hemsley B, Meredith J, Bryant L, Wilson NJ, Higgins I, Georgiou A, et al. An integrative review of stakeholder views on Advance Care Directives (ACD): Barriers and facilitators to initiation, documentation, storage, and implementation. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1067-79. DOI: 10.1016/j.pec.2019.01.007.
14. Trarieux-Signol S, Moreau S, Gourin MP, Penot A, Edoux de Lafont G, Preux PM, et al. Factors associated with the designation of a health care proxy and writing advance directives for patients suffering from haematological malignancies. *BMC Palliat Care*. 2014;13:57. DOI: 10.1186/1472-684X-13-57.
15. McCarthy S, Meredith J, Bryant L, Hemsley B. Legal and Ethical Issues Surrounding Advance Care Directives in Australia: Implications for the Advance Care Planning Document in the Australian My Health Record. *J Law Med*. 2017;25(1):136-49.
16. Johnson CE, Singer R, Masso M, Sellars M, Silvester W. Palliative care health professionals' experiences of caring for patients with advance care directives. *Aust Health Rev*. 2015;39(2):154-59. DOI: 10.1071/AH14119.
17. Ramírez R, Aristizábal L, Gómez L, Dueñas E, Ramírez S, Soto M. Voluntad anticipada versus distanasia en la atención del adulto mayor con COVID-19 y enfermedad renal. *Rev. Colomb. Nefrol*. 2020;7(2):17-29.
18. Sadini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(2):325-30. DOI: 10.1007/s40520-021-02001-y.
19. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: What Do We Know and Where Do We Go? A Scoping Review. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(1):234-44. DOI: 10.1111/jgs.16801.
20. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med*. 2021;9:20503121211000918. DOI: 10.1177/20503121211000918.
21. Barragan-Carrillo R, Pabon CM, Chavarri-Guerra Y, Soto-Perez-de-Celis E, Duma N. End-of-Life Care and Advanced Directives in Hispanic/Latinx Patients: Challenges and Solutions for the Practicing Oncologist. *Oncologist*. 2022;27(12):1074-80. DOI: 10.1093/oncolo/oyac211.

22. Vearrier L. Failure of the Current Advance Care Planning Paradigm: Advocating for a Communications-Based Approach. *HEC Forum*. 2016;28(4):339-54. DOI: 10.1007/s10730-016-9305-0.
23. Gabler NB, Cooney E, Small DS, Troxel AB, Arnold RM, White DB, et al. Default options in advance directives: study protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2016;6(6):e010628. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010628.
24. Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*. 2016;42(8):566-74. DOI: 10.1016/j.semERG.2015.11.006.
25. Lima JS, Lima JG, Lima SI, Alves HK, Rodrigues WF. Diretivas antecipadas de vontade: autonomia do paciente e segurança profissional. *Revista Bioética*. 2022;30(4):769-79. DOI: 10.1590/1983-80422022304568en.
26. Torrents R, Torras E, Saucedo M, Surroca L, Jover C. Impacto de los familiares del paciente crítico: Ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003; 14(2):49-60. DOI: 10.1016/S1130-2399(03)78104-8.
27. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1297-309. DOI: 10.15649/cuidarte.v7i2.330.
28. Yeun YR. The Effects of Advance Care Planning on Decision Conflict and Psychological Distress: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Hosp Palliat Care*. 2021;24(3):144-53. DOI: 10.14475/jhpc.2021.24.3.144.
29. Thomas J, Vandenbroucke A, Queale K. Advance Care Planning: Advance Directives and Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. *Physician Assist Clin*. 2018;3(4):495-503. DOI: 10.1016/j.cpha.2018.05.004.
30. Tsubaki M, Aoyagi H, Ito Y, Kobayashi M, Ushiwata A. Effects of Advance Care Planning on the Mental Health of Bereaved Families: A Systematic Review. *Cureus*. 2025;17(4):e82403. DOI: 10.7759/cureus.82403.
31. Lusney N, van Breemen C, Lim E, Pawliuk C, Hussein Z. Pediatric Advance Care Planning: A Scoping Review. *Children (Basel)*. 2023;10(7):1179. DOI: 10.3390/children10071179.
32. González-Cruz LR, Parra-García JC. Reflexiones sobre voluntades anticipadas en pediatría. *Meridiano. Rev. Colomb. Salud. Ment*. 2024;3(1):22-9.

33. Juliá-Sanchis R, García-Sanjuan S, Zaragoza-Martí MF, Cabañero-Martínez MJ. Advance healthcare directives in mental health: A qualitative analysis from a Spanish healthcare professional's viewpoint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019;26:223-32. DOI: 10.1111/jpm.12539.
34. Lasmarías C, Carrero V, Fernández-Bueno J, García-Llana H, Granero-Moya N, Júdez J, et al. Advance Care Planning in Spain. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2023;180:143-49. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.011.
35. Wilkinson AM. Advance directives and Advance Care Planning: the US experience. OUP Academic. 2010;1:189-204.
36. Fromme E, Montgomery C, Hickman S. Advance Care Planning in the United States: A 2023 review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2023;180:59-63. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.006.
37. Dupont C, De Vleminck A, Deliens L, Gilissen J. Advance Care Planning in Belgium. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2023;S1865-9217(23):00078-8.
38. van der Steen JT, de Wit EJ, Visser M, Nakanishi M, Van den Block L, Korlage IJ, et al. How international experts would define advance care planning: a context analysis. *Ann of Palliat Med*. 2024;13(6):1409-19. DOI: 10.21037/apm-24-57.
39. Haining CM. Developments in Advance Care Planning in Australia: Potential Opportunities and Roadblocks for an Increasingly Digital World. *Bioethical Inquiry*. 2024;21:595-601. DOI: 10.1007/s11673-024-10396-2.
40. Tardelli NR, Fukushima FB, van der Steen JT, Cobas-Rodríguez MI, Mikelyte R, Neves-Forte D, et al. Mapping advance care planning and advance directives in Latin America. *BMC Palliat Care*. 2025;24:226. DOI: 10.1186/s12904-025-01849-5.
41. Moncaleano-Sáenz JA, Rodríguez-Sánchez MP, Hernández-Flórez C, Gómez-Restrepo C, Ruiz-Parra AI, González-González CA. Conocimiento médico y aplicación del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones. *Medicina y ética*. 2025;36(3):938-1009. DOI: 10.36105/mye.2025v36n3.03.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de filtración de artículos.

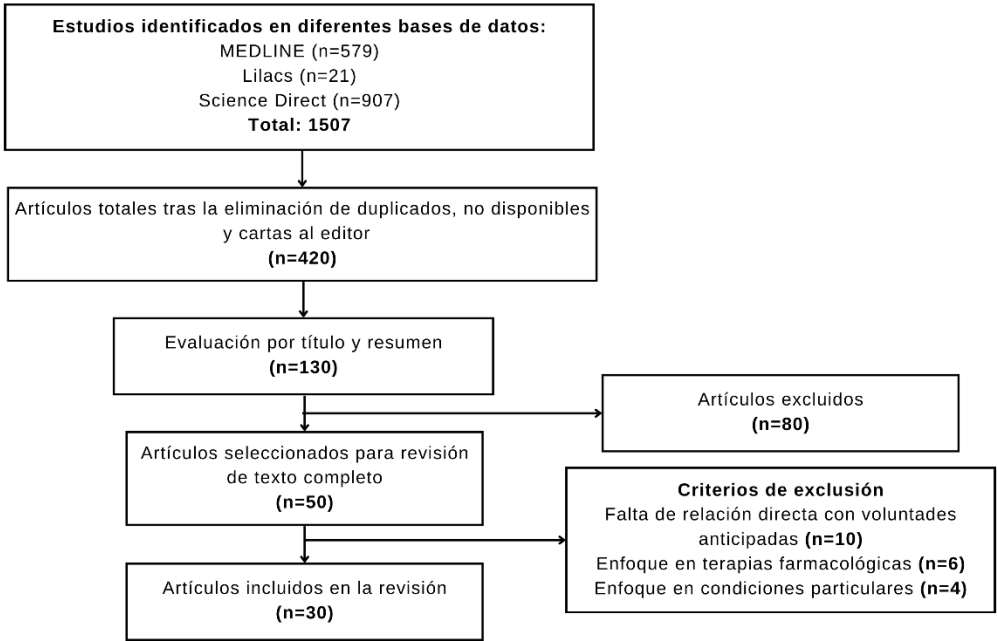


Tabla I. Características y principales hallazgos de los estudios incluidos

Autor	Tipo de estudio	Conclusiones principales
Chauhan y cols., 2024	Estudio prospectivo mixto	El codiseño permite desarrollar estrategias de ACP* culturalmente adaptadas para minorías lingüísticas
Sudore y cols., 2017	Estudio de consenso multidisciplinario	Define la ACP como un proceso que apoya a los adultos de cualquier edad, centrado en el apoyo a la toma de decisiones según valores personales
Rosa y cols., 2023	Revisión narrativa	La ACP debe ser un proceso dinámico centrado en la comunicación y requiere una comunicación continua más allá de la simple firma de un documento
Bolívar y cols., 2016	Artículo de reflexión	La Resolución 1015 establece el marco legal colombiano para el ejercicio de la autonomía en voluntades anticipadas
Carrillo y cols., 2017	Estudio observacional descriptivo transversal	Se evidencia un bajo nivel de conocimiento sobre el derecho y trámite de las voluntades anticipadas
Forero y cols., 2019	Artículo de reflexión	Los principales desafíos éticos de la ACP radican en la interpretación de la voluntad del paciente en estado de vulnerabilidad
Cantalejo y cols., 2004	Revisión narrativa	La transición de “instrucciones previas” a “planificación anticipada” mejora la calidad asistencial al final de la vida
Brinkman-Stoppelenburg y cols., 2014	Revisión sistemática	La ACP disminuye significativamente los tratamientos agresivos no deseados en la etapa terminal, aumenta el cumplimiento de deseos y reduce hospitalizaciones
Detering y cols., 2019	Estudio observacional descriptivo transversal	La prevalencia de directrices sigue siendo baja pese a la evidencia, y se asocia significativamente con la edad avanzada y el tipo de centro de cuidado
Roeland y cols., 2020	Estudio observacional descriptivo transversal	Vivir en condiciones de pobreza se asocia con un menor uso de servicios de cuidados paliativos y ACP
Ho y cols., 2013	Estudio cualitativo de corte fenomenológico	El sentido de dignidad se mantiene a través del alivio del sufrimiento y la reconciliación familiar
Levi y cols., 2010	Estudio observacional descriptivo analítico	El conocimiento previo y la experiencia con la muerte de terceros influyen en el compromiso con el ACP
Hemsley y cols., 2019	Revisión integrativa	Las barreras tecnológicas y la falta de formación médica impiden la implementación efectiva del ACP
Trarieux-Signol y cols., 2014	Estudio observacional descriptivo transversal	Menos de un tercio de los pacientes con cáncer hematológico designan un representante de salud formal
McCarthy y cols., 2017	Artículo de reflexión	Existen desafíos al digitalizar documentos legales en salud, planteando riesgos de privacidad, pero facilitando el acceso en emergencias

Johnson y cols., 2015	Estudio descriptivo	cualitativo	Los profesionales perciben inseguridad jurídica al aplicar voluntades anticipadas en casos de duda clínica
Ramírez y cols., 2020	Artículo de reflexión		La ACP previene la distanasia y asegura una muerte digna en contextos de colapso sanitario
Sedini y cols., 2022	Revisión narrativa		La falta de tiempo en la consulta médica se identifica como la principal barrera operativa para la ACP
McMahan y cols., 2021	Revisión sistemática		Los resultados de la ACP deben medirse por la concordancia del cuidado con los valores, no solo por tener un papel firmado
Akdeniz y cols., 2021	Revisión narrativa		La autonomía y la beneficencia deben equilibrarse mediante procesos de decisión compartida
Barragan-Carrillo y cols., 2022	Revisión narrativa		Las barreras culturales y de lenguaje requieren enfoques de ACP adaptados específicamente para la población latina
Vearrier y cols., 2016	Artículo de reflexión		El modelo actual falla por centrarse en documentos; se debe transitar hacia un enfoque basado en la comunicación
Gabler y cols., 2016	Ensayo clínico aleatorizado		El uso de opciones por defecto en ACP puede influir significativamente en las elecciones de cuidado de los pacientes
Pérez, 2016	Revisión narrativa		La adecuación del esfuerzo terapéutico permite una atención ética y humana, evitando intervenciones fútiles
Lima y cols., 2022	Estudio descriptivo y reflexivo		Fortalecen la autonomía del paciente y le proporcionan seguridad jurídica al profesional frente a dilemas de fin de vida
Torrents y cols., 2003	Estudio observacional descriptivo prospectivo		Una acogida protocolizada mejora la satisfacción de los familiares y reduce su nivel de ansiedad inicial
Bautista y cols., 2016	Estudio observacional descriptivo transversal		La percepción de apoyo emocional y una comunicación clara son determinantes en la satisfacción de las familias en la UCI
Yeun, 2021	Revisión sistemática y metaanálisis		El ACP reduce el conflicto en la toma de decisiones y disminuye el distrés psicológico en pacientes y sus familias
Thomas y cols., 2018	Revisión narrativa		La integración de órdenes médicas para el soporte vital junto a la ACP asegura una ejecución más precisa de los deseos del paciente
Tsubaki y cols., 2025	Revisión sistemática		La ACP tiene un efecto protector en la salud mental de los familiares, reduciendo síntomas de depresión y duelo complicado
Lusney y cols., 2023	Revisión sistemática		La ACP pediátrica requiere un enfoque centrado en la familia y adaptado al desarrollo del niño
González-Cruz y cols., 2024	Artículo de reflexión		Es necesario involucrar a los menores en sus propias decisiones de salud según su madurez y capacidad
Juliá-Sanchis y cols., 2019	Estudio cualitativo		Los profesionales identifican la falta de información y la complejidad del diagnóstico como barreras para la aplicación de voluntades anticipadas

Lasmariás y cols., 2023	Revisión narrativa	A pesar de los avances legales, existe una implementación desigual entre regiones y una necesidad urgente de integrar el ACP en la práctica clínica rutinaria
Wilkinson, 2010	Capítulo de libro	La evolución legal en EE. UU. demuestra que la ACP es más efectiva cuando se acompaña de educación pública masiva
Fromme y cols., 2023	Revisión narrativa	La ACP ha evolucionado hacia la toma de decisiones compartida, priorizando calidad de vida sobre longevidad
Dupont y cols., 2023	Revisión narrativa	La implementación de la ACP en Bélgica destaca por una fuerte integración con servicios de eutanasia y cuidado paliativo
van der Steen y cols., 2024	Estudio de consenso internacional	La definición de ACP varía según el contexto cultural, pero los expertos coinciden en que el elemento central es la comunicación
Haining, 2024	Revisión narrativa	El mundo digital ofrece oportunidades de acceso inmediato a ACP, pero enfrenta bloqueos por riesgos de ciberseguridad
Tardelli y cols., 2025	Estudio de mapeo	Existe una gran heterogeneidad en la región, mientras algunos países tienen leyes robustas, la mayoría carece de protocolos clínicos de aplicación
Moncaleano-Sáenz y cols., 2025	Estudio observacional analítico	Persiste un bajo nivel de conocimiento técnico entre los médicos sobre la aplicación del ACP

*ACP: planificación de la atención médica anticipada.

Tabla II. Legislación de las voluntades anticipadas en Colombia (4).

Ley	Regulación
Ley 1733, de 2014	Servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles
Resolución 1216, del 20 de abril de 2015	Directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad
Resolución 1051, de 2016	Derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada como manifestación de la autonomía de la persona

Tabla III. Contenido del documento de voluntad anticipada (17).

Ítem	Descripción
Ciudad y fecha	De expedición del documento
Datos personales	Nombres, apellidos y número de documento de identificación de la persona que desea manifestar la voluntad anticipada
Facultades mentales	Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración
Preferencias con relación al cuidado	Manifestación específica, respecto a sus preferencias con relación al cuidado futuro de su salud e integridad física
Firma	Del declarante

Tabla IV. Situaciones clínicas donde se aplican las voluntades anticipadas (22-24).

Situaciones
Terapias de sustitución renal
Ventilación mecánica, oxigenación por membrana extracorpórea y soporte circulatorio mecánico
Reanimación cardiopulmonar
Medidas de cuidado paliativo como la nutrición e hidratación artificial
Medidas de comfort
Control del dolor
Donación de órganos
Sedación terminal
Eutanasia y suicidio asistido

Tabla V. Situaciones que causan ansiedad en los familiares de pacientes hospitalizados (27).

Situación
Pérdida del contacto
Inseguridad
Inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte
Sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria

Prepublicación