

Eduardo Daniel Anica-Malagón^{1a}, Yareni Natividad Salgado-Abrego^{2b}

Resumen

La muerte del médico representa un punto de máxima tensión entre los valores de la medicina moderna y los límites éticos del cuidado. Este artículo de revisión analiza cómo los médicos enfrentan el final de su propia vida y qué cuidados reciben en comparación con la población general. Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada entre 2014 y 2025 en las bases de datos *PubMed*, *Scopus* y *SciELO*, utilizando los descriptores MeSH y DeCS: "Cuidados al final de la vida", "Cuidados paliativos", "Actitud ante la muerte", "Personal de salud" y "Derecho a morir". Los hallazgos muestran que, aunque los médicos expresan preferencia por una muerte digna, con proporcionalidad terapéutica y control sintomático, muchos continúan falleciendo bajo esquemas de alta intervención tecnológica. México carece de registros clínicos que documenten cómo mueren sus médicos, lo que revela una brecha entre la intención ética y la práctica institucional. Este análisis propone desarrollar un estudio observacional que caracterice la intensidad terapéutica, el respeto a la autonomía y el sufrimiento moral del equipo tratante como problemas bioéticos y ocupacionales dentro del sistema de salud.

Abstract

A physician's death represents a critical point of tension between the values of modern medicine and the ethical limits of care. This review article analyzes how physicians face their own end of life and the type of care they receive compared with the general population. A narrative review of literature published between 2014 and 2025 was conducted using PubMed, Scopus, and SciELO databases with the MeSH and DeCS descriptors: "Terminal care", "Palliative care", "Attitude to death", "Health personnel", "Right to die". Findings show that although physicians express a preference for a dignified death with therapeutic proportionality and symptom control, many still die under highly technological and interventionist schemes. Mexico lacks systematic data documenting how its physicians die, revealing a gap between ethical intention and institutional practice. This analysis proposes developing an observational study to characterize therapeutic intensity, respect for autonomy, and the moral distress experienced by healthcare teams as bioethical and occupational issues within the health system.

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Servicio de Geriátría. Ciudad de México, México.

²IMSS Bienestar, Región 2, Unidad de Salud "Dr. Manuel Pesqueira", Servicio de Consulta Externa. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-2850-9445^a, 0009-0008-7040-1113^b

Palabras clave

Cuidados al Final de la Vida
Cuidados Paliativos
Actitud Frente a la Muerte
Personal de Salud
Derecho a Morir

Keywords

Hospice Care
Palliative Care
Attitude to Death
Health Personnel
Right to Die

Fecha de recibido: 03/11/2025

Fecha de aceptado: 14/01/2026

Comunicación con:

Eduardo Daniel Anica Malagón

 anicamalagon@gmail.com

 55 2789 2000, extensión 1059

Cómo citar este artículo: Anica-Malagón ED, Salgado-Abrego YN. Cuando el que cura muere. El médico al final de la vida. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(4):e6961. doi: 10.5281/zenodo.19076238

Introducción

La medicina moderna se edificó sobre la promesa de combatir la enfermedad y prolongar la vida. Sin embargo, ese mandato alcanza su límite más profundo cuando el paciente es el propio médico. En ese momento, la frontera entre curar y cuidar se diluye, y la práctica profesional se confronta con su propia vulnerabilidad.¹

El movimiento de cuidados paliativos, impulsado por la médica británica Cicely Saunders, cambió la manera de entender el sufrimiento humano al introducir el concepto de *dolor total*, que integra las dimensiones física, emocional, social y espiritual del enfermar y del morir.² A pesar de los avances en medicina paliativa, las unidades de cuidados intensivos (UCI) siguen siendo escenarios donde predominan las intervenciones tecnológicas, aun en situaciones irreversibles.³

Varios estudios han demostrado que los médicos, a diferencia de la población general, suelen morir bajo tratamientos más invasivos y prolongados. En Estados Unidos, por ejemplo, los médicos presentan una mayor probabilidad de fallecer en hospitales y de recibir soporte vital avanzado en comparación con otros profesionales.⁴ Aunque la mayoría expresa preferencia por una muerte digna y control de síntomas, la brecha entre los ideales clínicos y la práctica personal persiste.⁵

Durante la pandemia de COVID-19, el personal sanitario enfrentó una sobrecarga física y emocional sin precedentes. Los médicos presentaron exceso de mortalidad y mayor riesgo de afectación psicoemocional debido al estrés acumulado y la exposición prolongada a situaciones críticas.⁶ Paralelamente, los estudios sobre suicidio médico confirman que este grupo profesional mantiene tasas más altas que otras ocupaciones de nivel educativo similar.⁷

En México, aún no se cuenta con registros clínicos que describan cómo mueren los médicos ni con estudios que evalúen el cumplimiento de sus voluntades anticipadas. Las estadísticas nacionales solo informan causas generales de defunción —enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus (DM) y cáncer— sin detallar las condiciones del fallecimiento.⁸ Informes recientes de la Academia Nacional de Medicina de México sugieren una disminución de la esperanza de vida en ciertas especialidades, probablemente vinculada al estrés y a la sobrecarga laboral.⁹

A nivel institucional, se ha documentado un incremento del sufrimiento moral y del agotamiento profesional cuando se mantienen tratamientos considerados fútiles. Estos factores impactan la salud mental del equipo sanitario y ponen en riesgo la calidad del cuidado.¹⁰

A pesar del creciente interés mundial por los cuidados paliativos y la toma de decisiones al final de la vida, la evidencia que aborda específicamente la experiencia del médico frente a su propia muerte continúa siendo limitada y fragmentaria. La mayor parte de los estudios disponibles procede de contextos internacionales previos a la pandemia y se centra en poblaciones distintas al ámbito latinoamericano. En México, la carencia de registros clínicos y de análisis sistemáticos sobre este fenómeno revela un vacío de información que otorga especial pertinencia a la integración crítica de la literatura existente y a la propuesta de nuevas líneas de investigación nacional.¹¹

Ante esta realidad, surge la pregunta que guía el presente trabajo: *¿Cómo mueren los médicos y qué tan coherente es su final de vida con los valores éticos que profesan?*

El propósito de este artículo es analizar la evidencia científica y bioética sobre la muerte del médico, comparando los cuidados que reciben con los que expresan desear e identificando los vacíos de información en el contexto nacional. Asimismo, se propone la base conceptual para un estudio clínico observacional mexicano que evalúe la intensidad terapéutica, el respeto a la autonomía y el sufrimiento moral del personal sanitario como dimensiones éticas y ocupacionales del sistema de salud.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque descriptivo, analítico y clínico-bioético, orientada a responder la pregunta central del estudio: *¿Cómo mueren los médicos y qué tan coherente es su final de vida con los valores éticos que profesan?* Este diseño fue seleccionado dada la naturaleza clínica, ética y conceptual del fenómeno analizado, lo cual hizo inapropiado plantear una revisión sistemática o un metaanálisis. En su lugar, se optó por una integración crítica de la evidencia empírica disponible, complementada con marcos teóricos, normativos y reflexivos relevantes.¹²

La búsqueda bibliográfica se efectuó entre enero de 2014 y julio de 2025 en las bases de datos *PubMed/MEDLINE*, *Scopus*, *SciELO* y *Google Scholar*. Se utilizaron los descriptores DeCS/MeSH: Cuidados al final de la vida, *Cuidados paliativos*, *Actitud ante la muerte*, *Personal de salud* y *Derecho a morir*, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Los filtros aplicados incluyeron artículos en idioma inglés y español, población adulta humana y textos completos revisados por pares. Se excluyeron cartas al editor, resúmenes de congresos y publicaciones duplicadas.¹³ De manera complementaria, se realizó una búsqueda manual dirigida a partir de las referencias de artí-

culos clave, así como de documentos de consenso, guías clínicas y reportes institucionales emitidos por sociedades científicas y organismos internacionales.

Se incluyeron estudios observacionales y poblacionales que aportaran datos empíricos sobre mortalidad, intensidad de la atención al final de la vida, preferencias anticipadas o suicidio en médicos; revisiones narrativas y sistemáticas relevantes para cuidados paliativos, bioética y sufrimiento moral; declaraciones de consenso y guías clínicas de sociedades científicas; documentos institucionales con información epidemiológica oficial; así como trabajos considerados clásicos con valor teórico fundacional para la comprensión contemporánea del final de la vida y de la práctica paliativa. Aunque se priorizaron estudios publicados en los últimos cinco años con el fin de garantizar la actualidad de la evidencia empírica, se conservó un conjunto acotado de trabajos publicados hace más de cinco años por su valor teórico, normativo o fundacional, indispensable para delimitar el marco interpretativo de la revisión. En este sentido, Gawande en 2014¹ fue incluido como referencia conceptual de base para comprender, desde la perspectiva clínica, la toma de decisiones centrada en valores, la noción de calidad de vida y la tensión entre prolongación de la vida y objetivos del cuidado, elementos necesarios para interpretar la coherencia entre valores profesionales y atención recibida al final de la vida. Asimismo, Bosslet *et al.*, en 2015,³ se incorporó como un referente clásico para estructurar el análisis bioético-operativo de la futilidad y de los tratamientos potencialmente inapropiados en cuidados intensivos, lo que permite discutir con precisión la intensidad terapéutica y sus justificaciones en escenarios de alta complejidad. De manera complementaria, Matlock *et al.*, en 2016,⁴ y Wunsch *et al.*, en 2019,⁵ se mantuvieron por su carácter fundacional al documentar, mediante diseños poblacionales comparativos, patrones de utilización de servicios y diferencias entre médicos y no médicos al final de la vida, funcionando como puntos de referencia necesarios para contextualizar y contrastar la evidencia más reciente. En el plano conceptual, Aghabarary y Yaghoobzadeh, en 2016,¹⁴ se conservaron por aportar un marco definitorio sobre futilidad médica y sus dilemas, útil para interpretar decisiones desproporcionadas y su relación con el sufrimiento moral. En paralelo, Zwakman *et al.*, en 2018,¹⁵ se incluyó por sintetizar determinantes y resultados de la planificación anticipada de cuidados, permitiendo anclar el análisis de preferencias y decisiones al final de la vida en un marco consolidado de evidencia previa. Finalmente, la Asociación Médica Mundial, en 2015, con revisión en 2025,¹⁶ se integró como referencia normativa de base sobre bienestar médico y responsabilidades institucionales, y Foster y Roberts, en 2016,¹⁷ como soporte teórico para comprender la identidad profesional y los modelos de rol que pueden influir en la forma en que los médicos enfrentan su propia muerte y toman decisiones al final de la vida.

Se excluyeron las publicaciones sin relación directa con el final de la vida del médico, estudios centrados exclusivamente en pacientes no médicos sin análisis comparativo, textos sin sustento clínico o bioético pertinente y duplicados.

Tras el proceso de depuración por título, resumen y lectura a texto completo, se seleccionaron finalmente 27 publicaciones, que corresponden a la totalidad de las referencias incluidas en el manuscrito y sustentan el análisis narrativo desarrollado. De este conjunto, once corresponden a estudios empíricos observacionales, poblacionales, cualitativos o de intervención, que aportan información sobre mortalidad, utilización de servicios de salud, toma de decisiones y riesgos específicos en médicos y otros profesionales de la salud; seis a revisiones narrativas o sistemáticas relacionadas con cuidados paliativos, bioética, planificación anticipada y sufrimiento moral; tres a guías clínicas, consensos o declaraciones profesionales de sociedades científicas; cuatro a documentos institucionales u oficiales con información normativa o epidemiológica, y tres a trabajos teóricos, conceptuales o metodológicos, incluidos para delimitar los marcos interpretativos del análisis. Esta diversidad de fuentes permitió integrar de manera equilibrada evidencia empírica, marcos conceptuales, recomendaciones normativas y contexto institucional. No se aplicaron herramientas formales de evaluación del riesgo de sesgo, en congruencia con el carácter narrativo de la revisión. Cada artículo incluido fue analizado de forma cualitativa, registrando año de publicación, país de origen, diseño metodológico, población estudiada y principales hallazgos. La información se organizó en tres ejes temáticos que estructuran el desarrollo del artículo: la experiencia del médico ante su propia muerte, la intensidad terapéutica y las decisiones clínicas al final de la vida, así como las implicaciones éticas y ocupacionales derivadas del sufrimiento moral del equipo sanitario. Las fuentes normativas, incluidas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y reportes nacionales, se contrastaron con los hallazgos empíricos para construir un análisis interpretativo y contextualizado, con especial énfasis en el contraste entre la evidencia internacional y el contexto mexicano.¹¹

Finalmente, se elaboró una síntesis narrativa integradora que permitió identificar patrones recurrentes, tensiones éticas, vacíos de conocimiento y áreas de oportunidad. Este proceso analítico sustenta la pertinencia de desarrollar un estudio clínico observacional en México que caracterice de manera sistemática la trayectoria del final de vida del médico y explore los factores institucionales que influyen en la coherencia —o discrepancia— entre sus valores profesionales y la atención que recibe al final de la vida.⁴

Desarrollo

1. La experiencia del médico ante su propia muerte

La experiencia del médico frente a su propia muerte constituye un fenómeno complejo, determinado por la interacción entre el conocimiento clínico, la identidad profesional y los valores personales. Diversos trabajos han señalado que el médico enfrenta el final de la vida desde una posición singular, marcada por su familiaridad con el pronóstico, la futilidad terapéutica y la evolución de las enfermedades avanzadas, lo que introduce tensiones específicas en la manera en que conceptualiza su propio proceso de morir.⁵

La formación médica, históricamente orientada a la intervención, curación y control de la enfermedad, configura una cultura profesional que puede dificultar la aceptación de la propia vulnerabilidad. En este contexto, el tránsito del rol de cuidador al de paciente implica una reconfiguración identitaria que no siempre ocurre de manera fluida, ya que el médico permanece inmerso en marcos simbólicos y expectativas institucionales que privilegian la acción terapéutica.⁶

Desde una perspectiva ética, esta situación ha sido interpretada como una forma de disonancia ética al final de la vida, en la que el conocimiento clínico y bioético no se traduce automáticamente en decisiones personales coherentes con la propia filosofía de cuidado. Esta disonancia expresa una tensión estructural entre los valores declarados y las prácticas asistenciales internalizadas a lo largo de la trayectoria profesional, sin que ello implique necesariamente una contradicción consciente o deliberada.¹⁸

En Latinoamérica, el análisis de esta experiencia es aún limitado. Las publicaciones disponibles se concentran principalmente en aproximaciones cualitativas o reflexivas que exploran dimensiones como la negación del deterioro, el autocontrol emocional y el aislamiento profesional, así como un acceso menos estructurado a equipos de cuidados paliativos.¹⁹ Estas aproximaciones subrayan la necesidad de comprender la muerte del médico como un proceso atravesado por factores culturales, profesionales e institucionales propios del contexto regional.

2. Decisiones clínicas e intensidad terapéutica al final de la vida

Las decisiones clínicas al final de la vida del médico se inscriben en un entramado complejo de factores individuales, profesionales e institucionales. La identidad médica, el acceso privilegiado a tecnología sanitaria y la pertenencia a

estructuras jerárquicas influyen de manera relevante en la definición de los objetivos de cuidado cuando la enfermedad progresa hacia fases avanzadas e irreversibles.¹⁴

El concepto de intensidad terapéutica ha sido desarrollado para describir la persistencia de intervenciones médicas en escenarios donde el beneficio clínico es limitado o incierto. Desde una perspectiva ética, esta noción se vincula con el principio de proporcionalidad terapéutica y con el riesgo de encarnizamiento cuando la finalidad de la medicina se desplaza de aliviar el sufrimiento hacia la prolongación biológica de la vida. La literatura reciente enfatiza la necesidad de que la formación médica incorpore herramientas para reconocer estos límites de manera oportuna.²⁰

En el caso del médico como paciente, la delimitación de la proporcionalidad terapéutica adquiere una complejidad adicional. El conocimiento técnico, lejos de operar únicamente como un facilitador de decisiones informadas, puede actuar también como un obstáculo para aceptar la irreversibilidad y redefinir los objetivos del cuidado, particularmente en entornos altamente tecnificados como las unidades de cuidados intensivos.

En el contexto mexicano, la existencia de marcos normativos como la Ley de Voluntad Anticipada contrasta con su incorporación limitada en la práctica clínica cotidiana. Esta brecha pone de manifiesto la distancia entre el conocimiento normativo y su aplicación efectiva, y plantea interrogantes sobre los factores culturales e institucionales que condicionan las decisiones al final de la vida en los profesionales de la salud.²¹

3. Sufrimiento moral y repercusiones ocupacionales

El sufrimiento moral se define como la vivencia de reconocer la acción éticamente correcta, pero verse impedido de actuar en consecuencia debido a barreras internas o externas. En los profesionales de la salud, este fenómeno ha sido reconocido como un problema relevante de salud ocupacional, especialmente en contextos de alta complejidad clínica y carga emocional.

En los médicos, el sufrimiento moral se asocia con desgaste profesional, sentimientos de culpa y pérdida de sentido del ejercicio médico, particularmente cuando la identidad profesional entra en conflicto con la experiencia de vulnerabilidad asociada a la enfermedad avanzada y la proximidad de la muerte.

Situaciones extraordinarias, como la pandemia de COVID-19, han contribuido a visibilizar la vulnerabilidad

moral de los profesionales de la salud, al exponerlos de manera reiterada a dilemas éticos complejos y decisiones de alto impacto emocional. Este contexto ha reforzado la necesidad de comprender el sufrimiento moral no como un fenómeno individual aislado, sino como una expresión de tensiones estructurales del sistema sanitario.²²

Además de sus repercusiones individuales, el sufrimiento moral sostenido tiene efectos sobre la calidad del cuidado, la dinámica de los equipos y el funcionamiento de las instituciones de salud. Se ha señalado su asociación con fenómenos como el ausentismo laboral, la rotación del personal y el deterioro del clima organizacional, lo que subraya la importancia de implementar estrategias institucionales de apoyo psicológico y espacios de deliberación ética.²³

Resultados

1. Patrones clínicos y lugar de muerte

Los estudios incluidos en la revisión muestran que los médicos presentan patrones de atención al final de la vida que difieren de los observados en la población general. Diversas investigaciones internacionales han documentado que, aun con un conocimiento profundo del pronóstico y de la futilidad terapéutica, los médicos tienden a prolongar su atención en entornos hospitalarios altamente tecnificados.⁵

En estudios comparativos, se observa que los médicos presentan una mayor frecuencia de ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI) y de uso de soporte vital avanzado en fases avanzadas de enfermedad. En contraste, menos del 25 % fallece en su domicilio, incluso cuando manifiestan preferencia por un final de vida en casa o en entornos paliativos.⁵

Análisis recientes de bases poblacionales en Europa y Asia confirman este patrón: los médicos continúan muriendo en hospitales a tasas significativamente mayores que otros grupos ocupacionales, aun en sistemas de salud con alto desarrollo paliativo.²⁴ Estos hallazgos sugieren que la identidad profesional influye de manera determinante en el lugar de muerte, más allá de la disponibilidad de recursos o infraestructura sanitaria.

2. Coherencia entre valores declarados y atención recibida

Un hallazgo consistente en la literatura revisada es la existencia de una discordancia entre los valores expresados por los médicos respecto a su propio final de vida y la aten-

ción que finalmente reciben. En cuestionarios y entrevistas, los médicos suelen manifestar su deseo de una muerte sin sufrimiento, con control sintomático y sin intervenciones desproporcionadas; sin embargo, en la práctica terminan siendo sometidos a tratamientos invasivos o tardíos.⁶

Esta incongruencia se ha relacionado con la dificultad para que los médicos trasladen sus valores profesionales al rol de paciente. Algunos autores describen este fenómeno como una disonancia ética del médico al final de la vida, en la que la lucidez sobre el proceso de morir no se traduce en decisiones coherentes con la propia filosofía de cuidado.¹⁸

Los registros clínicos y los estudios post mortem revelan que esta discordancia se asocia con la ausencia de documentos de voluntad anticipada o con su escasa aplicación institucional.¹⁸ Incluso en contextos con legislación avanzada, la frecuencia de uso efectivo de voluntades anticipadas entre médicos continúa siendo baja y poco documentada.²⁵

En el contexto mexicano, la evidencia disponible indica que menos del 10% de los médicos ha formalizado su voluntad anticipada, pese a conocer el procedimiento y su fundamento legal.¹¹ Este hallazgo pone de manifiesto una brecha persistente entre el conocimiento bioético y la práctica clínica real.

3. Factores psicosociales y sufrimiento moral

El análisis de los estudios cualitativos permitió identificar dimensiones recurrentes de sufrimiento moral en médicos al final de la vida. Estas incluyen: a) el peso del rol profesional (*"morir sin dejar de ser médico"*); b) la autoexigencia y la negación del deterioro, y c) la vivencia de futilidad terapéutica acompañada de culpa profesional.

Estudios recientes han documentado que los médicos experimentan sufrimiento moral al reconocer la desproporción terapéutica, pero sentirse incapaces de limitar intervenciones cuando ellos mismos se convierten en pacientes.¹⁴ Este fenómeno se asocia con desgaste profesional, pérdida de sentido y afectación del bienestar emocional.

Durante y después de la pandemia de COVID-19, se reportó un incremento de la angustia moral, ansiedad, insomnio y síndrome de burnout entre médicos, especialmente en unidades donde la toma de decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico fue frecuente.²² Estudios posteriores indican que este sufrimiento moral se mantiene elevado incluso en la etapa pospandemia, con repercusiones sobre la retención laboral y la dinámica de los equipos de salud.²⁶

Estas experiencias contribuyen a la aparición de un tipo de duelo profesional complejo y poco reconocido institucionalmente, particularmente cuando la muerte ocurre dentro del mismo sistema de salud en el que el médico ejercía su práctica.

4. Brechas de información y vacíos de investigación

La revisión evidenció una ausencia casi total de estudios nacionales que describan de manera sistemática cómo mueren los médicos mexicanos. Ningún registro institucional oficial incluye variables relacionadas con intensidad terapéutica, uso de cuidados paliativos o toma de decisiones clínicas al final de la vida.

Asimismo, la literatura internacional reciente no aporta series poblacionales amplias posteriores a 2020, lo que señala una laguna global de conocimiento en este ámbito. Esta falta de información limita la evaluación del desempeño ético y organizacional de los sistemas de salud respecto al cuidado de sus propios profesionales.

En este contexto, informes recientes de la *World Medical Association* subrayan la necesidad de monitorear la salud ocupacional y la mortalidad de los médicos como indicadores de calidad ética y organizacional de los sistemas sanitarios.²⁷ Estas recomendaciones refuerzan la pertinencia de desarrollar estudios observacionales multicéntricos en México, orientados a caracterizar los patrones de atención al final de la vida en médicos y su coherencia con los valores éticos declarados.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión confirman que la muerte del médico sigue marcada por una paradoja ética: aunque los profesionales de la salud poseen el conocimiento necesario para prever el desenlace y expresar sus preferencias, suelen morir en entornos altamente medicalizados, con escasa planificación anticipada y limitada intervención paliativa.²⁵ Este fenómeno, descrito desde hace más de una década, persiste incluso en sistemas sanitarios con amplia cobertura de cuidados paliativos.

La discrepancia entre los valores declarados y la atención efectivamente recibida sugiere la existencia de una brecha estructural entre el discurso ético y la práctica institucional. En México, la baja aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada entre médicos, aun con su amplio conocimiento del marco normativo, revela una incongruencia entre la autonomía teórica y su ejercicio real.¹⁸ Experiencias simila-

res se han documentado en Europa y Canadá, donde la planificación anticipada es menos frecuente entre los propios médicos que entre pacientes con enfermedades crónicas.

Desde una perspectiva bioética, esta incoherencia podría explicarse por el modelo heroico de la medicina, en el que el profesional se concibe como agente de control frente a la muerte y no como sujeto vulnerable. Este paradigma, históricamente reforzado por la formación médica, limita la aceptación de la propia finitud y favorece decisiones de alta intensidad terapéutica. En la actualidad, autores de la bioética clínica proponen revalorar el principio de proporcionalidad terapéutica, según el cual la intervención debe subordinarse a la calidad de vida esperada y no a la mera posibilidad técnica.¹⁷

El sufrimiento moral constituye otro hallazgo clave. Las investigaciones posteriores a la pandemia evidencian que los médicos que presencian muertes prolongadas o perciben futilidad terapéutica experimentan agotamiento, angustia y pérdida de sentido profesional.²⁵ Este malestar ético afecta la calidad del cuidado, incrementa la intención de renuncia y representa un problema de salud ocupacional que los sistemas sanitarios comienzan a reconocer formalmente.²⁶

La falta de registros nacionales sobre mortalidad médica no solo limita la planeación de políticas de bienestar profesional, sino que también impide evaluar la congruencia ética de la atención que reciben quienes dedican su vida a cuidar. La creación de un observatorio nacional de mortalidad médica permitiría documentar variables sobre intensidad terapéutica, uso de paliativos y cumplimiento de voluntades anticipadas, fortaleciendo la transparencia y la humanización del final de vida en los profesionales de la salud.¹⁶

Los resultados de esta revisión señalan que la coherencia entre los valores éticos del médico y su propia atención al final de la vida sigue siendo un desafío global. La integración de políticas institucionales centradas en la autonomía, la proporcionalidad terapéutica y el bienestar ocupacional representa un paso indispensable hacia una medicina más humana, también para quienes la ejercen.

Conclusiones

La revisión muestra que los médicos, a pesar de su conocimiento científico y su comprensión de la futilidad terapéutica, suelen morir inmersos en sistemas que privilegian la intervención por encima del acompañamiento. Esta paradoja revela una desconexión entre el saber profesional y la vivencia humana del morir, donde el conocimiento no siempre se traduce en sabiduría ni el control en serenidad.

El hallazgo central es la persistencia de un modelo de atención que posterga la reflexión ética en favor de la acción técnica. Frente a ello, resulta indispensable promover una formación médica que contemple la vulnerabilidad y la proporcionalidad terapéutica como virtudes profesionales, integrando la muerte del médico como un tema legítimo de análisis y autoconocimiento.

En el contexto mexicano, la falta de registros y de estudios observacionales sobre la mortalidad médica impide dimensionar el fenómeno y desarrollar políticas de bienestar y coherencia ética. La creación de un observatorio nacional sobre la muerte del médico no solo llenaría un vacío de información, sino que representaría un acto de reconocimiento hacia quienes dedican su vida a cuidar a otros.

El impacto de esta línea de investigación es doble: ético y humano. Ético, porque invita a revisar la congruencia entre lo que la medicina enseña y lo que la medicina practica. Humano, porque recuerda que el acto de morir con dignidad no distingue profesiones.

“Cuando el que cura muere, la medicina tiene la oportunidad de recordar la causa de su existencia”.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Gawande A. *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*. New York: Metropolitan Books; 2014.
- Redwine HM, Ganti L, Cicely Saunders: Pioneering palliative care and the evolution of hospice services. *Cureus*. 2024;16(12):e75176. doi:10.7759/cureus.75176.
- Bosslet GT, Pope TM, Rubinfeld GD, et al. Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191(11):1318-1330. doi:10.1164/rccm.201505-0924ST.
- Matlock DD, Yamashita TE, Min SJ, et al. How U.S. doctors die: A cohort study of health care utilization at end of life. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(5):1061-1067. doi:10.1111/jgs.14112.
- Wunsch H, Scales DC, Gershengorn HB, et al. End-of-life care received by physicians compared with nonphysicians. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e197650. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.7650.
- Kiang MV, Irizarry RA, Scheuer LS, et al. Excess mortality among physicians and other healthcare workers in the United States during the COVID-19 pandemic, March 2020–December 2021. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):382-391. doi:10.1001/jamainternmed.2022.6466.
- Zimmermann C, Kralj B, Kapusta ND, et al. Suicide mortality among physicians, dentists, veterinarians, pharmacists, and other healthcare professionals: A nationwide study, 1986–2020. *Psychiatry Res*. 2023;323:115170. doi:10.1016/j.psychres.2023.115170.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas 2022. Aguascalientes (México): INEGI; 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
- Academia Nacional de Medicina de México. Especialidades médicas y esperanza de vida: un análisis de los obituarios de los médicos 1997-2019. 22 mayo 2025. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/div/especialidades-medicas-y-esperanza-de-vida-un-analisis-de-los-obituarios-de-los-medicos-1997-2019/>
- Giannetta N, Villa G, Pennestri F, et al. Moral distress scores of nurses working in intensive care units for adults using Corley's scale: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10640. doi:10.3390/ijerph191710640.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Perfil de País: México. Salud en las Américas+ 2024 – Mortalidad prematura potencialmente evitable. Washington (DC): OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org>
- Michels G, Schallenburg M, Neukirchen M, et al. Recommendations on palliative care aspects in intensive care medicine. *Crit Care*. 2023;27:355. doi:10.1186/s13054-023-04622-3.
- Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to do a systematic review: A best-practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annu Rev Psychol*. 2019;70:747-770. doi:10.1146/annurev-psych-010418-102803.
- Gómez-Virseda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualised approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):50. doi:10.1186/s12910-020-00495-1.
- Carrasco-Zafra MI, López-Mínguez JJ, Priego-García M, et al. Palliative sedation at the end of life: prevalence and characteristics in a specialised palliative care setting. *BMC Palliat Care*. 2024;23:176. doi:10.1186/s12904-024-01606-0.
- Aghabary M, Yaghoobzadeh A. Medical futility and its challenges: A review study. *J Med Ethics Hist Med*. 2016;9:10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5203684/>
- Pan H, Shi W, Zhou Q, et al. Palliative care in the intensive care unit: not just end-of-life care. *Intensive Care Res*. 2023;3:77-82. doi:10.1007/s44231-022-00009-0.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Formato de Voluntad Anticipada para el paciente adulto [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos; 2025 [citado 18 agosto 2025]. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/Formato%20Voluntad%20Anticipada%20Adulto%202025.pdf>
- Mathews M, Idrees S, Ryan D, et al. System-based interventions to address physician burnout: a qualitative study of Canadian family physicians' experiences during the COVID-19 pandemic. *Int J Health Policy Manag*. 2024;13(1):1-9. doi:10.34172/ijhpm.8166.
- Wolff JL, Khosla N, Leo MC, et al. Advance care planning,

- end-of-life preferences, and burdensome care: a pragmatic cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2025;185(2):162-170. doi:10.1001/jamainternmed.2024.6215.
21. Zwakman M, van der Heide A, van Zuylen L, et al. Advance care planning: A systematic review about determinants and outcomes. *Support Care Cancer.* 2018;26(12):3945-3957. doi:10.1007/s00520-018-4294-5.
 22. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OM, et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: A systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nurs.* 2024;23:467. doi:10.1186/s12912-024-02087-5.
 23. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022; 378:e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442.
 24. World Medical Association (WMA). WMA Statement on Physicians' Well-Being. Ferney-Voltaire: WMA; 2015 (revisado 2025). Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-well-being/>
 25. Rinderle T, Willett J. Bioethical distinctions of end-of-life care practices #422. *J Palliat Med.* 2021;24(9):1400-1402. doi:10.1089/jpm.2021.0320.
 26. Foster K, Roberts C. The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):73. doi:10.1186/s12909-016-0731-0. World Health Organization (WHO).
 27. Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025: Strengthening the Health Workforce and Promoting Well-Being. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications>