



Recibido: 2026-07-31

Aceptado: 2026-08-14

Publicado: 2026-09-02

La teoría de Ruland y Moore para una muerte digna en cuidados paliativos

Ruland and Moore's Theory for Dignified Death in Palliative Care

Autores

Anderson Santiago Piedra Arias¹

<https://orcid.org/0009-0008-0899-9337>

spiedra4@indoamerica.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Daysi Fernanda Suarez Peñafiel²

<https://orcid.org/0009-0007-3128-6987>

fernandasuarez@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Lizeth Pacari Salazar Santacruz³

<https://orcid.org/0009-0004-0064-2780>

salazar@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Anderson Winstong Toala Bayas⁴

<https://orcid.org/0009-0000-8573-1352>

andersontoala@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Resumen

Se analizó críticamente la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore en relación con las tensiones entre autonomía del paciente y alivio del sufrimiento en cuidados paliativos. Se realizó una revisión narrativa de literatura publicada entre 1998 y 2025 en PubMed, Scopus y Web of Science, complementada con documentos de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, el Ministerio de Sanidad de España y marcos normativos pertinentes. La síntesis temática identificó seis ejes: naturaleza prescriptiva de la teoría, autonomía relacional, proporcionalidad terapéutica, dignidad en el cuidado enfermero, justicia en el acceso y desafíos de implementación. Se observó que la teoría permitió traducir valores éticos en resultados clínicos observables como ausencia de dolor, confort, paz, dignidad y cercanía significativa y ofreció un marco útil para deliberar cuando el control sintomático comprometió lucidez, comunicación o vínculo. También se identificaron barreras estructurales, formativas y organizativas que dificultaron su aplicación sostenida. Se concluyó que la teoría mantuvo vigencia como referente para una enfermería centrada en la persona y para la construcción de procesos de morir dignos, compasivos y éticamente prudentes.

Palabras clave: cuidados paliativos; muerte digna; autonomía del paciente; alivio del sufrimiento; ética en enfermería

Abstract

Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore's Peaceful End of Life Theory was critically examined in relation to the ethical tension between patient autonomy and relief of suffering in palliative care. A narrative review of literature published between 1998 and 2025 was conducted in PubMed, Scopus, and Web of Science, complemented by documents from the World Health Organization, the Pan American Health Organization, the European Association for Palliative Care, the Spanish Ministry of Health, and relevant regulatory frameworks. The thematic synthesis identified six axes: the prescriptive nature of the theory, relational autonomy, therapeutic proportionality, dignity in nursing care, justice in access, and implementation challenges. The findings showed that the theory translated ethical values into observable clinical outcomes like freedom from pain, comfort, peace, dignity, and meaningful closeness and provided a practical framework for deliberation when symptom control affected lucidity, communication, or relational presence. Structural, educational, and organizational barriers that hindered consistent implementation were also identified. It was concluded that the theory remained a valid reference for person-centered nursing and for the construction of dignified, compassionate, and ethically prudent dying processes.

Keywords: palliative care; dignified death; patient autonomy; relief of suffering; nursing ethics

Introducción

Los cuidados paliativos se consolidaron como un enfoque clínico y ético orientado a prevenir y aliviar el sufrimiento de las personas con enfermedades amenazantes para la vida. Su propósito no se limitó al control de síntomas físicos, sino que incluyó apoyo psicológico, social y espiritual para pacientes y familias. Una nueva forma de entender la atención al final de la vida fue no considerarla un fracaso terapéutico, sino un espacio que se podía entender como un ejercicio legítimo del cuidado profesional, particularmente para la enfermería, dado su contacto continuo con la experiencia de la persona que padece la enfermedad (World Health Organization, 2020; Pan American Health Organization, 2021).

En el ejercicio contemporáneo de la profesión, la calidad del servicio de paliativos fue apreciada, tanto, por la efectividad clínica, como por el ejercicio de mantener la relación, proteger la dignidad y la compañía en la toma de decisiones difíciles. La enfermería fue la protagonista de ese proceso, puesto que, por su presencia continua, pudo notar los cambios que se producían en el dolor, la ansiedad, la comunicación y las preferencias del paciente. Por todo esto, la enfermería se volvió la profesión que aportó su mayor capacidad para llevar los principios de la bioética a la práctica cotidiana del cuidado humanizado y el cuidado deliberativo (World Health Organization, 2020; Alanazi et al., 2024).

Sin embargo, la expansión tecnológica de la medicina también produjo tensiones. La posibilidad de prolongar la vida mediante intervenciones cada vez más sofisticadas no siempre se acompañó de un análisis proporcional de sus beneficios, cargas y sentido para la persona. En múltiples escenarios, la intensificación terapéutica incrementó la dependencia, prolongó el sufrimiento y desplazó la voz del paciente en favor de decisiones centradas casi exclusivamente en criterios biomédicos. Esa situación reforzó el debate sobre los límites morales de la intervención clínica al final de la vida y sobre la necesidad de modelos que orientaran decisiones prudentes (Beauchamp & Childress, 2019; Akdeniz et al., 2021).

La idea de muerte digna emergió dentro de ese debate como una categoría compleja, irreductible a la simple ausencia de dolor o a una formulación jurídica aislada. Morir con dignidad implicó, más bien, preservar la condición de sujeto de la persona, respetar sus valores, proteger su intimidad y sostener un entorno de cuidado compasivo, competente y culturalmente sensible. Desde la perspectiva enfermera, la dignidad se manifestó en microdecisiones aparentemente sencillas como el modo de hablar, tocar, escuchar, explicar y acompañar que determinaron la experiencia real del proceso de morir (Kennedy, 2016; Rafii & Abredari, 2023).

La sedación paliativa, la limitación del esfuerzo terapéutico, la preservación de la lucidez y la participación de la familia mostraron que las decisiones al final de la vida difícilmente podían resolverse mediante reglas rígidas. La literatura reciente destacó que la autonomía debía comprenderse de manera relacional y situada, no como un atributo abstracto o

aislado del contexto clínico, emocional y familiar en el que la persona decidió (Kuosmanen et al., 2021; Tahmasebi, 2022).

En este escenario, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore ofreció una contribución especialmente valiosa para la enfermería. A diferencia de formulaciones puramente normativas, esta teoría tradujo principios éticos en resultados clínicos observables: ausencia de dolor, confort, dignidad y respeto, paz y cercanía con personas significativas. Su carácter prescriptivo permitió pasar de declaraciones generales sobre el buen morir a criterios concretos para valorar la calidad del cuidado al final de la vida (Ruland & Moore, 1998; Gracia, 2001).

La pertinencia de revisar críticamente esta teoría se volvió todavía más evidente en sistemas sanitarios con brechas formativas, sobrecarga asistencial y acceso desigual a cuidados paliativos. Informes recientes insistieron en que la humanización del final de la vida no depende solo de la buena voluntad profesional, sino también de condiciones organizativas, disponibilidad de recursos, formación ética y reconocimiento institucional de la atención paliativa como prioridad de salud pública. En América Latina, además, la cobertura siguió siendo insuficiente y heterogénea entre territorios y grupos sociales (Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

A partir de ese marco, el presente artículo tuvo como objetivo analizar críticamente la Teoría del Final Tranquilo de la Vida en relación con las tensiones entre autonomía y alivio del sufrimiento en cuidados paliativos. Se buscó valorar su utilidad como referente para la práctica enfermera, su capacidad para operacionalizar la noción de muerte digna y los desafíos que enfrenta su implementación en contextos clínicos marcados por incertidumbre, pluralidad de valores y desigualdad en el acceso a servicios paliativos (Ruland & Moore, 1998).

Materiales y Métodos

Se desarrolló una revisión narrativa de literatura con enfoque analítico, crítico y reflexivo. Este diseño resultó pertinente porque el objeto de estudio no fue solo la eficacia clínica de determinadas intervenciones, sino la articulación entre teoría de enfermería, bioética y práctica asistencial al final de la vida. La revisión se orientó a comprender cómo la propuesta de Ruland y Moore había sido utilizada para interpretar problemas asociados con dignidad, autonomía, proporcionalidad terapéutica, toma de decisiones y alivio del sufrimiento.

La búsqueda abarcó publicaciones comprendidas entre 1998 y 2025. El punto de inicio correspondió al artículo fundacional de la teoría, publicado en *Nursing Outlook* en 1998. La ampliación del rango temporal permitió incorporar literatura clásica y estudios recientes sobre sedación paliativa, dignidad, toma de decisiones compartida, desigualdad en el acceso a cuidados paliativos y desafíos éticos de la práctica enfermera. Con ello se

evitó limitar el análisis a la recepción inicial de la teoría y se exploró su actualidad en el debate contemporáneo.

Se consultaron PubMed, Scopus y Web of Science como bases de datos principales, y se revisaron además documentos institucionales y normativos de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad de España, el Boletín Oficial del Estado y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. La estrategia combinó descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos: cuidados paliativos, final de la vida, muerte digna, teoría de enfermería, autonomía del paciente, dignidad, palliative sedation, shared decision-making y peaceful end of life.

Se incluyeron artículos originales, revisiones integrativas y sistemáticas, marcos de consenso, estudios de análisis conceptual y documentos oficiales que abordaron de forma explícita la Teoría del Final Tranquilo de la Vida o los dilemas entre autonomía, beneficencia, no maleficencia, proporcionalidad terapéutica, dignidad y justicia sanitaria al final de la vida. Se excluyeron publicaciones centradas solo en aspectos farmacológicos sin desarrollo ético, estudios duplicados, textos con acceso bibliográfico insuficiente y documentos sin relación directa con el cuidado paliativo o la práctica de enfermería.

El proceso analítico se realizó mediante síntesis temática interpretativa. Primero se efectuó una lectura completa de los textos seleccionados; luego se agruparon los hallazgos en categorías recurrentes y, finalmente, se contrastaron esas categorías con los resultados propuestos por la teoría de Ruland y Moore. Este procedimiento permitió identificar convergencias, vacíos y tensiones, así como organizar la discusión en seis ejes: naturaleza prescriptiva de la teoría, autonomía relacional, proporcionalidad terapéutica, dignidad, justicia en el acceso y desafíos de implementación. La estrategia metodológica se resume en la Tabla 1.

Tabla 1

Estrategia metodológica de la revisión narrativa

Componente	Descripción
Periodo de búsqueda	1998-2025.
Fuentes	PubMed, Scopus, Web of Science y documentos institucionales de la OMS, OPS, Ministerio de Sanidad de España, BOE y EAPC.
Descriptores	Cuidados paliativos, final de la vida, muerte digna, teoría de enfermería, autonomía del paciente, dignidad, palliative sedation, shared decision-making y peaceful end of life.
Criterios de inclusión	Artículos originales, revisiones, análisis conceptuales, consensos y documentos oficiales vinculados con la teoría de Ruland y Moore o con dilemas éticos del final de la vida.

Componente	Descripción
Síntesis analítica	Lectura crítica, agrupación temática y contraste de hallazgos con los cinco resultados prescriptivos de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida.

Nota/Fuente: elaboración propia a partir del proceso descrito en la sección metodológica.

Al tratarse de una revisión narrativa, no se pretendió realizar metaanálisis ni establecer relaciones causales. Su valor residió en la integración razonada de literatura clínica, bioética y normativa para construir una lectura útil para la práctica enfermera. El énfasis se colocó en la coherencia argumentativa, en la pertinencia de las fuentes seleccionadas y en la capacidad de la teoría para orientar decisiones prudentes en escenarios reales, más que en la cuantificación exhaustiva de resultados heterogéneos.

Resultados y Discusión

La revisión permitió reconocer que el problema central de la muerte digna en cuidados paliativos no radicó en la inexistencia de principios éticos, sino en la dificultad de armonizarlos en la práctica. Los textos revisados coincidieron en que la tensión entre autonomía y alivio del sufrimiento atravesó buena parte de las decisiones clínicas, especialmente cuando el control sintomático afectó la conciencia, la comunicación o la posibilidad de despedida. Después de esto, la teoría de Ruland y Moore se pudo emplear para clasificar las deliberaciones y para evaluar si las intervenciones, de manera efectiva, favorecieron un cierre sereno y respetuoso.

De la síntesis temática, se pudieron observar seis ejes de discusión. El primer eje se ocupó de la prescriptividad de la teoría y de qué tan bien se le puede atribuir valores a la teoría en base a resultados de la observación. El segundo eje abordó la autonomía, pero como parte de un proceso relacional y de la coparticipación en la toma de decisiones. El tercer eje se ocupó de la proporcionalidad y de la sedación en un sentido paliativo. El cuarto abordó la dignidad, pero como parte de la experiencia clínica y no como algo meramente enunciativo. El quinto eje se ocupó de la justicia y de la inequidad en el acceso a la atención paliativa. El sexto y último eje se ocupó de compendiar los principales aportes y limitaciones de la teoría, así como en la práctica enfermera contemporánea. En la Tabla 2 se recogen los resultados prescriptivos más relevantes, y la Tabla 3 sintetiza las principales barreras para la implementación.

Tabla 2

Resultados prescriptivos de la teoría y tensiones éticas asociadas



Resultado esperado	Expresión clínica	Tensión dominante ética	Implicación para enfermería
Ausencia de dolor	Evaluación continua y control sintomático oportuno.	Alivio efectivo versus sedación excesiva.	Titular fármacos de forma proporcional y vigilar el impacto en conciencia y comunicación.
Confort	Bienestar físico, ambiental y emocional.	Priorizar comodidad sin despersonalizar el cuidado.	Adecuar el entorno, anticipar malestar y coordinar apoyo interdisciplinario.
Dignidad y respeto	Reconocimiento de valores, intimidad e identidad.	Riesgo de paternalismo o trato instrumental.	Sostener comunicación humanizada y participación del paciente en decisiones viables.
Paz	Serenidad emocional y reducción de angustia existencial.	Control sintomático versus preservación de lucidez.	Favorecer deliberación, escucha y acompañamiento espiritual o psicosocial.
Cercanía significativa	Presencia de familiares y vínculos relevantes.	Restricciones institucionales o decisiones clínicas desconectadas del proyecto vital.	Facilitar despedidas, coordinación familiar y continuidad relacional del cuidado.

Nota/Fuente: elaboración propia a partir de Ruland y Moore (1998), Kuosmanen et al (2021), Berger (2014) y Surges et al (2024).

Tabla 3

Barreras para la implementación de una muerte digna en cuidados paliativos

Barreras	Manifestación	Riesgo ético	Línea de acción
Formación insuficiente	Dificultad para deliberar sobre sedación, autonomía o limitación terapéutica.	Decisiones protocolarias sin análisis prudencial.	Capacitación continua en bioética clínica y comunicación.
Sobrecarga asistencial	Escaso tiempo para diálogo y seguimiento.	Reducción del cuidado a tareas técnicas.	Ajuste de cargas, priorización del tiempo relacional y apoyo del equipo.
Déficit interdisciplinario	Falta de coordinación entre medicina, enfermería, psicología y trabajo social.	Fragmentación del cuidado y mensajes contradictorios.	Reuniones clínicas sistemáticas y planes compartidos.

Barreras	Manifestación	Riesgo ético	Línea de acción
Inequidad territorial	Cobertura limitada en áreas rurales o periféricas.	Dolor mal controlado y menor continuidad asistencial.	Fortalecer atención primaria, teleapoyo y redes de derivación.
Disponibilidad desigual de recursos	Acceso restringido a opioides, apoyo psicosocial o cuidados domiciliarios.	Sufrimiento evitable y vulneración del derecho a la salud.	Políticas públicas de abastecimiento, monitoreo y expansión de servicios.

Nota/Fuente: elaboración propia a partir de Alanazi et al (2024), Ministerio de Sanidad (2023), OPS (2021) y OMS (2020).

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida como marco prescriptivo

La muerte digna se ha colocado como uno de los ejes de los cuidados paliativos, considerando el enfoque clínico y el enfoque ético que se manifiestan, y que resultan relevantes cuando se acerca el final de la vida. Más allá de la construcción teórica, orienta la práctica asistencial, garantizando el respeto a la dignidad y la calidad de vida, por sobre la extensión de la vida. En este sentido, surgen importantes tensiones éticas, esto es, en la necesidad de aunar el sufrimiento, la autonomía, y el alcance de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud, 2020; Kennedy, 2016).

El desafío principal es mantener una práctica asistencial que respete la dignidad intrínseca de la persona cuando el propósito curativo deja de ser el enfoque central del abordaje clínico. En esta etapa, la atención necesita ser reorientada de la lógica de la recuperación a la salvaguarda del bienestar integral, la apreciación de los valores del paciente y el compromiso con el acompañamiento éticamente alineado a su situación vital (Organización Mundial de la Salud, 2020; Kennedy, 2016).

Desde esta perspectiva, la Teoría de un Final Silencioso de la Vida desarrollada por Ruland y Moore es un marco conceptual que construye la práctica clínica para el final de la vida. Su contribución más distintiva es su carácter prescriptivo: no solo describe la experiencia de morir, sino que también ofrece resultados específicos que impulsan la evaluación de la calidad de la atención paliativa (Ruland y Moore, 1998; Rafii y Abredari, 2023).

Se incluyen el control del dolor, el confort, la dignidad y el respeto, el disfrute de la paz y la posibilidad de la cercanía, y con personas significativas, que, en conjunto, configuran un proceso de muerte humanizada. Sin embargo, estas dimensiones no aparecen de forma aislada y no están exentas de tensiones. En la práctica, pueden darse conflictos y la salud de los equipos deberá ser, en cada caso, el resultado de una deliberación científica (Ruland y Moore, 1998; Rafii y Abredari, 2023).

Evidencia el hecho de que el análisis aún está en curso en respuesta a los problemas que el proceso descrito anteriormente necesita priorizar las necesidades de los posibles

clientes en relación con el producto y los problemas de calidad de vida hacia el final de la vida (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

Aquí, la teoría de la paz al final de la vida desarrollada por Cornelia Ruland y Shirley Moore es particularmente útil para elaborar un instrumento conceptual que dirija la atención clínica al final de la vida. No se trata solo de la teoría de la atención clínica al final de la vida. Se pretende articular directamente cuidados específicos y clínicamente observables al final de la vida que puedan ser utilizados para evaluar la calidad de la atención paliativa que se debe lograr en el alivio total del dolor y en el mantenimiento total de la paz y la dignidad del paciente y de las relaciones significativas del paciente (Ruland & Moore, 1998).

Estos componentes no deben ser vistos simplemente como aspiraciones abstractas o declaraciones éticas generales. Deben ser considerados como criterios prácticos que guían la toma de decisiones en contextos caracterizados por la incertidumbre, la vulnerabilidad y una alta carga emocional. Es en estos contextos donde la fragilidad del paciente y la complejidad relacional son de importancia decisiva en la experiencia del proceso de morir. Es aquí donde la teoría proporciona un marco estructurado para asistir el razonamiento clínico y ético, guiando acciones que están alineadas con la dignidad y el bienestar holístico de la persona (Ruland & Moore, 1998).

Convirtiendo principios éticos en metas clínicas medibles, esta teoría, al ser normativa, obtiene un aporte importante. Decir que un paciente debe morir con dignidad es muy abstracto. La propuesta busca que se analice en la práctica diaria del cuidado, cómo se expresa tal dignidad. Esto implica muchas preguntas, como por ejemplo, ¿el dolor está suficientemente controlado?, ¿el paciente se encuentra en un ambiente que favorezca su confort?, ¿se respetan las decisiones que el paciente tome?, ¿se ayuda al paciente a que su estabilidad emocional sea positiva?, y ¿se le permite a la persona estar cerca de personas que son significativas para ella? (Ruland & Moore, 1998; Gracia, 2001).

En la etapa final de la vida, bienestar implica un otro tipo de control y serenidad emocional y poder seguir dotando de sentido a su existencia y mantener vínculos. Desde este lado, la teoría reconoce que el sufrimiento implica más que la ausencia física y que también hay un componente psicológico, social y espiritual que es importante valorar. Por consiguiente, el sufrimiento implica que el cuidado paliativo debe ser integral (Organización Mundial de la Salud, 2020; Kennedy, 2016).

Los resultados de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida no se presentan como compartimientos independientes, sino como dimensiones interconectadas que, en la práctica clínica, pueden generar tensiones significativas. El dolor, por ejemplo, puede llegarse a aliviar mucho a través de sedación profunda, pero el paciente también puede perder la comunicación y la interacción con las personas que ama, afectando la dimensión relacional y la experiencia de paz del paciente. De manera similar, la decisión de mantener la lucidez puede implicar el sufrimiento a síntomas que sean intensos y que comprometan la tranquilidad del paciente (Berger, 2014; Cherny & Radbruch, 2009).

En la etapa final de la vida, bienestar implica un otro tipo de control y serenidad emocional y poder seguir dotando de sentido a su existencia y mantener vínculos. Desde este lado, la teoría reconoce que el sufrimiento implica más que la ausencia física y que también hay un componente psicológico, social y espiritual que es importante valorar. Por consiguiente, el sufrimiento implica que el cuidado paliativo debe ser integral (Organización Mundial de la Salud, 2020; Kennedy, 2016).

Los resultados de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida no se presentan como compartimientos independientes, sino como dimensiones interconectadas que, en la práctica clínica, pueden generar tensiones significativas. El dolor, por ejemplo, puede llegarse a aliviar mucho a través de sedación profunda, pero el paciente también puede perder la comunicación y la interacción con las personas que ama, afectando la dimensión relacional y la experiencia de paz del paciente. De manera similar, la decisión de mantener la lucidez puede implicar el sufrimiento a síntomas que sean intensos y que comprometan la tranquilidad del paciente (Berger, 2014; Cherny & Radbruch, 2009).

Obliga a evaluar no solo la reducción del dolor o de la incomodidad, sino el impacto global de la intervención en la experiencia del proceso de morir. De esta manera la evaluación ética se extiende más allá del resultado sintomático y se dirige a la coherencia entre las decisiones terapéuticas y la vivencia global del paciente en el proceso de morir (Akdeniz et al., 2021; Surges et al., 2024).

Frente a esta lógica predominantemente instrumental, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida propone cambiar las prioridades clínicas. No se trata solo de controlar síntomas, o de aplicar tratamientos conforme a estándares, se trata de acompañar al paciente en una etapa de su vida que es profundamente significativa y relevante. En esta línea, el cuidado al final de la vida se reconoce como un acto fundamental en el que se integran la competencia clínica y la humanización del cuidado, entendiendo que la muerte es un proceso que tiene una infinidad de aristas que no pueden ser concentradas únicamente en factores biomédicos (Ruland & Moore, 1998; Alanazi et al., 2024).

Sin embargo, la implementación efectiva de este modelo presenta obstáculos significativos más allá de la intención ética individual. La falta de capacitación especializada en cuidados paliativos, la alta carga asistencial y la escasa dotación de equipos interdisciplinarios son limitaciones estructurales que impiden la incorporación sistemática de los resultados que la teoría propone. En contextos donde el tiempo clínico es limitado y las exigencias institucionales priorizan la productividad, la reflexión ética puede quedar relegada (Alanazi et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

A estas condiciones se agrega la diversidad cultural, social y espiritual de los pacientes, que obliga a entender conceptos como dignidad, paz y confort en marcos contextuales y no universales. Lo que para una persona puede representar calma y cierre vital, para otra persona puede significar lesión o pérdida de sentido. En consecuencia, para que se dé la aplicación coherente de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, se requiere no solo de una convicción moral del equipo de salud, sino también de entornos organizacionales que

propicien la reflexión, la comunicación interdisciplinaria y la adecuación a la particularidad de cada paciente (Kennedy, 2016; Pan American Health Organization, 2021).

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida puede ser difícil de aplicar por barreras institucionales y de capacitación, pero apoya la elaboración del juicio de un enfermero en las decisiones que se deben tomar, en la justicia de un criterio clínico y la justeza de un criterio ético. Su justificación permite combinar la ciencia con la disposición a comprender la experiencia humana, y permite que la gente valore la calidad del cuidado en el cuidado como el paciente lo siente, y no sólo por una cuestión de calidad técnica (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

La atención paliativa, en gran parte, se encuentra en una atención medicalizada que es demasiado fría, y la Teoría del Final Tranquilo de la Vida permite recuperar el sentido del contacto humano y del sentido de la atención, donde se hace protagonista a la persona, a su historia, a sus vínculos, y también se recuerda que la atención en el proceso de morir es cuidar la dignidad del paciente hasta el final (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

Autonomía del paciente y toma de decisiones al final de la vida

Uno de los dilemas más desafiantes en la atención paliativa es la interacción entre el respeto de la autonomía del paciente y el alivio del sufrimiento del paciente. Históricamente, la autonomía se ha entendido como el derecho a hacer y decidir, dentro del ejercicio más pleno de los derechos abrazados en los constructos éticos, la autonomía representa un principio primordial. Sin embargo, cuando la autonomía se ejerce en el contexto del final de la vida, y se aplica de manera rígida, los inconvenientes de tal enfoque se vuelven evidentes (Beauchamp & Childress, 2019; Tahmasebi, 2022).

La enfermedad avanzada con frecuencia conlleva un deterioro cognitivo progresivo, dependencia física creciente, dolor persistente y una fuerte carga emocional que afectan directamente la capacidad de deliberar y decidir. En estos contextos, la autonomía no se pierde, pero sí se transforma, y se vuelve más vulnerable, requiriendo un enfoque más comprensivo y contextualizado que haga honor a las condiciones reales en las que la persona se enfrenta a sus decisiones (Beauchamp & Childress, 2019; Tahmasebi, 2022).

En la atención al paciente, estas situaciones pueden ser particularmente complejas, y puede haber una falta de voluntad del paciente, ya que esto puede verse afectado por decisiones tomadas de manera puramente técnica y/o con base biomédica. Cuando se aprecia la autonomía únicamente a través de algunos indicadores cognitivos rígidos, existe el riesgo de paternalismo, que, al intentar proteger al paciente de posibles daños, efectivamente silencia al paciente y su narrativa y experiencia subjetiva de su enfermedad. Aunque estas decisiones pueden ser frustrantes para el paciente y suelen tomarse en base al principio de beneficencia, tienden a pasar por alto el hecho de que la autonomía del paciente no se borra con la progresión de la enfermedad (Akdeniz et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

La autonomía del paciente puede ser compleja y adaptativa, manifestándose de diversas maneras, incluso en pacientes frágiles y dependientes. Ignorar esto es reducir la complejidad de la persona a una puramente funcional, descuidando el hecho de que la capacidad de expresar preferencias y significados persiste, incluso si es de una manera más sutil o mediada (Akdeniz et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

La comprensión de la autonomía desde la visión ética y disciplinar de la enfermería es que no se puede considerar estática, es decir, simplemente se tiene o se pierde, y se entiende como un proceso relacional y en permanente cambio que se constituye en la relación terapéutica. Esta comprensión considera que la capacidad de decisión no se entiende solo como una función cognitiva, sino que se refuerza por la comunicación, el acompañamiento y la escucha. En situaciones de gran vulnerabilidad, estas prácticas además de sostener el acto de decidir, permiten que la identidad y la voz del paciente se conserven en el proceso de cuidado (Tahmasebi, 2022; Kuosmanen et al., 2021).

Las enfermeras pasan mucho tiempo con el paciente más que con otros profesionales. Debido a su constante presencia, pueden identificar rápidamente incluso los cambios más pequeños. A veces, las palabras pueden ser la forma de comunicación más difícil, por lo que las enfermeras pueden valorar e interpretar las manos o los ojos. Debido a la cercanía con el paciente, la enfermera puede desarrollar un ambiente de confianza. Las enfermeras pueden darle voz al paciente para que comparta lo que es importante para él cuando podría estar demasiado débil para hablar por sí mismo. Esto le da al paciente un papel activo y comprometido en el proceso de atención (Tahmasebi, 2022; Kuosmanen et al., 2021).

Al entender la autonomía de forma relacional hay que asumir que las decisiones de los pacientes no se configuran en soledad, sino en diálogo con los contextos familiares, culturales y con el propio equipo de salud. En la etapa final de la vida, en la paliación, las decisiones más relevantes sobre la aceptación o rechazo de ciertas intervenciones o la opción de mantener la lucidez o en privilegio el acompañamiento, se construyen a lo largo de muchas conversaciones y procesos deliberativos y no a determinaciones aisladas o por último (Kuosmanen et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

Este conjunto de la situación plantea a los equipos de salud la ética, el respeto, la transparencia, la sintiencia y sobre todo el encubrimiento de los elementos y criterios puramente técnicos que desplacen o distorsionen el significado de la vida del proyecto que la persona desea mantener hasta el final (Kuosmanen et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

La evidencia actual resalta que en los cuidados paliativos la toma de decisiones compartidas se configura como un principio ético porque permiten la integración de los valores y preferencias del paciente con la posición profesional del equipo de salud. Este principio ético no consiste en descargar por completo la responsabilidad en la persona enferma o hacia el profesional, por el contrario, se describe un espacio de construcción reflexiva compartida en la que cada uno actúa según sus posibilidades, saberes y responsabilidades (Kuosmanen et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

Desde esta perspectiva, la autonomía constituye un aspecto en construcción que se definirá de forma gradual por los cambios clínicos y emocionales que ocurren con el transcurrir de la enfermedad (Kuosmanen et al., 2021; Alanazi et al., 2024).

La toma de decisiones compartidas en el final de la vida plantea varios desafíos. La evolución rápida del cuadro clínico, la falta de tiempo en el ejercicio de la medicina, y las expectativas emocionales de la familia pueden dificultar la apertura de un espacio de diálogo genuino y reflexivo. En algunos casos, familiares piden sustitutas en nombre del paciente, incluso cuando estas no se corresponden con los deseos que el paciente ha expresado (Alanazi et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

Estos casos resaltan la importancia de documentar de manera anticipada y con claridad las voluntades del paciente, así como la necesidad de que el personal de enfermería desarrolle aún más su capacidad para la comunicación y la deliberación, a fin de poder tratar de manera respetuosa, ética y centrada en la persona los dilemas y el conflicto (Alanazi et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

En este sentido, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore, ofrece una práctica que permita operacionalizar el principio de autonomía a criterios clínicos observables. Más allá de simplemente mencionar el respeto por la decisión de la persona como un principio ético, la propuesta de Ruland y Moore, traduce este principio en aspectos como, la paz, el confort, la dignidad, y las relaciones. Estos elementos son muy útiles en el proceso de la toma de decisiones al final de la vida, porque son aspectos que se pueden apreciar en el proceso asistencial (Ruland & Moore, 1998).

Por lo tanto, la autonomía es mucho más que la aceptación o rechazo de un tratamiento, también se refiere a poder vivir el proceso de morir, de acuerdo a los valores, creencias y prioridades del paciente (Ruland & Moore, 1998).

Desde una perspectiva crítica, esto desarma la oposición entre los principios de la autonomía y el deber de aliviar el sufrimiento. En vez de colocarlos como principios contrarios, la propuesta de Ruland y Moore los integra en una lógica de cuidado, activo y deliberativo, donde cada decisión clínica se evalúa en función de su impacto integral en la persona (Tahmasebi, 2022; Ruland & Moore, 1998).

Así, los valores de las intervenciones trascienden su eficacia técnica o la reducción de síntomas y se extienden a su impacto en la dignidad, en la comunicabilidad y en la experiencia del paciente en lo que puede ser la etapa final de su vida. De tal manera que las consideraciones éticas, en el control del sufrimiento, se extienden a la calidad de la experiencia del morir (Tahmasebi, 2022; Ruland & Moore, 1998).

Beneficencia, no maleficencia y proporcionalidad terapéutica en el cuidado paliativo

En el aspecto de los cuidados paliativos, los principios de beneficencia y de no maleficencia tienen una dimensión ética especial, ya que, mientras los principios asistenciales más comunes se centran en la cura, en paliativos se orientan más a la preservación de la calidad de vida y al acompañamiento digno del proceso de morir.

Desde una lógica de asistenciales, la intervención se orienta a la cura del dolor y al control del sufrimiento, mientras que desde el óptica de paliativos, la intervención debería ser orientada a dignificar la experiencia del paciente en el contexto de sus relaciones y en su proceso de morir (Beauchamp & Childress, 2019; Akdeniz et al., 2021).

No obstante, en la práctica clínica, la armonización de estos principios no siempre es sencilla. Existen situaciones en las que el control de síntomas severos puede implicar efectos secundarios significativos, como la disminución del nivel de conciencia o la supresión de la interacción con el entorno, y en esos casos, se debe realizar un análisis equilibrado de la justificación del sufrimiento en razón de la dignidad y la experiencia relacional del paciente (Beauchamp & Childress, 2019; Akdeniz et al., 2021).

El uso de opioides, benzodiacepinas, y/o otros fármacos para el sufrimiento, pueden ser necesarias para el control de síntomas. Las intervenciones, aunque, son necesarias y pueden ser eficaces, siempre vienen con consecuencias como: sedación y/o la habilidad de comunicarse. Esto plantea una pregunta ética: ¿Hasta donde se puede aliviar el sufrimiento si esto lleva a una disminución de la conciencia y la capacidad de interactuar con el ambiente (Berger, 2014; Cherny & Radbruch, 2009)?

Desde la bioética clínica, no hay una sola respuesta para todos los casos. La solución debe basarse en el principio de la proporcionalidad terapéutica. Es decir, el control de los medios, los fines, los valores, deseos y la priorización y/o contexto que el paciente haya expresado (Berger, 2014; Cherny & Radbruch, 2009).

La producción académica en lengua española ha subrayado que la proporcionalidad terapéutica se ha configurado como un criterio que permite evitar, por un lado, la obstinación terapéutica y, por otro, la omisión injustificable de intervenciones que son clínicamente pertinentes. En relación con la paliación, este principio va más allá de la valoración de la acción terapéutica. En efecto, se va más allá y se apela a la consideración de la dimensión subjetiva que atañe al sentido que le otorga el paciente a su padecimiento, su anhelo por mantener la lucidez, o en ciertos casos, su preferencia por la paliación incluso si implica otras renunciaciones (Berger, 2014; Surges et al., 2024).

Por lo tanto, la decisión clínica no puede ser sólo un cálculo aritmético, sino que tiene que ser el resultado de una construcción argumentativa en la que se incorpore de manera deliberativa la voz del paciente y su familia, y que valore la multiplicidad de interacciones éticas que existen en la última etapa de la vida (Berger, 2014; Surges et al., 2024).

La sedación paliativa es una de las situaciones clínicas donde los clínicos tienen que hacer un juicio entre hacer el bien o hacer daño. En el ámbito de habla hispana, diferentes pacientes reclamos ético-clínicos aceptan que la sedación profunda se puede considerar moral y profesionalmente cuando se interponen las condiciones que afecten al paciente para que se considere que su estado provocará una enfermedad que produciría totalmente. Sin embargo, prescribir algo así no debería convertirse en rutina (Cherny & Radbruch, 2009; Surges et al., 2022).

Esto requiere una evaluación clínica, la evaluación de la naturaleza refractaria del síntoma, el consentimiento informado del paciente o de sus representantes, y una evaluación continua posterior de la proporcionalidad de la medida. Solo bajo estas condiciones se puede evitar la sobredosificación y la falta de justificación moral y, así, el equilibrio entre el alivio del sufrimiento y el respeto por la dignidad de la persona (Cherny & Radbruch, 2009; Surges et al., 2022).

Desde una perspectiva crítica, el riesgo de realizar intervenciones desproporcionadas no solo se centra en la orden de sedación, sino que se extiende a la prolongación de tratamientos invasivos que han dejado de ofrecer beneficios clínicamente significativos. Cuando los procedimientos diagnósticos o terapéuticos se mantienen en la medida en que ya no tienen un impacto positivo en la calidad de vida, se traduce en un sufrimiento innecesario y en una violación, aunque sea de manera indirecta, del principio de no maleficencia (Akdeniz et al., 2021; Berger, 2014).

En este sentido, la consideración ética debe incluir, más allá de la factibilidad técnica de la intervención, la pregunta más compleja de si, de hecho, se está contribuyendo al bienestar global del paciente, o si se está actuando en función de consideraciones institucionales, temores de consecuencias legales o por la dificultad emocional de confrontar la proximidad de la muerte (Akdeniz et al., 2021; Berger, 2014).

La propuesta de la Teoría de un Final Tranquilo de la Vida por Ruland y Moore, permite una referencia evaluativa orientada a resultados que incluyen de manera integral, la experiencia de paz y la protección de la dignidad. Este enfoque permite que la valoración clínica tradicional, que significa la de más valor, enfoque la valoración de una intervención que no se determine solamente por su eficacia en mitigar síntomas, sino, por su impacto en la experiencia global del paciente en el morir. En este sentido, Ruland y Moore posit a la Acción Asistencial-Eticamente-Legítima el Ser que Asiste a una Muerte Serene, con la integración de la personalidad, valores y creencias, y el respeto, con la exclusión del sufrimiento (Ruland & Moore, 1998; Surges et al., 2024).

Así, la teoría consigue convertir en objetivos clínicamente verificables la parte de la beneficencia que transforma la parte de la no maleficencia en un sentido formal, y es una defensa por la acción y pensamiento sobre el sentido y la calidad del cuidado (Ruland & Moore, 1998; Surges et al., 2024).

Igualmente, la ética del personal sanitario, es algo importante para la correcta aplicación del principio de la proporcionalidad terapéutica. Diferentes estudios, en varios contextos, de América Latina, han mostrado como la falta de una formación específica en bioética paliativa puede conducir a decisiones por omisión de procesos de deliberación suficientemente estructurados, dejando a la técnica o a los protocolos, la decisión de qué, cómo y a quién. Esta limitación, no solo empobrece el análisis, lo que puede dañar la coherencia moral de las intervenciones en el final de la vida (Alanazi et al., 2024; Gracia, 2001).

La implementación de herramientas para la ética deliberativa y la creación de espacios de diálogo interdisciplinario y reflexión, por el contrario, logran reforzar el alcance de la decisión compartida, favoreciendo alternativas más prudentes, más equilibradas y más ajustadas a los valores de la beneficencia y la no maleficencia de Alanazi et al, 2024, y Gracia, 2001).

Los valores de la beneficencia, la no maleficencia y la proporcionalidad terapéutica son, de por sí, pilares primordiales de la deliberación en la atención de paliativos, y su uso apropiado requiere una disciplina ética de orden. Se trata de encontrar un camino en el que se logre el objetivo de la definición del sufrimiento, y la persona no pierda la dignidad que le es inherente. El sentido se opone a la obstinación terapéutica y la prolongación de intervenciones que resulten absolutamente vanas; como también la retirada de los cuidados de forma anticipada de manera injustificada, pues ello significa abandono (surges et al., 2024; Berger, 2014).

Surges et al. (2024) y Berger (2014) afirman que entender las perspectivas del Clínico y del Integrador Moral junto con la incorporación de los modelos de perspectivas sobre el final de la vida (conocidos informalmente como las “Teorías del Quietus” en los Estudios sobre el Final de la Vida) fomenta una práctica de enfermería clínica que es crítica, sensible y centrada en la persona. Que cada decisión se tome no solo por la eficiencia técnica, sino que repose en el cierre con los valores, necesidades y experiencias vividas del paciente en el proceso de morir.

Dignidad humana y cuidado enfermero al final de la vida

El pilar axiológico entrelazado con más dignidad es el cuidado paliativo moderno, y es un marco prescriptivo que guía la práctica de enfermería en la etapa final de la vida. Desde la perspectiva de la bioética, la dignidad es más que la preservación de una vida biológica o la cesación del sufrimiento. Exige, en particular, el reconocimiento del valor de la persona, independientemente de su funcionamiento, pronóstico o dependencia (Kennedy, 2016; Rafii & Abredari, 2023).

En el final de la vida, es especialmente importante el principio de la vulnerabilidad, ya que el paciente puede emprender un proceso de separación de la autonomía, la identidad y las relaciones sociales (Kennedy, 2016; Rafii & Abredari, 2023).

La dignidad en el cuidado se traduce en la atención diaria que está compuesta por el respeto, la protección de la intimidad y el secreto de la información clínica, el reconocimiento de la historia del paciente y el respeto a su cultura y creencias, religiosas y familiares. En este sentido, el ejercicio de la enfermería es más que un dominio de técnicas o protocolos. Es un ejercicio ético que debe atender el reconocimiento de la persona como un sujeto de derechos y no como un objeto de intervenciones (Kennedy, 2016; World Health Organization, 2020).

Los autores mencionados insisten en que, por ejemplo, la dignidad que tiene cada uno de los individuos que viven el proceso de morir, exige una forma de asistir y acompañar, que

supere, por necesidad, la mera consideración instrumental de la prestación de los servicios, para que así, la singularidad e humanidad de la persona que atraviesa dicho proceso, sea verdaderamente significativa (Kennedy, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2020).

Desde el lugar que ocupa la enfermería, y que la hace insustituible en la protección de la dignidad en el morir, está en la relación que tiene el paciente y el familiar; porque esta relación le permite, en gran medida, el reconocimiento de una serie de necesidades emocionales, así como de preocupaciones que no son expresadas verbalmente, preferencias que, en ocasiones, no son evidentes en otros niveles de la atención. Tal como se establece en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, los cuidados paliativos, en este caso, se deben dirigir a la persona en su totalidad, incluyendo su red afectiva, y garantizar un acompañamiento sostenido y manteniendo la coherencia a lo largo del proceso (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Alanazi et al., 2024).

En este sentido, la práctica de la enfermería actúa como mediadora de la relación de los fundamentos éticos del cuidado y su ejercicio en el día a día, de forma que traduce principios como el respeto, la compasión y la dignidad en intervenciones que carecen de deshumanización y descontextualización, (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Alanazi et al., 2024).

En gran medida, el ejercicio de la enfermería en la etapa terminal de la vida implica acciones que, en apariencia, pueden ser catalogadas como banales. Sin embargo, en situaciones de gran vulnerabilidad, su significado puede ser de gran trascendencia. La manera de comunicarse, el tono de voz, el respeto por los silencios, la adecuación de los tiempos a los ritmos del paciente, la serenidad de la presencia en los momentos de angustia, son algunas de las dimensiones del cuidado que son imprescindibles. Estos actos no son accesorios del acto clínico, son materias sustantivas que crean la experiencia subjetiva del proceso de morir (Kennedy, 2016; Rafii & Abredari, 2023).

Una comunicación humanizada permite que se sienta el valor y la dignidad intrínseca de la persona, aun cuando su autonomía funcional se encuentre limitada por el deterioro de su cuerpo. De este modo, el cuidado de enfermería va más allá de una intervención técnica y acompaña éticamente la identidad y humanidad del paciente hasta el final de la vida, (Kennedy, 2016; Rafii & Abredari, 2023).

En el aspecto clínico, la dignidad está estrechamente relacionada con la posibilidad tangible de que esta persona pueda involucrarse en las decisiones que impactan su proceso de cuidado. Diversos marcos normativos, como la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España y otras leyes iberoamericanas sobre derechos de los pacientes, han subrayado el valor del consentimiento informado y de la voluntad anticipada como manifestaciones legales en imagen del respeto por la autonomía y la dignidad humanas. Sin embargo, la dignidad no se limita a su reconocimiento jurídico (Boletín Oficial del Estado, 2021; Tahmasebi, 2022).

Lo que está más allá de los dispositivos formales, se da cotidianamente en la relación terapéutica, a través de la escucha, el tratamiento honesto y la confianza que el profesional y el paciente se otorgan mutuamente. Es en esa interacción sostenida, caracterizada por el reconocimiento mutuo y la sensibilidad ética, que la dignidad toma un sentido real y vivencial (Boletín Oficial del Estado, 2021; Tahmasebi, 2022).

Brindar cuidados dignos, también implica, por supuesto, no llevar a cabo actos que puedan menoscabar la intimidad o la identidad de la persona, tales como la exposición física de forma innecesaria, la falta de privacidad en los cuidados, y el uso de un lenguaje técnico que quite de la experiencia al sujeto. Estas prácticas, aunque muchas veces están normalizadas en el proceso asistencial, generan despersonalización y pérdida de control (Akdeniz et al., 2021; Kennedy, 2016).

El Comité de Bioética ha enfatizado que en la atención de la vida, la parte final de la vida de una persona debe resguardarse la integridad moral de la persona, reconociendo que el sufrimiento no es solo físico, es también emocional y existencial. Por esto, la dignidad es el resultado de la atención que, además de contemplar el control de síntomas, abarque la dimensión integral y el área espiritual, afectiva y relacional, considerando la historia, las creencias y las relaciones significativas de la persona (Akdeniz et al, 2021; Kennedy, 2016).

Sin embargo, garantizar dignidad en el cuidado de la vida en su final no es solo la disposición ética o la sensibilidad personal del profesional sanitario. Está, en gran medida, condicionada por las situaciones estructurales en las que se desarrolla la práctica asistencial. Un conjunto de factores, como la sobrecarga laboral, la falta de personal, la ausencia de capacitación específica en cuidados paliativos y la escasez de insumos, puede limitar enormemente la posibilidad de ofrecer atención humanizada (Alanazi et al, 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

La falta de programas de capacitación de bioética paliativa, que ha sido identificado en distintos contextos latinoamericanos, se suma a la falta de seguridad en la toma de decisiones difíciles, y promueve intervenciones que se centran prácticamente en la parte técnica de la prestación de cuidados, dejando de lado aspectos que son tan o más importantes como la comunicación, el acompañamiento, y la reflexión ética (Alanazi et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida, en este sentido, ofrece un marco que permite traducir la dignidad en términos clínicos. Este modelo, al hablar de resultados observables de confort, calma, buen control del dolor y la posibilidad de mantener relaciones significativas, ayuda a evaluar de manera objetiva el efecto de los cuidados en la experiencia del paciente (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

De esta manera, la dignidad deja de ser un enunciado abstracto y se convierte en un criterio evaluable dentro de la práctica asistencial, siendo la base de una enfermería que se fundamenta en la reflexión ética, la autorreflexión profesional y el compromiso con la

mejora continua en la calidad del cuidado en la vida final (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023). Desde un enfoque crítico y reflexivo, la dignidad humana en la fase final de la vida es una construcción emergente y no un atributo. Es el resultado de la confluencia de la ética profesional, la cultura institucional que enmarca la práctica asistencial y la regulación y/o legislación de políticas públicas. En este escenario se entrelazan decisiones clínicas, valores filosóficos y condicionantes institucionales que afectan directamente la experiencia del paciente. La enfermería tiene un rol fundamental, porque su contacto con la persona en la etapa final de vida es cercano y continuo (Gracia, 2001; Rafii & Abredari, 2023).

Esa proximidad le otorga la posibilidad y la responsabilidad de articular el conocimiento científico con la empatía, la prudencia deliberativa y el respeto por la singularidad del paciente. En gran medida, la calidad moral del cuidado ofrecido depende de esa integración equilibrada entre competencia técnica, sensibilidad humana y reflexión ética continua (Gracia, 2001; Rafii & Abredari, 2023).

Justicia y equidad en el acceso a cuidados paliativos

El principio de justicia ocupa un lugar central en la bioética del final de la vida, en tanto exige que los recursos sanitarios se distribuyan de manera equitativa y que todas las personas puedan acceder, sin discriminación, a cuidados paliativos de calidad. Este mandato no se limita a una aspiración normativa, sino que compromete a los sistemas de salud a garantizar condiciones reales de acceso y continuidad asistencial. Sin embargo, la realidad en diversos países de América Latina y en otras regiones evidencia brechas persistentes vinculadas a desigualdades territoriales, limitaciones económicas y barreras culturales (World Health Organization, 2020; Pan American Health Organization, 2021).

Estas diferencias estructurales impactan directamente en la experiencia del proceso de morir, ya que determinados grupos sociales enfrentan mayor probabilidad de padecer dolor insuficientemente controlado, escaso acompañamiento interdisciplinario y menor soporte emocional. En consecuencia, la justicia en cuidados paliativos no puede reducirse a la proclamación formal de derechos, sino que requiere políticas concretas que disminuyan las desigualdades y aseguren que la dignidad al final de la vida no dependa del lugar de residencia ni de la condición socioeconómica del paciente (World Health Organization, 2020; Pan American Health Organization, 2021).

Entre los factores que profundizan la inequidad en el acceso a cuidados paliativos, las barreras geográficas ocupan un lugar determinante. En numerosas regiones rurales o zonas periféricas, la ausencia de unidades especializadas y de equipos interdisciplinarios limita de manera significativa la posibilidad de recibir una atención integral al final de la vida. Esta carencia se traduce en dificultades para acceder a una analgesia adecuada, seguimiento continuo y acompañamiento profesional oportuno. A ello se agregan restricciones de carácter económico que condicionan la adquisición de medicamentos esenciales, en particular opioides destinados al control del dolor, cuya disponibilidad

continúa sujeta a obstáculos regulatorios y logísticos en distintos contextos nacionales (Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

Estas limitaciones no solo incrementan el sufrimiento evitable, sino que configuran una vulneración indirecta del derecho a la salud y tensionan el principio de justicia distributiva, al establecer diferencias sustanciales en la calidad del cuidado según el lugar de residencia o la capacidad económica del paciente (Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

Desde un enfoque ético de carácter estructural, la justicia aplicada a los cuidados paliativos trasciende la noción de igualdad meramente formal y demanda un criterio de equidad que reconozca las diferencias reales entre poblaciones y territorios. No se trata únicamente de ofrecer los mismos recursos a todos, sino de distribuirlos de manera proporcional a las necesidades específicas de cada grupo, considerando sus condiciones sociales, geográficas y económicas (World Health Organization, 2020; Ministerio de Sanidad, 2023).

En este sentido, la justicia implica diseñar e implementar políticas públicas que fortalezcan la atención primaria, impulsen la formación especializada del personal sanitario en zonas rurales y aseguren la disponibilidad continua de medicamentos esenciales para el control del dolor y otros síntomas complejos. Asimismo, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han señalado que incorporar de manera efectiva los cuidados paliativos en los sistemas nacionales de salud no constituye una opción discrecional, sino una responsabilidad ética y sanitaria vinculada a la salvaguarda de la dignidad humana en todas las etapas de la vida (World Health Organization, 2020; Ministerio de Sanidad, 2023).

En consecuencia, la noción de muerte digna no puede limitarse al plano conceptual o estrictamente clínico, sino que debe interpretarse también como una cuestión de justicia social. Resulta insuficiente disponer de marcos teóricos consistentes si los sistemas sanitarios no aseguran las condiciones materiales y organizativas necesarias para hacerlos efectivos. La ausencia de recursos, la desigual distribución de servicios especializados y las brechas territoriales transforman la dignidad en un privilegio y no en un derecho (Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

Por ello, garantizar un acceso equitativo a cuidados paliativos integrales constituye no solo una exigencia ética, sino también un compromiso político que interpela a las políticas públicas y a la estructura misma del sistema de salud, superando el ámbito de la responsabilidad clínica individual (Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

Desafíos y aportes de la teoría para la práctica enfermera

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore es una de las mayores aportes a la enfermería paliativa actual, al presentar un modelo orientado a la obtención de resultados clínicos como el confort total, la paz emocional, el control del dolor, y la

existencia de relaciones significativas. Desde una mirada crítica, Ruland y Moore destacan por intentar articular la autonomía del paciente con una actitud activa y a la cuidado paliativo integrador, superando la oposición entre el respeto a la decisión y la responsabilidad del profesional de la salud (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

La dignidad, en este planteamiento, no es simplemente la capacidad de escoger; es posible y necesario crear condiciones de bienestar, de tal forma que la persona que enfrenta el final de su vida, pueda hacerlo rodeado de respeto, compañía y humanidad (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

Convertir principios éticos en resultados clínicos verificables es una forma clara y práctica de cómo las intervenciones pueden ser evaluadas y, de forma práctica, cómo pueden influir en la experiencia de los pacientes en el proceso de morir. Esta práctica es de especial interés en el cuidado paliativo donde la práctica institucional tiende a dar más importancia a la eficiencia de las intervenciones y los resultados biomédicos, en lugar de la experiencia (Ruland & Moore, 1998; Alanazi et al., 2024).

Por esta razón, la teoría se traduce en algo más que enunciados ideales, sino que se dirige el pensamiento clínico a una pregunta clave: las decisiones tomadas en todo momento, ¿realmente favorecen que la persona que se encuentra en una etapa avanzada de la vida, o el ciclo vital, muera de una forma serena y digna? (Ruland & Moore, 1998; Alanazi et al., 2024).

El desarrollo práctico del modelo tiene, sin embargo, algunas limitaciones. Para ser ejecutado, se deben reunir ciertas condiciones, como la disponibilidad de equipos interdisciplinarios, capacitación formal, ciertas habilidades de comunicación clínica, así como la existencia de sistemas de evaluación que permitan valorar de forma continua la relación entre los objetivos del cuidado y los resultados. Estas condiciones, por desgracia, no se encuentran sistemáticamente implementadas, en los sistemas de salud en la actualidad. También, la falta de formación en bioética aplicada a los paliativos puede dificultar la comprensión del enfoque, así como limitar la aplicación del mismo en la práctica diaria, y hacer que se convierta en un referente teórico que no se traduce en la realidad a la hora de tomar decisiones clínicas (Alanazi et al., 2024; Surges et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2023).

La teoría sigue atrapando defecciones pero tiene un notable potencial como referente ético y clínico para reorientar la teoría y práctica del cuidado al final de la vida desde una perspectiva genuinamente centrada en la persona. La teoría ofrece una de las reflexiones más completas que permiten rebasar la perspectiva estrictamente biomédica y ver al paciente como una persona portadora de valores, creencias y una historia que debe ser respetada hasta el último instante y no simplemente un cuerpo biológico. En este sentido, la propuesta apoya la práctica de la enfermería en una manera más deliberativa, en el sentido de una evaluación continua de las decisiones y la congruencia entre los fines de la terapia y los humanizadores del cuidado (Gracia, 2001; Ruland & Moore, 1998).

La teoría, al articular como dimensiones la totalización del confort físico, la estabilidad emocional y el control de la angustia y el respeto por la autonomía, contribuye a una atención clínicamente, éticamente y técnicamente responsable, a la dignidad del morir y al proceso de morir (Gracia, 2001; Ruland & Moore, 1998).

Implicaciones para la formación, la gestión y la política sanitaria

La revisión mostró que la utilidad de la teoría no se agotó en la interpretación conceptual de la muerte digna, sino que ofreció un referente para la formación clínica del personal de enfermería. Incorporar sus cinco resultados prescriptivos en programas de pregrado y posgrado facilitaría que el estudiantado relacione el razonamiento ético con criterios observables de calidad del cuidado. Esta traducción pedagógica puede ayudar a superar una enseñanza fragmentada, en la que los principios bioéticos se estudian de forma abstracta y desvinculada de las decisiones concretas que se enfrentan junto a la cama del paciente (Ruland & Moore, 1998; Alanazi et al., 2024).

De manera particular, la teoría refuerza la necesidad de entrenar habilidades comunicativas avanzadas. El cuidado al final de la vida exige conversaciones difíciles sobre pronóstico, objetivos terapéuticos, sedación, despedida, preferencias de lugar de atención y límites de tratamiento. Tales conversaciones no dependen únicamente de empatía espontánea; requieren preparación deliberada, lenguaje claro, escucha activa y manejo del silencio. Cuando estas competencias faltan, aumenta el riesgo de que las decisiones se tomen de forma tardía, confusa o paternalista, y de que el alivio del sufrimiento se desconecte de la experiencia subjetiva del paciente y de su familia (Kuosmanen et al., 2021; Tahmasebi, 2022).

Otro hallazgo relevante fue la importancia de la planificación anticipada y del registro clínico oportuno de preferencias y objetivos de cuidado. En escenarios de deterioro progresivo, la ausencia de documentación sobre valores, límites y prioridades favorece conflictos familiares, decisiones reactivas y tratamientos desproporcionados. Por el contrario, cuando el equipo documenta acuerdos y actualiza la información conforme evoluciona la enfermedad, la autonomía se vuelve más protegible y la continuidad del cuidado mejora. La teoría de Ruland y Moore aporta una estructura operativa para esa documentación, porque permite registrar no solo intervenciones, sino también resultados vinculados con paz, confort y cercanía significativa (Ruland & Moore, 1998; Ministerio de Sanidad, 2023).

La implementación coherente de este marco exige además fortalecer el trabajo interdisciplinario. La experiencia del final de la vida desborda las competencias de una sola profesión y requiere coordinación entre enfermería, medicina, psicología, trabajo social, apoyo espiritual y, cuando es pertinente, asesoría ética. La revisión indicó que los equipos que deliberan conjuntamente alcanzan decisiones más prudentes y consistentes con los valores del paciente. En cambio, cuando el proceso queda fragmentado, emergen mensajes contradictorios, duplicidad de intervenciones y una sensación de abandono moral tanto en pacientes como en profesionales (Alanazi et al., 2024; Gracia, 2001).

Las implicaciones alcanzan también a la organización de servicios y a la gestión sanitaria. El acceso oportuno a cuidados paliativos depende de rutas de derivación claras, disponibilidad de medicamentos esenciales, apoyo domiciliario y articulación entre niveles asistenciales. Informes internacionales y nacionales coinciden en que la cobertura sigue siendo desigual, con mayor fragilidad en áreas rurales, periferias urbanas y contextos con bajo desarrollo de redes comunitarias. En esos escenarios, la muerte digna deja de ser un estándar universal y se convierte en una posibilidad condicionada por territorio, recursos y capacidad institucional, lo que tensiona de forma directa el principio de justicia (World Health Organization, 2020; Pan American Health Organization, 2021; Ministerio de Sanidad, 2023).

La teoría revisada también ofrece una base útil para diseñar indicadores de calidad sensibles a la experiencia del paciente. Más allá de medir consumo de opioides, estancias hospitalarias o frecuencia de derivación, podrían incorporarse indicadores vinculados con control efectivo del dolor, percepción de respeto, participación en decisiones, acompañamiento familiar y evaluación de paz o serenidad. Aunque algunos de estos resultados son complejos de operacionalizar, su incorporación ampliaría la comprensión de calidad asistencial y evitaría reducir el éxito clínico del final de la vida a métricas exclusivamente biomédicas o administrativas (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

Un aspecto que merece atención es el impacto del cuidado paliativo sobre las familias y sobre el propio equipo profesional. El sufrimiento al final de la vida no es individual; se distribuye relacionamente y puede expresarse en sobrecarga del cuidador, angustia anticipatoria, duelo complejo o distrés moral del personal sanitario. La evidencia revisada indicó que los equipos mejor preparados para sostener conversaciones honestas, acompañar despedidas y ofrecer apoyo emocional también protegen mejor su propia salud moral. Por ello, la humanización del final de la vida debe incluir dispositivos de supervisión, espacios de reflexión y estrategias institucionales de apoyo al equipo (Pan American Health Organization, 2021; Alanazi et al., 2024).

En síntesis, la proyección práctica de la teoría supera el plano de la relación enfermera-paciente y se extiende a la docencia, la gestión, la evaluación de calidad y las políticas públicas. Su vigencia radica en recordar que el buen cuidado al final de la vida no puede reducirse a una decisión puntual, sino que requiere sistemas capaces de sostener deliberación, recursos y continuidad. Asumir esa exigencia permitiría que la dignidad, la paz y el alivio del sufrimiento dejaran de ser aspiraciones retóricas y se convirtieran en compromisos verificables dentro de la atención paliativa contemporánea (Ruland & Moore, 1998; Surges et al., 2024).

Conclusiones

La revisión permitió sostener que la muerte digna en cuidados paliativos no dependió únicamente del control técnico de síntomas ni de la invocación abstracta de principios

bioéticos. Su concreción exigió integrar alivio del sufrimiento, respeto por la autonomía, protección de la dignidad y acompañamiento relacional dentro de decisiones prudentes y contextualizadas. En ese proceso, la enfermería ocupó una posición insustituible, porque su proximidad con el paciente le permitió advertir necesidades, matices emocionales y preferencias que a menudo no emergieron en otros espacios asistenciales.

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida conservó vigencia como marco de alcance medio para orientar la práctica clínica. Su principal fortaleza residió en transformar valores generales en resultados observables: ausencia de dolor, confort, paz, dignidad y cercanía significativa. Esa operacionalización facilitó valorar la calidad del cuidado desde la experiencia del paciente y no solo desde indicadores biomédicos, lo que resultó especialmente pertinente en situaciones donde la finalidad curativa dejó de ser el eje central de la atención (Ruland & Moore, 1998; Rafii & Abredari, 2023).

La autonomía apareció en la literatura como una capacidad vulnerable, dinámica y relacional. Por ello, el análisis mostró que las decisiones al final de la vida debieron construirse mediante diálogo, información clara, planificación anticipada y deliberación compartida. Respetar la autonomía no implicó abandonar al paciente a decisiones solitarias, sino crear condiciones para que sus valores siguieran orientando el cuidado aun cuando la enfermedad limitara su lucidez o su independencia funcional. En ese terreno, la teoría examinada ofreció un lenguaje práctico para equilibrar deseos, sufrimiento y posibilidades clínicas.

De igual modo, la revisión confirmó que la beneficencia y la no maleficencia no podían aplicarse sin el criterio de proporcionalidad terapéutica. Intervenir más no siempre significó cuidar mejor, y aliviar un síntoma no siempre aseguró un final digno si el costo fue la pérdida injustificada de comunicación, sentido o vínculo. La deliberación ética requirió evaluar medios, fines y valores en cada caso concreto. Esa evaluación solo fue consistente cuando existieron equipos capacitados, comunicación interdisciplinaria y tiempo institucional para reflexionar sobre el sentido moral de las decisiones tomadas.

Por último, la muerte digna también se reveló como una cuestión de justicia sanitaria. La teoría de Ruland y Moore ofreció una orientación robusta, pero su realización efectiva dependió de sistemas de salud capaces de garantizar acceso oportuno, formación específica, recursos esenciales y continuidad asistencial. En consecuencia, fortalecer los cuidados paliativos no fue solo una tarea clínica; constituyó también un compromiso organizativo y político con la dignidad humana. Desde esa perspectiva, la práctica enfermera encontró en esta teoría una base útil para articular competencia técnica, sensibilidad moral y defensa activa de una atención centrada en la persona hasta el final de la vida.

Referencias Bibliográficas

- Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine*, 9, 20503121211000918. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
- Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: A systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nursing*, 23(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873>
- Berger, J. T. (2014). The proportionate value of proportionality in palliative sedation. *The Journal of Clinical Ethics*, 25(3), 219–221. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25192346/>
- Boletín Oficial del Estado. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581–593. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: El método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18–23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9244674>
- Kennedy, G. (2016). The importance of patient dignity in care at the end of life. *Ulster Medical Journal*, 85(1), 45–48. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4847835/>
- Kuosmanen, L., Hupli, M., Ahtiluoto, S., & Haavisto, E. (2021). Patient participation in shared decision-making in palliative care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3415–3428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15866>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: Periodo 2015–2020*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/Informe_estrategia_paliativos._Accesible.pdf
- Pan American Health Organization. (2021, March). *Palliative care in the Americas*. <https://www.paho.org/en/stories/palliative-care-americas>
- Rafii, F., & Abredari, H. (2023). Death with dignity in end-of-life nursing care: Concept analysis by Rodgers' evolutionary method. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(2), 179–187. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_440_21
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169–175. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)
- Surges, S. M., Garralda, E., Jaspers, B., Brunsch, H., Rijpstra, M., Hasselaar, J., Van der Elst, M., Menten, J., Csikós, Á., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Centeno, C., & Radbruch, L. (2022). Review of European guidelines on palliative sedation: A foundation for the updating

of the European Association for Palliative Care framework. *Journal of Palliative Medicine*, 25(11), 1721–1731. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0646>

Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B., Apostolidis, K., Cardone, A., Centeno, C., Cherny, N., Csikós, Á., Fainsinger, R., Garralda, E., Ling, J., Menten, J., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Preston, N., Van den Block, L., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(2), 213–228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>

Tahmasebi, M. (2022). Ethics and palliative care: A case of patient's autonomy. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15, 16. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v15i16.11574>

World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Contribuciones de los autores:

Anderson Santiago Piedra Arias¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Daysi Fernanda Suarez Peñafiel²: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Lizeth Pacari Salazar Santacruz³: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Anderson Winstong Toala Bayas⁴: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés