



DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1012>

Documento Voluntades Anticipadas: conocimientos y experiencias de los profesionales de la salud en Colombia

Advance Directives Document: knowledge and experiences of healthcare professionals in Colombia

Ana Milena Álvarez Acuña^a , Ómar Fernando Gomezese Ribero^{a,b} ^a Posgrado en Anestesiología y Reanimación, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.^b Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo, Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia.**Correspondencia:** Cra 43A No. 1 Sur 100, Piso 20, Edificio Sudameris, ANESTESIAR. Medellín, Colombia. **E-mail:** amalvarez_23@yahoo.es

Resumen

¿Qué sabemos acerca de este problema?

El derecho a suscribir el Documento Voluntades Anticipadas (DVA) se aprobó a través de la Ley 1733 de 2014 y se reglamentó en la Resolución 1051 de 2016 y 2665 de 2018 en Colombia. La escasa instrucción que muestran los profesionales de la salud hacia el DVA, se ha propuesto como la principal causa para explicar la poca respuesta de los pacientes en la elaboración de las Voluntades Anticipadas.

¿Qué aporta este estudio de nuevo?

Es un estudio pionero que explora los conocimientos y experiencias de los profesionales de la salud sobre el DVA en Colombia. Se observó que los conocimientos sobre DVA por parte de los profesionales de salud fueron bajos, al igual que su percepción respecto al número de DVA suscrito por los pacientes. Los resultados determinan que la formación de todos los profesionales de la salud sobre los aspectos conceptuales, clínicos, éticos y legales del DVA y la pronta implementación institucional de programas sobre Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) son conductas inaplazables.

¿Como citar este artículo?

Álvarez Acuña AM, Gomezese Ribero ÓF. Advance Directives Document: knowledge and experiences of healthcare professionals in Colombia. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e1012.

Introducción: El Documento Voluntades Anticipadas (DVA) es un referente bioético de calidad de atención en salud y garantía de cumplimiento de los derechos de autonomía, autodeterminación y dignidad de los pacientes. Este documento fue reglamentado en la última década, y actualmente, no existe evidencia sobre las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud sobre el uso de esta herramienta en la práctica clínica en Colombia.

Objetivo: Describir los conocimientos y experiencias de los profesionales de la salud pertenecientes a seis sociedades científicas colombianas frente al derecho de suscribir el DVA e investigar sobre las barreras para la aplicabilidad del DVA en la práctica clínica diaria.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado mediante encuesta electrónica anónima y voluntaria en seis sociedades médicas colombianas. Se diseñó un cuestionario compuesto por cinco grupos de variables: generales, conocimiento de DVA, experiencias médicas y experiencias personales sobre voluntad anticipada y posibles limitaciones para su aplicación.

Resultados: Participaron 533 profesionales. El 54 % (n = 286) afirmó no saber que existe la ley que regula el DVA en Colombia; un 34,33 % (n = 183) manifestó conocer los requisitos que debe cumplir dicho documento. En el último año, el 24 % de los profesionales recibió de sus pacientes uno o más DVA. Solo el 11,7 % de los profesionales de salud tenía un DVA elaborado. El 77,1 % de los encuestados perciben que el número de personas con DVA sigue igual después de aprobado y reglamentado el derecho de DVA. El 86,6 % de los profesionales de salud aseguraron respetar el DVA, aunque el paciente pueda beneficiarse de lo contrario.

Conclusiones: La percepción general de los profesionales de la salud sobre el número de DVA suscrito por los pacientes sigue igual después de reglamentada la Ley en Colombia. Este estudio permitió evidenciar que los profesionales de la salud poseen poco conocimiento sobre el DVA. Es indispensable capacitar a todos los profesionales de salud sobre el DVA y la pronta implementación institucional de programas sobre Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA). Ambas estrategias constituyen un desafío para la aplicabilidad de las VA en Colombia.

Palabras clave: Voluntad anticipada; Experiencias del profesional de salud; Muerte digna; Testamento vital; Autonomía; Planificación de decisiones anticipadas; Colombia.

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

Copyright © 2021 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

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

Abstract

Introduction: The Advanced Directives Document (ADD) is a bioethical quality benchmark for healthcare and assurance of compliance with the rights of autonomy, self-determination and dignity of the patient. This document was established over the past decade and currently there is no evidence about the attitudes and knowledge of the healthcare professionals with regards to the use of this tool in clinical practice in Colombia.

Objective: To describe the knowledge and experiences of healthcare professionals members of six Colombian Scientific Societies regarding the right to sign an ADD and explore the barriers to its applicability in clinical daily practice.

Methods: Descriptive, cross-sectional study conducted using an anonymous and voluntary e-survey with the participation of six Colombian Medical Societies. A questionnaire was designed comprising five groups of variables: general, ADD knowledge, medical experiences and personal experiences regarding advanced directives and potential obstacles to its implementation.

Results: 533 professionals participated in the survey. 54 % (n = 286) expressed their lack of awareness about the fact that there is law governing the ADD in Colombia; 34.33 % (n = 183) said they were familiar with the requirements of the document. Over the last year, 24 % of the professionals received one or more ADDs from their patients. Only 11.7 % of healthcare practitioners had themselves completed an ADD. 77.1 % of the professionals surveyed believe that the number of individuals with an ADD has not changed after the approval and regulation of the right to an advanced directives document. 86.6 % of the practitioners said they respected the ADD, notwithstanding the fact that the patient could benefit otherwise.

Conclusions: The overall perception of healthcare professionals with regards to the number of ADDs signed by patients is that the number has not changed after the approval of the Law in Colombia. This study evidenced that medical practitioners have a poor knowledge about the ADD and that there is a need to educate healthcare professionals about the ADD and to promptly implement institutional programs about Planning of Advanced Directives (PAD). Both strategies are challenging for the applicability of AD in Colombia.

Keywords: Advanced directives; Healthcare professional experiences; Dignified death; Living will, autonomy; Planning for advanced directives; Colombia; Anesthesiology.

INTRODUCCIÓN

En la medicina actual se han producido diversos cambios respecto a los papeles y derechos que interactúan durante la práctica médica, que constituyen al paciente como el actor principal en la relación médico-paciente. El respeto a la autonomía del paciente es uno de los cuatro principios biomédicos que ha evolucionado de forma abrumadora en los últimos tiempos, apoyado por políticas públicas y la academia en el campo de la bioética. Este derecho adquiere especial relevancia en las situaciones clínicas donde el paciente no tiene capacidad de decidir por sí mismo. Legalmente, la persona puede ejercer el derecho de autonomía a través del Consentimiento Informado (1-4) o del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) cuando es imposible expresar su voluntad (1,3). El fundamento de las Voluntades Anticipadas (VA) reside en el principio ético de la Autonomía Prospectiva (5). El proceso de morir dignamente

tiene como pilar el reconocimiento de la autodeterminación de cada ser humano. Cada persona tiene un significado propio de muerte digna. Cuando la persona pierde la capacidad de tomar decisiones, no es fácil cumplir los deseos y preferencias al final de la vida, ocasionando una transgresión de su concepto propio de muerte con dignidad (6,7). La aplicabilidad del DVA contribuye a mejorar la calidad de atención en salud, y es un referente eficaz para garantizar el cumplimiento de los derechos de autonomía, autodeterminación y dignidad de los pacientes. Con base en lo anterior, es importante conocer aspectos básicos y prácticos del DVA en los profesionales de la salud.

La legislación colombiana aprobó el derecho a suscribir el DVA en el artículo 5 de la Ley 1733 de 2014 (8), nombrada Ley Consuelo Devis Saavedra. Dos años después, en la Resolución 1051 de 2016 (9), se presentan los requisitos para la realización del manuscrito que solo contemplan la formalización del DVA ante notario. Y posteriormente,

con la Resolución 2665 de 2018 (10), se amplían los alcances: permite a los menores de edad de 14 a 18 años el derecho a suscribir el DVA; permite las declaraciones de VA expresadas en videos o audios y otros medios tecnológicos; y permite otras alternativas de formalización como suscribirlo ante dos testigos o ante el médico tratante. Siguiendo la línea de la normatividad, se esperaría que la inclusión de estas nuevas formas de formalización del DVA incrementara la suscripción de los mismos. Sin embargo, no se conoce evidencia sobre este tema en el contexto nacional.

En la literatura se ha expresado que las limitaciones escritas para la aplicabilidad del DVA pueden ser: a). Las inquietudes entre los profesionales de la salud sobre cuándo iniciar la discusión y cuál paciente debe planificar su DVA, lo que ha llevado en muchos casos a plantearlo demasiado tarde; b). Quién es el profesional de la salud más idóneo para iniciar el proceso de las VA, y c). Cómo el DVA se incorporará en la historia

clínica electrónica para tener acceso fácil y rápido en la consulta de las preferencias del paciente en un momento futuro. Estudios realizados en otros países sobre las actitudes y los conocimientos de los profesionales acerca del DVA, revelan que las actitudes son favorables mientras los conocimientos son menos sólidos y probablemente insuficientes (11-15). En Colombia son escasos los estudios que evalúan estas variables.

Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio consistió en describir los conocimientos y experiencias frente al derecho de suscribir el DVA en los profesionales de la salud en seis sociedades científicas colombianas. Además de indagar sobre las barreras para la aplicabilidad del DVA en la práctica clínica diaria.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal.

Población

La muestra del estudio incluyó profesionales de la salud registrados en la base de datos de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, Liga Colombiana contra el Cáncer, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación y Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo con vigencia a 31 de enero del 2021. Los investigadores realizaron la respectiva invitación a las sociedades para participar en el estudio. Cada sociedad envió la encuesta al correo personal de sus afiliados según sus bases de datos, dos veces con intervalo de una semana. El criterio de inclusión fue que la persona adscrita a cada una de las Sociedades que deseara participar, respondiera todas las preguntas de la encuesta. La encuesta se podía con-

testar una única vez por el participante. La encuesta se aplicó en febrero de 2021.

Contenido de encuesta y variables

La encuesta electrónica de diecisiete preguntas fue diseñada por los investigadores con la inclusión de autorización del consentimiento informado y una corta presentación del objetivo del estudio (anexo [material complementario](#)).

Es una encuesta anónima, estructurada por los investigadores. El cuestionario no se aprobó en un estudio piloto. Las variables fueron agrupadas en 5 secciones: a) Generales: profesión, ámbito laboral y tiempo de experiencia; b) Conocimiento de DVA; c) Experiencias médicas sobre VA; d) Experiencias personales sobre VA, y e) Posibles limitaciones para su aplicación en el escenario clínico. La interfaz de la encuesta virtual fue diseñada por personal especializado de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), en la plataforma QuestionPro. El formato y el tipo de preguntas y respuestas fueron analizados y deliberados en al menos tres ocasiones por los autores antes de enviar por correo electrónico el formulario a los encuestados. El consolidado final de datos estadísticos fue enviado electrónicamente de la S.C.A.R.E. a los autores para su correspondiente análisis.

Implicaciones éticas

Según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, pues no propone ningún tipo de intervención. Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado para poder continuar el diligenciamiento de la encuesta anónima. El consolidado final de los datos se encontraba anonimizado y se presentan solo resultados agregados sin dar detalles de las respuestas individuales. Los datos recopilados se resumieron e informaron en conjunto y se utilizaron solo con fines científicos.

Análisis estadístico

La muestra empleada en el estudio se obtuvo a conveniencia con el envío del cuestionario a Sociedades relacionadas con la posible atención de pacientes crónicos, críticos o en cuidado paliativo; al desconocer el total de dicha población potencial, no se realizó un cálculo de tamaño de muestra. Las variables cualitativas se describieron en forma de proporciones, mientras que las cuantitativas a través de mediana y rango intercuartílico de acuerdo a su distribución. La correlación entre variables cualitativas se evaluó a través del chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significancia estadística menor a 0,05. El análisis estadístico se ejecutó en el software STATA v13.

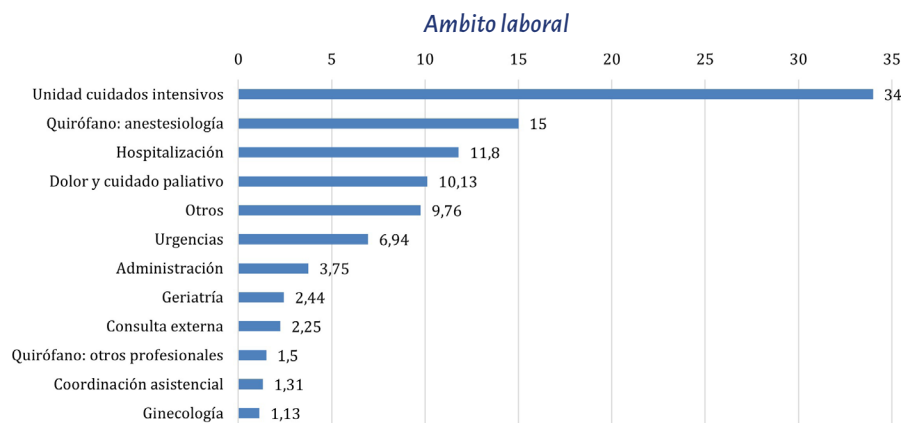
RESULTADOS

Características generales de la población de estudio

Se enviaron al correo personal de los afiliados 11.715 invitaciones de participación. S.C.A.R.E.: 9.442 invitaciones y otras sociedades: 2.273 invitaciones. Se obtuvieron 536 respuestas, 138 provenientes de sociedades científicas, 395 de base S.C.A.R.E. De las 536 respuestas, 3 de los respondientes no aceptaron participar, por lo tanto, el análisis se realizó sobre 533 respuestas. Se obtuvo un porcentaje de respuesta de 4,54 %.

La participación fue conformada en su mayoría por jefes de enfermería (49,34 %) seguida por médicos (44,09 %) así: especialistas en el 31,14 % y subespecialistas en el 12,95 %.

Respecto al ámbito laboral, se encontró que el 34 % laboraban en unidad de cuidados intensivos, 15 % en quirófano y 10,13 % en unidades de Dolor y/o Cuidado Paliativo. En la categoría de otros se incluyen: docencia, medicina interna, oncología, promoción y prevención, atención domiciliaria, clínica de heridas, atención a pacientes

FIGURA 1. Ámbito laboral de los participantes.

FUENTE: Autores.

TABLA 1. Conocimiento de los profesionales de la existencia de la ley que regula el DVA.

Ámbito laboral	Conoce la ley que regula el DVA en Colombia % (n)	
	Sí	No
Dolor y cuidado paliativo	77,3 (41)	22,6 (12)
Unidad de cuidados intensivos	45,8 (83)	54,1 (98)
Quirófano: anestesiología	31,2 (25)	68,7 (55)
Otros	44,7 (98)	55,2 (121)

Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 28,0732; $p < 0,05$).

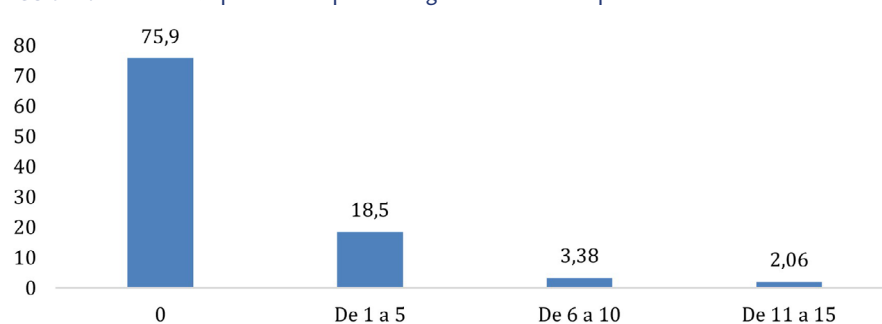
FUENTE: Autores.

TABLA 2. Conocimiento de los profesionales sobre los requisitos para suscribir el DVA.

Ámbito laboral	Conoce los requisitos para suscribir el DVA en Colombia % (n)	
	Sí	No
Dolor y cuidado paliativo	66,04 (35)	33,9 (18)
Unidad de cuidados intensivos	34,2 (62)	65,7 (119)
Quirófano: anestesiología	23,7 (19)	76,2 (61)
Otros	30,5 (67)	69,4 (152)

Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 28,9627; $p < 0,05$).

FUENTE: Autores.

FIGURA 2. Número de pacientes que entregaron un DVA al profesional en el último año.

FUENTE: Autores.

crónicos, perfusión, psiquiatría, unidades de referencia, unidad renal, salud mental, salud pública, bioética, hematología, medios diagnósticos, pediatría, soporte nutricional, cardiología y un estudiante (Figura 1). La mediana de años de experiencia en su ámbito laboral de los participantes fue de 9 años (RIQ: min 4 – máx 18).

Conocimiento de DVA

De forma global, un 54 % de los participantes ($n = 286$) afirmó no saber que existe la Ley que regula el DVA en Colombia, mientras que un 34,33 % de los participantes ($n = 183$) dice conocer los requisitos que debía cumplir dicho documento. Se hizo un análisis comparativo por grupos de poblaciones encontrándose a los profesionales especialistas en dolor y cuidado paliativo con mayor conocimiento respecto a la lectura de la ley y los requisitos que debe cumplir el DVA (Tablas 1 y 2).

Experiencias médicas sobre voluntad anticipada

En el último año, el 24 % de los profesionales recibió de sus pacientes uno o más DVA (Figura 2). Solo el 53 % de los profesionales informan y educan a sus pacientes sobre DVA que creen que deben suscribirlo, pero no lo tienen.

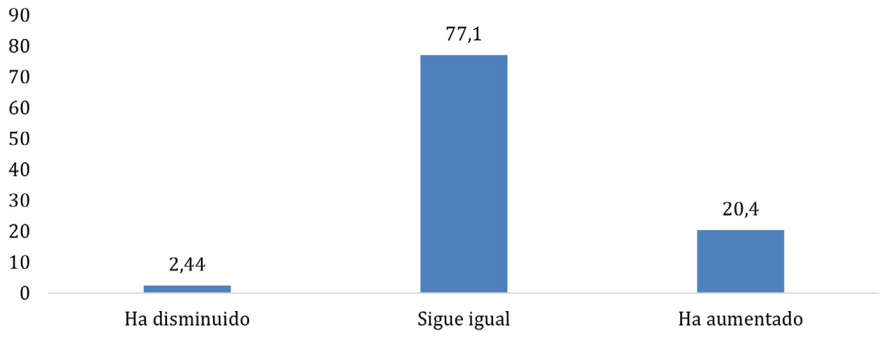
El 77,1 % de los profesionales encuestados perciben una frecuencia igual de pacientes con DVA elaborado después de reglamentada la Resolución en el 2018 (Figura 3).

Los profesionales de salud afirman en un 86,6 % respetar un DVA, aunque el paciente pueda beneficiarse de lo contrario (Tabla 3).

Experiencias personales sobre voluntad anticipada

Sobre la aplicabilidad del DVA en la vida personal del profesional de salud, solo el

FIGURA 3. Percepción de los profesionales de salud del número de DVA después de reglamentada la Resolución en el 2018.



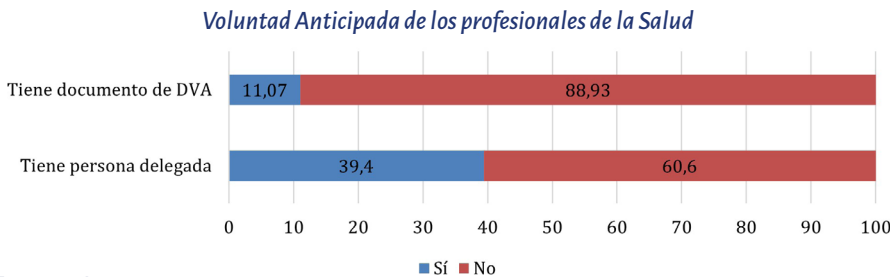
FUENTE: Autores.

TABLA 3. Disposición de los profesionales de salud a respetar el DVA.

Ámbito laboral	Disposición a respetar DVA % (n)	
	No	Sí
Otros	15,98 (35)	84,02 (184)
Dolor y cuidado paliativo	9,43 (5)	90,57 (48)
Unidad de cuidados intensivos	11,05 (20)	88,95 (161)
Quirófano: anestesiología	13,75 (11)	86,25 (69)

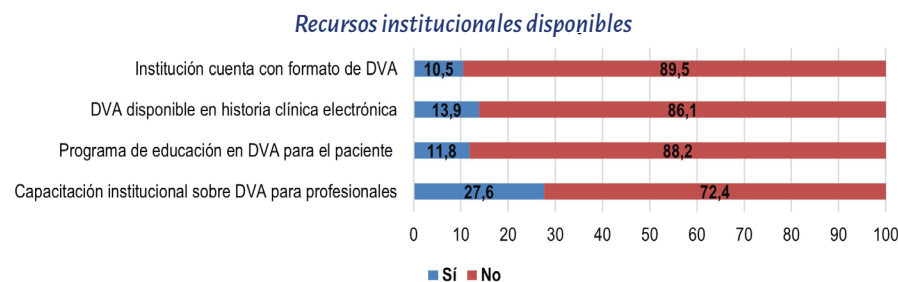
No se encuentra una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 2,633; $p = 0,452$). FUENTE: Autores.

FIGURA 4. Experiencia personal del DVA de los profesionales de salud participantes.



FUENTE: Autores.

FIGURA 5. Barreras institucionales del DVA para los profesionales de salud en Colombia.



FUENTE: Autores.

11,07 % contestó tener un DVA elaborado y el 39,4 % tener una persona delegada y haberlo socializado con la familia, para afrontar una situación clínica en la que haya incapacidad para decidir (Figura 4).

Posibles limitaciones sobre el uso del DVA

EL 89,6 % (n = 478) de los participantes mencionaron que, aunque el paciente no lo pregunte, la ocasión óptima para informarle acerca del DVA es al momento de entrar en contacto con todo paciente sano o diagnosticado con enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible. Se dio la oportunidad de ampliar la respuesta y en su mayoría opinaron: “el paciente tiene derecho a ser informado sobre DVA”, “el médico está obligado a educar al paciente”, “los pacientes no leen las leyes”, “los pacientes no preguntan por desinformación y desconocimiento de las leyes”.

El 97 % de los participantes estuvieron de acuerdo en que el profesional de salud encargado de informar y educar al paciente sobre DVA es el médico, independientemente de si es general, especialista o subespecialista. El 72,4 % de los participantes no reciben capacitación profesional sobre el DVA en su institución, y el 88,2 % afirman que su institución laboral no tiene programa educacional de DVA para sus pacientes. El 86,1 % respondió que la historia clínica electrónica de su institución de salud no tiene creado un acceso al DVA, y el 89,5 % refirió que no hay un formato elaborado de DVA (Figura 5).

DISCUSIÓN

El estudio exploró los conocimientos y las experiencias del talento humano en salud de algunos servicios clínicos relacionados con la atención de pacientes crónicos, críticos o en cuidado paliativo que podrían beneficiarse de un DVA en Colombia. El análisis indicó un bajo conocimiento del DVA entre los profesionales de salud. Es-

pecíficamente, solo el 34,33 % de los participantes confirmaron conocer los requisitos del DVA, mientras que más de la mitad de ellos declararon no tener conocimiento de la existencia de la Ley y de los requisitos para suscribir el DVA. Resultados similares describió Aguilar et al. (12) en 2018, cuando muestra que solo el 22,2 % de los profesionales declaró haber leído la Ley del DVA; a pesar de haber transcurrido 16 años de aprobada la Ley en España, el nivel de conocimientos en DVA es considerado bajo (12,15-17). Es importante resaltar que en nuestro estudio se evidenció que quienes tienen mayor conocimiento sobre la Ley y los requisitos para suscribir el DVA son los especialistas en dolor y cuidado paliativo. Estudios similares coinciden en la percepción de un nivel superior de conocimiento sobre el DVA, en los profesionales que tenían un DVA elaborado, tenían formación en cuidados paliativos, aquellos a quienes los pacientes solicitaron información y habían leído y conocían la Ley del DVA (11,12).

La percepción general de los profesionales de salud sobre el número de DVA elaborado por los pacientes sigue igual después de reglamentada la Ley en Colombia. Esta observación contrasta con los resultados obtenidos sobre el bajo conocimiento de los requisitos para suscribir el DVA y el bajo número de DVA elaborado por los mismos profesionales de salud; y al mismo tiempo, el bajo número de DVA elaborados por pacientes. Sin embargo, el número de profesionales que afirmaron tener un DVA (11,7 %) en esta encuesta es mayor al 3 % observado en otros estudios (12). El número de adultos mayores que han elaborado el DVA es bajo; no obstante, muestran una actitud favorable hacia el mismo (11,17-19). Un estudio realizado en Colombia en pacientes al final de la vida (20), encontró que el 14 % había suscrito su voluntad anticipada. En este estudio, se encontró una cifra más alta, donde el 24 % de los profesionales afirmaron recibir uno o más DVA en el último año. Carrillo y Gómez (21) llevaron a cabo un estudio en un hogar del adulto mayor en Cartagena, y concluyeron que hay desconocimiento en el tema

de DVA por parte de los adultos mayores y se hace necesaria la educación al personal responsable que interviene y acompaña a los pacientes geriátricos (21). La escasa instrucción que muestran los profesionales de la salud hacia el DVA, se ha propuesto como la principal causa para explicar la poca respuesta de los pacientes en la elaboración de las VA (11,15-17).

Este estudio descubrió que los profesionales de la salud asumen una actitud favorable hacia el respeto del DVA, respaldado por el 86,6 % de los participantes. De igual manera, Nebot et al. (19) encuentran que el 97,6 % de los profesionales declaran conocer el derecho al cumplimiento y respeto del DVA que tienen las personas (19). Los pacientes tienen mayor disposición para conversar de los cuidados al final de la vida cuando este tema se aborda en la consulta, y es más satisfactoria con una relación médico-paciente basada en la confianza (18). Se ha encontrado que hasta un 85,6 % de los adultos mayores están de acuerdo en que quién inicie el diálogo para elaborar DVA sea el médico (18), similar a los resultados obtenidos en este estudio, donde el 97 % de los profesionales responde que debe ser el médico sin importar si es o no especialista, rural, general o subespecialista. La guía del consenso de expertos a escala mundial, propone a los profesionales de la salud iniciar la educación de los pacientes con material informativo y conversaciones repetidas en las visitas clínicas como la estrategia más eficaz para incrementar el número de DVA suscritos (12).

Todo profesional de salud debe conocer y dominar los alcances de la ley que son competencia durante su ejercicio (22). Independientemente de su profesión o nivel académico, todo el personal de la salud tiene la obligación de informar y educar al paciente sobre el ejercicio de sus derechos (22,23), incluido el reciente derecho de suscribir el DVA. Cualquier persona puede sufrir una situación clínica aguda que le imposibilite ejercer el derecho a autodeterminarse (24). Es un derecho que no discrimina el estar sano o enfermo, el médico debe informar y educar sobre el DVA a todo pacien-

te en todo momento. En el proceso de información se debe explicar al paciente que la VA puede ser revocada o cambiada en cualquier momento, además de entregarle confianza y garantía que ni la familia ni los profesionales de la salud pueden modificarla (24). Es importante también aclararle al paciente que él es quien decide si realiza o no el DVA, y cuando lo hace.

En Colombia, Calvache et al. (25) detalla que los médicos desconocían si el paciente tenía alguna VA en el 65 % de los casos y concluye que se necesitan con urgencia estrategias de comunicación médico-paciente y/o familia (25). Estudios previos (11,19) concluyen que la mayoría de los profesionales no preguntan ni verifican si el paciente críticamente enfermo ha otorgado una VA; el hábito de preguntar por el DVA promueve el respeto de los derechos de autonomía, determinación y dignidad por los familiares y por los mismos profesionales de salud (19). Bolívar y Gómez (24) hallaron las siguientes dificultades de implementación del DVA en Colombia: la falta de formación de los profesionales de la salud, la poca difusión del derecho a suscribir VA en la población general y la inexistencia de un registro nacional que procure la consulta de los profesionales de la salud (24). Aspectos por evaluar y considerar para el diseño de políticas públicas dirigidas a reforzar este derecho.

Al día de hoy, estas barreras no se han mejorado. Este estudio encontró un alto porcentaje de respuestas que invitan a la pronta intervención sobre la falta de capacitación institucional al profesional de salud (72,4 %), la ausencia de programas de educación para el paciente (88,2 %), falta de disponibilidad de DVA en la historia clínica electrónica (86,1 %), y la ausencia de formatos de DVA institucionales facilitadores al paciente y al médico (89,5 %). Yllera (11) detectó que el 90 % de profesionales de salud carecían de formación en DVA, y manifestó la necesidad de formación e información sobre la utilidad de los DVA y el procedimiento para otorgarlo, no solo orientada para el profesional de la salud, sino también para los pacientes (11,15-19).

Así mismo, recomienda difundir información en los servicios de atención primaria y de urgencias, porque muchas veces hay limitaciones de acceso de los pacientes a la atención especializada (11).

El mejor formato de DVA es el que tiene una estructura sencilla y fácil que permita identificar los objetivos y preferencias puntuales de los pacientes en contextos clínicos de emergencia, y un espacio de texto abierto donde se puedan escribir valores y preferencias para el final de la vida (26). Se necesita que las instituciones de salud creen un lugar en la historia clínica electrónica donde se pueda registrar, consultar, revisar y sustituir el DVA de manera ágil, en cualquier momento, por el profesional de la salud (26). Un ensayo clínico aleatorizado (27) encontró que el grupo que hizo parte del programa de Planificación de Decisiones Anticipadas, tuvo mayor afinidad en cuanto a la elección de atención en cuidados paliativos y la realización de DVA por los pacientes, de manera significativa ($p < 0,001$) (27).

Aunque la muestra de este estudio no fue significativa, se encontró un número total de participantes mucho mayor en comparación con lo descrito en la literatura. Una razón especulativa de la no participación puede ser el cansancio y la falta de tiempo debido a la pandemia por COVID-19, o la falta de hábito de participar en encuestas electrónicas académicas, las cuales son una herramienta valiosa de la modernidad para la construcción de conocimiento. Este estudio presenta como limitaciones la invalidez del instrumento de evaluación utilizado para la recolección de la información por parte de los participantes. Algunas de las preguntas formuladas en el área de experiencias, tienen una importante deseabilidad social, por lo que puede afectar los resultados obtenidos. Del mismo modo, estas preguntas tienen un trasfondo sobre intención o práctica, lo que también pudo servir como sesgo de confusión sobre la actitud frente a las VA, variable principal por investigar en este estudio.

En este orden de ideas, se puede concluir que la percepción general de los profesionales de la salud sobre el número de

DVA suscrito por los pacientes sigue igual después de reglamentada la Ley en Colombia, el conocimiento de los profesionales respecto a este tema es escaso y que en la actualidad siguen existiendo barreras para la realización del DVA.

Es indispensable capacitar a los profesionales de la salud sobre los aspectos conceptuales, clínicos, éticos y legales del DVA, así como desarrollar la pronta implementación institucional de programas sobre Planificación de Decisiones Anticipadas. Sugerimos que en futuros estudios se comparen resultados posteriores a la realización de cursos de formación de los profesionales de la salud.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Aval de comité de ética

Este estudio fue aprobado mediante acta CEI-2021-02001 del 29 de enero de 2021 del Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Fundación Cardiovascular de Colombia en Bucaramanga. Posteriormente, este proyecto recibió aprobación por parte del Área de Investigaciones y Publicaciones Científicas de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos

Cada Sociedad médica participante aplicó las normas de confidencialidad para el manejo de datos según sus estatutos. El consolidado final de los datos se encontraba anonimizado.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

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

RECONOCIMIENTOS

Contribución de los autores

AMÁA y OFGR: Análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica y aprobación del manuscrito inicial y final.

Asistencia para el estudio

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

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Presentaciones

Concurso Póster en Anestesia, Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación. Bogotá, 7 de agosto de 2021.

Agradecimientos

A la doctora Nubia Fernanda Sánchez Bello, de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), al Comité de Ética de la Fundación Cardiovascular de Colombia, y a las siguientes asociaciones participantes: S.C.A.R.E., Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación Cuidados Paliativos de Colombia, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, Liga Colombiana contra el Cáncer, Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. A los participantes que contestaron la encuesta.

REFERENCIAS

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University; 2001.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia N.º T-401/94 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-401-94.htm>
- Martínez VM, Olmos A. De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletín Mexicano de Derecho Comparado [internet]. 2016. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: <http://www2.juridicas.unam.mx/2016/02/10/de-la-autonomia-personal-al-consentimiento-informado-y-las-voluntades-anticipadas/>
- Lifshitz A. El consentimiento informado: Aplicación en la práctica de la medicina. Revista CONAMED. 2004;9(3):23-5. [internet]. 2004. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79871>
- Lack P, Biller-Andorno N, Brauer S. On the Scope and limits of advance directives and prospective autonomy. En: Advance directives. International library of ethics, law, and the new medicine. Editorial Board; 2014. pp. 53-71. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7377-6>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970/14 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239/97 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm#:~:text=%22Homicidio%20por%20piedad,seis%20meses%20a%20tres%20a%C3%20B1os%22>
- Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1733 de 2014 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 1051 de 2016 [Internet]. [citado: 2021 jun. 3]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201051%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 2665 de 2018 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
- Yllera C. ¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los Documentos de Voluntades Anticipadas? Revista de Bioética y Derecho. 2014;32:82-94. http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n32/08_articulo7.pdf
- Aguilar-Sánchez JM, Cabañero-Martínez M], Puerta F, Ladinos-Martín M, Fernández-de-Ma-ya J, Cabrero-García J. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. Gac Sanit. 2018;32(4):339-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.006>
- Forero J, Vargas I, Bernal M. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. Pers Bioet. 2019;23(2):224-44. doi: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>
- Peicius E, Blazevičienė A, Kaminskas R. ¿Son útiles las directivas anticipadas para una buena toma de decisiones al final de la vida? Una encuesta transversal de profesionales de la salud. BMC Med Ethics. 2017;18:40. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>
- Herreros B, Benito M, Gella P, et al. Why have Advance Directives failed in Spain? BMC Med Ethics. 2020;21(113):2-13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00557-4>
- Altisent R. Planificación anticipada de la asistencia. Se necesita una revolución educativa. Editorial Aten Primaria. 2013;45(8):402-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.001>
- Zunzunegui MV. Los cuidados al final de la vida. Gac Sanit. 2018;32(4):319-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>
- Andrés-Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, Torre García MA, Jiménez del Val MD, López-Torres HJ. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. Gac Sanit. 2012;26(6):570-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.007>
- Neboit C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gac Sanit. 2010;24(6):437-45. [Internet]. 2010. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO213-91112010000600002
- Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Rev Salud Pública. 2012;14(1):116-28. doi: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n1/116-128>
- Carrillo González S, Gómez JL. Conocimiento acerca de las voluntades anticipadas por parte del adulto mayor del Hogar San Pedro Claver 2015-2016. Ciencia y Salud Virtual. 2017;9(2):57-66. doi: <https://doi.org/10.22519/21455333.952>
- Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud Gac Sanit. 2010;24(3):247-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.01.012>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 13437 del 1991 [Internet]. [citado: 2021 jun. 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf
- Bolívar PL, Gómez AI. Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado. Rev Latinoam Bioet. 2016;1:128-53. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1444>
- Calvache J, Moreno S, Prue G, Reid J, Ahmedzai S, Arango-Gutiérrez A, et al. Knowledge of end-of-life wishes by physicians and caregivers in cancer patients. BMC Palliative Care. 2021. Online ahead of print. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-493247/v1>
- Lasmarías C, Delgado S, Rietjens J, Korfae I, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC) Med Palliat. 2019;26(3):236-49. doi: <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1019/2019>
- Korfae I, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, Billekens P, Bramley L, Briggs L, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. PLoS Med. 2020;17(11):e1003422. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422>

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Encuesta sobre el derecho a suscribir el Documento de Voluntades Anticipadas en Colombia

La Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Devis Saavedra”, regula los servicios de cuidados paliativos, dispuso, en su artículo 5, como uno de los derechos de los pacientes el de suscribir un Documento de Voluntad Anticipada (DVA). El Ministerio de Salud amplió las disposiciones del DVA mediante la Resolución 2665 de 2018. La anterior normativa se cerraba a pacientes que padecían enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles con alto impacto en la calidad de vida, a partir de ahora, se amplía su interpretación a toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con conocimiento total de las implicaciones que acarrea este derecho, podrá suscribir el DVA.

La siguiente encuesta, anónima y de total confidencialidad, tiene el objetivo de conocer la aplicación del derecho de DVA entre pacientes y profesionales de salud después de reglamentada la Resolución del 2018 en Colombia.

Si está de acuerdo, le pedimos su consentimiento para participar: **sí o no**.

1. Profesión:

- Médico general
- Médico rural
- Especialista
- Subespecialista
- Jefe de enfermería
- Psicólogo(a)
- Otros

2. Su ámbito laboral es:

- A. Dolor y cuidado paliativo
- B. Unidad cuidados intensivos
- C. Quirófano: anestesiología

3. Cuantos años de experiencia tiene?

Conocimiento DVA:

4. ¿Conoce la Ley que regula el Documento

de Voluntades Anticipadas en nuestro país?
Sí o no

5. Conoce los requisitos que debe cumplir el Documento de Voluntades Anticipadas?
Sí o no

Actitudes médicas sobre voluntad anticipada

6. ¿En el último año cuántos pacientes ambulatorios u hospitalizados han presentado un DVA ante usted?

- 0-5
- 5-10
- 10-15
- 15-20

7. ¿Al mes cuántos pacientes que NO preguntan, pero usted cree deben tener DVA, recomienda realizarlo?

- 0
- 1-5.
- 6-10
- Más 10
- Prefiero no hablar del tema con mis pacientes por razones personales

8. Después de aprobada la Ley de DVA, su percepción acerca del número de pacientes con DVA formalizado (escrito, grabación, video)?

- A. Ha aumentado
- B. Sigue igual
- C. Ha disminuido

9. Está usted dispuesto a respetar un DVA en paciente inconsciente cuando usted cree el paciente se beneficiaría de lo contrario?
Sí o no.

Observaciones. Comentarios. Amplíe respuesta: **Espacio abierto**

Actitudes personales sobre voluntad anticipada

10. Tiene usted un DVA personal ya elaborado y formalizado? **Sí o no**

11. Tiene usted una persona delegada que actúe como interlocutor con el equipo médico en la toma de decisiones en situaciones en que no pueda manifestarlo por sí mismo y esta persona ha sido socializada con su núcleo familiar? **Sí o no**

Barreras

12. Desde su formación profesional y experiencia en su ámbito laboral, considera el momento más idóneo para informar y educar al paciente sobre DVA

- a. Esperar hasta cuando el paciente lo solicite por sí mismo
- b. Así el paciente no lo pregunte, informar a todo paciente sano o diagnosticado con enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible.

13. ¿Desde su formación profesional y experiencia en su ámbito laboral ¿quién cree usted es la persona responsable de informar y educar al paciente sobre DVA?

- a. Por el especialista de dolor y cuidado paliativo, cuando el paciente ingrese al programa de cuidados paliativos
- b. Por el médico especialista tratante: en el momento del diagnóstico enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible
- c. Por el médico de atención primaria en todo paciente sano o con enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible
- d. Todas las anteriores

14. ¿En su institución tiene formato escrito de DVA para facilitar la toma de decisiones de los pacientes? **Sí o no**

15. ¿En la historia clínica electrónica de su institución hay una sección donde se pueda consultar, registrar, revisar, sustituir el DVA? **Sí o no**

16. ¿En la institución donde usted labora hay un programa de educación al paciente en DVA —charla personal o grupal— impartido por profesional de salud? **Sí o no**

17. ¿Ha recibido usted capacitación en DVA en su institución? **Sí o no**