

SEDACIÓN PALIATIVA EN PAÍSES LATINOAMERICANOS: MARCO DELIBERATIVO DE PROPORCIONALIDAD ÉTICA, CLÍNICA Y LEGAL AL FINAL DE LA VIDA

PALLIATIVE SEDATION IN LATIN AMERICAN COUNTRIES: A DELIBERATIVE FRAMEWORK OF ETHICAL, CLINICAL, AND LEGAL PROPORTIONALITY AT THE END OF LIFE

SEDAÇÃO PALIATIVA EM PAÍSES LATINO-AMERICANOS: REFERENCIAL DELIBERATIVO PARA A PROPORCIONALIDADE ÉTICA, CLÍNICA E JURÍDICA NO FIM DA VIDA

Kelvin José Rojas Álvarez¹

RESUMEN

La sedación paliativa es una intervención clínica para aliviar síntomas refractarios en pacientes con enfermedad avanzada, generando debates éticos persistentes. El objetivo de este artículo es integrar criterios éticos, clínicos y legales que fundamentan su práctica proporcional desde una perspectiva personalista, articulando un marco deliberativo aplicable al contexto latinoamericano. Para ello, se efectuó una revisión narrativa estructurada de literatura bioética y biomédica relevante (2000-2024) y un análisis comparado de ocho marcos normativos regionales. Tales resultados resultaron éticamente legítimos cuando convergen refractariedad, proporcionalidad, intención terapéutica, consentimiento y deliberación interdisciplinaria, sustentados en defensa de la vida, el principio terapéutico, la libertad responsable y la sociabilidad. Por último, la heterogeneidad normativa regional exige fortalecer claridad conceptual, formación bioética y desarrollo institucional para una práctica transparente y respetuosa de la dignidad ontológica de la persona moribunda.

PALABRAS CLAVE: sedación profunda; cuidados paliativos al final de la vida; bioética; doctrina del doble efecto; cuidado terminal; toma de decisiones clínicas; América Latina; personalismo.

DOI: 10.5294/pebi.2025.29.2.5

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Rojas Álvarez KJ. Sedación paliativa en países latinoamericanos: marco deliberativo de proporcionalidad ética, clínica y legal al final de la vida. *Pers Bioet.* 2026;29(2):e2925. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2025.29.2.5>

1  <https://orcid.org/0000-0002-4509-3584>. Médico cirujano. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino. Servicio de Salud O'Higgins, Rancagua, Chile. kelvinjoserojas@gmail.com

RECIBIDO: 24/03/2026

ENVIADO A PARES: 26/03/2026

ACEPTADO POR PARES: 06/07/2026

APROBADO: 31/08/2026

ABSTRACT

Palliative sedation is a clinical intervention used to relieve refractory symptoms in patients with advanced disease that continues to raise persistent ethical debates. This article aims to integrate the ethical, clinical and legal criteria that ground its proportional practice from a personalist perspective, articulating a deliberative framework applicable to the Latin American context. A structured narrative review of relevant bioethical and biomedical literature (2000-2024) was performed, complemented by a comparative analysis of eight regional regulatory frameworks. Palliative sedation is ethically legitimate when refractoriness, proportionality, therapeutic intention, informed consent and interdisciplinary deliberation converge, grounded in the personalist principles of defense of life, therapeutic principle, responsible freedom and sociability. Regional regulatory heterogeneity demands strengthening conceptual clarity, bioethical training and institutional development for a transparent practice that respects the ontological dignity of the dying person.

KEYWORDS: Deep sedation; hospice and palliative care nursing; bioethics; double effect principle; terminal care; clinical decision-making; Latin America; personalism.

RESUMO

A sedação paliativa é uma intervenção clínica destinada ao alívio de sintomas refratários em pacientes com doença avançada, cuja prática suscita persistentes debates éticos. Este artigo visa integrar critérios éticos, clínicos e jurídicos que fundamentam uma prática proporcional da sedação paliativa, a partir de uma perspectiva personalista, articulando um referencial deliberativo aplicável ao contexto latino-americano. Realizou-se revisão narrativa estruturada da literatura bioética e biomédica relevante, publicada entre 2000 e 2024, complementada por uma análise comparada de oito marcos normativos regionais. A sedação paliativa é eticamente legítima quando convergem refratariedade, proporcionalidade, intenção terapêutica, consentimento informado e deliberação interdisciplinar. Esses elementos devem ser orientados pelos princípios personalistas de defesa da vida, pelo princípio terapêutico, pela liberdade responsável e pela sociabilidade. Por fim, a heterogeneidade normativa regional exige fortalecer a clareza conceitual, a formação em bioética e o desenvolvimento institucional para assegurar uma prática transparente e respeitosa da dignidade ontológica da pessoa em processo de morrer.

PALAVRAS-CHAVE: sedação profunda; cuidados paliativos no fim da vida; bioética; princípio do duplo efeito; assistência terminal; tomada de decisão clínica; América Latina; personalismo.

INTRODUCCIÓN

El alivio del sufrimiento al final de la vida constituye uno de los desafíos antropológicos y clínicos más exigentes de la medicina contemporánea. La Comisión Lancet sobre Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor estimó en 2018 que más de 61 millones de personas experimentan anualmente sufrimiento grave relacionado con la salud, con más del 80 % concentrado en países de ingresos bajos y medios, entre los cuales se hallan la mayoría de los países latinoamericanos (1). Una actualización reciente proyecta que esta cifra ascenderá en 2060 a niveles aún más alarmantes, sobre todo en regiones con sistemas sanitarios fragmentados (2).

En este escenario, los cuidados paliativos emergen no como recurso terapéutico marginal, sino como expresión clínica de una antropología del cuidado que reconoce a la persona enferma en su unidad sustancial cuerpo-espíritu (3). Dentro de tales cuidados, la sedación paliativa (SP) ocupa un lugar específico y delicado: se trata de una intervención farmacológica deliberada que reduce el nivel de conciencia para aliviar uno o más síntomas refractarios al tratamiento convencional (4). Su pertinencia clínica, sin embargo, no agota su problemática ética, jurídica y antropológica, en particular cuando se entrelaza con debates contemporáneos sobre la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y la limitación del esfuerzo terapéutico.

En el contexto latinoamericano confluyen tres factores que vuelven imprescindible un análisis riguroso. En primer lugar, una marcada heterogeneidad en el desarrollo de programas de cuidados paliativos: el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica de 2020 documenta variaciones de hasta veinte veces en el número

de servicios paliativos por habitante entre países de la región (5), evidenciando inequidades estructurales en el acceso a una muerte aliviada del sufrimiento evitable. En segundo lugar, la pluralidad de marcos normativos: mientras Chile promulgó en 2021 la Ley 21.375 de cuidados paliativos universales (6), Colombia despenalizó la eutanasia mediante la Sentencia C-239 de 1997 y amplió su alcance con la Sentencia C-233 de 2021 (7), configurando escenarios jurídicos divergentes que reclaman delimitaciones conceptuales precisas. En tercer lugar, la persistente confusión semántica entre sedación paliativa, sedación terminal, sedación profunda continua hasta la muerte y eutanasia, confusión que se traduce tanto en subutilización por temor a connotaciones letales, como en aplicación indiscriminada que banaliza la práctica (8).

Estas confusiones no son meras imprecisiones terminológicas. Como señala Taboada, la falta de claridad conceptual conlleva consecuencias clínicas y éticas concretas: pacientes que no reciben sedación cuando estaría indicada por temor reverencial a su carácter “letal” y pacientes que la reciben sin cumplir criterios de refractariedad ni proporcionalidad, deslizándose hacia una “eutanasia lenta” (9). El problema se agudiza en contextos donde la formación específica en cuidados paliativos es deficitaria y donde los comités de ética hospitalaria son escasos o carecen de procedimientos deliberativos estructurados.

Frente a este escenario, el presente trabajo se inscribe en la tradición bioética personalista, que comprende la dignidad humana como propiedad ontológica inherente a toda persona desde su concepción hasta su muerte natural (10). Desde este horizonte, se articulan los principios cardinales de defensa de la vida física, el principio

terapéutico o de totalidad, la libertad responsable y la sociabilidad-subsidiariedad propuestos por Sgreccia (11), los cuales dialogan críticamente con el principalismo clásico de Beauchamp y Childress (12) sin reducirse a él.

Este artículo se propone tres objetivos. Primero, delimitar conceptualmente la sedación paliativa frente a prácticas afines y opuestas, en particular la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Segundo, integrar criterios clínicos, éticos y legales que fundamentan la sedación paliativa como práctica proporcionada y moralmente legítima, articulándolos en una matriz deliberativa aplicable. Tercero, contrastar marcos normativos latinoamericanos para identificar convergencias, divergencias y vacíos regulatorios, con el fin de formular recomendaciones para la institucionalización de prácticas deliberativas. La hipótesis del trabajo sostiene que la sedación paliativa, cuando se aplica conforme a criterios estrictos de refractariedad, proporcionalidad e intencionalidad terapéutica deliberada en un contexto interdisciplinario, no solo es éticamente legítima desde la antropología personalista, sino que constituye una expresión clínica de respeto a la dignidad ontológica del moribundo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa estructurada con enfoque bioético-deliberativo y comparado, complementada con un análisis jurídico-comparativo de marcos normativos regionales. La metodología responde a las recomendaciones para revisiones narrativas en bioética propuestas por Davies y colaboradores (13), las cuales privilegian la profundidad analítica e interpretativa sobre la exhaustividad sistemática, dado el carácter normativo-deliberativo del objeto de estudio.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se efectuó entre enero y septiembre de 2024 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, LILACS y Google Scholar, utilizando los siguientes descriptores en español, inglés y portugués: “sedación paliativa” (“palliative sedation”, “sedação paliativa”), “sedación profunda continua”, “síntoma refractario”, “doctrina del doble efecto”, “dignidad al final de la vida” y “cuidados paliativos”, combinados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT). Se aplicaron filtros por idioma, tipo documental —artículos originales, revisiones, guías clínicas, marcos consensuados, documentos institucionales— y periodo de publicación (2000-2024), priorizando los consensos europeos e iberoamericanos más recientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron los consensos internacionales y marcos institucionales sobre sedación paliativa, particularmente el marco de la European Association for Palliative Care (EAPC) de 2009 (14) y su revisión Delphi de 2024 (15); la literatura bioética clásica y contemporánea sobre el principio del doble efecto, la proporcionalidad terapéutica y la antropología personalista; los artículos empíricos sobre práctica clínica, supervivencia y aspectos epidemiológicos publicados en revistas indexadas, y los documentos normativos oficiales —leyes, decretos, resoluciones, sentencias— de países latinoamericanos. Se excluyeron las comunicaciones a congresos sin texto completo, los artículos de opinión sin fundamentación argumentativa, la literatura gris no validada institucionalmente y las publicaciones anteriores al año 2000 salvo cuando se trate de obras clásicas de referencia obligada, como Pío XII, Tomás de Aquino, Cassell sobre sufrimiento.

Análisis jurídico comparado

El análisis normativo se centró en ocho jurisdicciones latinoamericanas seleccionadas por relevancia poblacional, desarrollo paliativista y diversidad regulatoria: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay. Para cada país se examinaron la ley general de derechos del paciente o su equivalente, la ley específica de cuidados paliativos o muerte digna, las regulaciones secundarias sobre voluntades anticipadas, la jurisprudencia constitucional relevante y los códigos deontológicos médicos. Las fuentes se obtuvieron de boletines oficiales, repositorios constitucionales y bases de datos de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). El análisis identificó variables explícitas —reconocimiento de cuidados paliativos como derecho, mención específica de sedación paliativa, regulación de eutanasia— y variables implícitas —lenguaje empleado, integración con principios constitucionales de dignidad y autonomía—.

Marco analítico deliberativo

La interpretación de los hallazgos se efectuó mediante un marco analítico personalista de raíz tomista contemporánea, articulado por los cuatro principios de bioética propuestos por Sgreccia (11): defensa de la vida física, principio terapéutico o de totalidad, libertad y responsabilidad, sociabilidad y subsidiariedad. Este marco se complementa críticamente con el principialismo de Beauchamp y Childress (12), la doctrina clásica del doble efecto (16) y el método deliberativo de Diego Gracia (17), el cual ofrece procedimientos sistemáticos de análisis de casos. La integración de estos marcos no obedece a un eclecticismo metodológico, más bien sigue el reconocimiento de que la sedación paliativa requiere

articular fundamentación antropológica robusta con procedimientos deliberativos rigurosos.

Consideraciones éticas y declaración de IA

Al tratarse de una revisión documental sin intervención sobre seres humanos, no se requirió aprobación de comité de ética. Conforme a la política editorial de *Persona y Bioética*, los autores declaran que se empleó un modelo de lenguaje —Anthropic Claude— como herramienta auxiliar de organización bibliográfica, revisión gramatical y elaboración de borradores estructurales. Todo contenido conceptual, interpretativo y deliberativo fue formulado, verificado y refinado por los autores humanos, quienes asumen plena responsabilidad sobre el contenido del manuscrito. Ninguna referencia ni argumento sustancial fue generado de modo autónomo por la herramienta sin verificación humana subsecuente.

RESULTADOS

Delimitación conceptual: sedación paliativa frente a prácticas afines

Sedación paliativa se define como la “administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito” (14). El marco revisado por el panel Delphi internacional EAPC de 2024 reafirma esta definición, precisando que la intervención “debe ser proporcionada en intensidad y duración a la intensidad del distress y al objetivo terapéutico, y reversible en principio cuando el contexto clínico lo permite” (15).

Tres elementos definitorios deben distinguirse de manera cuidadosa. Primero, la *intencionalidad* es exclusivamente paliativa: alivia sufrimiento, no acelera la muerte. Segundo, la *proporcionalidad* exige que el nivel de sedación sea el mínimo necesario para controlar el síntoma, prefiriéndose niveles superficiales reversibles antes que profundos continuos cuando la situación clínica lo permite. Tercero, la *refractariedad* del síntoma debe entenderse no como mera dificultad de control, sino como una imposibilidad de alivio con tratamientos convencionales en un tiempo razonable y sin efectos adversos (18).

Estas precisiones permiten distinguir la sedación paliativa de cuatro prácticas con las que suele confundirse. La *sedación terminal*, término hoy en desuso por su ambigüedad, fue introducida originalmente por Enck, y popularizada por Quill y Byock (19), para referir la sedación en agonía. Su carácter equívoco, pues sugiere que el objetivo es “terminar” la vida, motivó su sustitución por “sedación paliativa” —sedación al final de la vida, sedación en agonía—. A su vez, la *sedación profunda continua hasta la muerte* representa un subtipo específico, aplicable cuando la refractariedad es absoluta y la expectativa de vida es muy corta, no equivalente a la sedación paliativa en general (20). En cambio, la *eutanasia* supone la administración intencional de fármacos en dosis letales para causar la muerte como medio de aliviar el sufrimiento, la cual difiere esencialmente de la sedación paliativa en intención —mortífera vs. paliativa—, en dosis —letal vs. proporcionada al síntoma— y en resultado buscado —muerte vs. inconsciencia que alivia— (21). Finalmente, la *eutanasia lenta* designa la aplicación irregular de sedación, con dosis crecientes sin justificación clínica, donde la intención mortífera se enmascara bajo lenguaje paliativista (9); esta es una

práctica éticamente ilegítima porque traiciona los criterios constitutivos de la sedación paliativa.

Criterios clínicos de indicación

Los criterios clínicos consensuados internacionalmente para indicar sedación paliativa pueden sistematizarse en cinco condiciones convergentes. La primera es la presencia de un síntoma refractario, entendido en los términos de Cherny y Portenoy como una imposibilidad de alivio adecuado mediante tratamientos convencionales en plazo aceptable sin efectos adversos inaceptables (18). Los síntomas que con mayor frecuencia justifican sedación incluyen *delirium* hiperactivo refractario, 42-58 % de los casos en series europeas; disnea refractaria, con un 23-32 %; dolor refractario, con el 17-25 %; náuseas/vómitos persistentes; agitación, y, con prevalencia variable, sufrimiento psicoexistencial refractario (22).

La segunda condición es la proximidad razonable a la muerte, habitualmente estimada en horas a días. Esta condición se vincula con la presunción de que la sedación no abreviará la vida natural, hipótesis hoy respaldada por evidencia. Maltoni y colaboradores demostraron en una revisión sistemática que la sedación paliativa, aplicada conforme a criterios estándar, no acorta la supervivencia comparada con cohortes equiparadas no sedadas (23), lo que confirma su distinción farmacodinámica respecto de la eutanasia.

La tercera condición es la evaluación interdisciplinaria. La decisión no debe reposar en un único médico tratante, puesto que requiere validación por un equipo paliativista, idealmente integrando enfermería, psicología, opinión de un segundo médico independiente y capellanía cuando proceda. Esta exigencia operacionaliza el principio de

sociabilidad-subsidiariedad y previene tanto omisiones culposas como excesos voluntaristas. La cuarta condición es el consentimiento informado del paciente cuando conserva capacidad —o de su representante cuando no la conserva— con apropiada documentación de las preferencias antes expresadas. Por último, la quinta condición es la documentación clínica detallada del proceso decisional, incluyendo síntomas, intervenciones previas fracasadas, deliberación interdisciplinaria, consentimiento y plan de monitoreo continuo del nivel de sedación mediante escalas validadas, como la Richmond Agitation-Sedation Scale-Palliative version (RASS-PAL) (24).

Fundamentación ética desde la tradición personalista

La legitimidad moral de la sedación paliativa puede fundarse robustamente desde la antropología personalista, que comprende a la persona como unidad sustancial cuerpo-espíritu dotada de dignidad ontológica inalienable (10). Esta dignidad no se pierde con el deterioro cognitivo, la dependencia ni la proximidad de la muerte; constituye, por el contrario, motivo intensificado de cuidado. Cuatro principios personalistas estructuran esta fundamentación.

Defensa de la vida física

El principio de defensa de la vida física sostiene que la vida biológica es bien fundamental y condición de posibilidad de los demás bienes personales, aunque no es un bien absoluto que deba conservarse mediante cualquier medio (11). Dicho esto, la sedación paliativa respeta este principio porque no se ordena a provocar la muerte, sino a aliviar el sufrimiento de quien ya está muriendo

por curso natural de su enfermedad. Así, la distinción tomista clásica entre “causar la muerte” —acto positivo dirigido a la cesación de la vida— y “permitir morir” —no obstaculizar el curso natural cuando los medios serían desproporcionados— se mantiene plenamente operativa: la sedación no causa la muerte, alivia el morir.

Principio terapéutico o de totalidad

El principio terapéutico autoriza intervenciones que comporten efectos negativos sobre la integridad somática cuando se ordenan al bien integral de la persona y satisfacen condiciones de proporcionalidad. Cuando los medios convencionales fracasan en aliviar un sufrimiento refractario, la sedación se justifica como el medio proporcionado para preservar el bien superior del paciente: vivir su proceso de morir sin sufrimiento insoportable (25). Aquí cobra centralidad la doctrina del doble efecto, formulada por Tomás de Aquino en la *Suma Teológica* (45) y desarrollada por la tradición moralista posterior (16). Sus cuatro condiciones clásicas se cumplen con rigurosidad en la sedación paliativa indicada: la acción en sí —administrar sedantes— es moralmente buena o indiferente; el efecto bueno —alivio del sufrimiento— es buscado directamente, mientras el eventual efecto adverso —posible acortamiento marginal de la vida— es solo previsto y permitido, no querido; el efecto bueno no se obtiene mediante el efecto adverso, y existe una proporción grave entre el bien buscado y el mal permitido.

Sin embargo, esta doctrina ha sido objeto de críticas filosóficas relevantes. Quill y colaboradores han cuestionado la nitidez de la distinción entre intención directa y previsión, señalando que en la práctica clínica los profesionales no siempre pueden discriminar fenomenológicamente entre ambas (26). Por su parte, Sulmasy

ha respondido a estas objeciones al argumentar que la imposibilidad de verificar empíricamente la intención no invalida su pertinencia moral; del mismo modo que el derecho penal distingue entre homicidio doloso y culposo, aunque ambos producen el mismo efecto material, la moral distingue entre buscar y permitir, aunque la observación externa los confunda (16). La doctrina del doble efecto no es, por tanto, un artificio retórico, sino una articulación racional de una distinción moral primaria.

Libertad y responsabilidad

El principio personalista de libertad responsable supera tanto la autonomía libertaria como el paternalismo médico. De esta manera, la libertad humana tiene la capacidad de autodeterminación ordenada al bien propio y reconocida en su dimensión relacional, y no solo la capacidad de elección arbitraria. En la sedación paliativa este principio se traduce en el consentimiento informado como acto deliberado del paciente o su representante, precedido de información adecuada sobre el carácter, alternativas, beneficios y consecuencias de la intervención. Cuando el paciente ha perdido la capacidad de decisión, las voluntades anticipadas adquieren valor orientativo, sin sustituir la deliberación contextual del equipo y la familia (27).

Sociabilidad y subsidiariedad

La sociabilidad reconoce que la persona se realiza en relación, en tanto que la subsidiariedad demanda que cada instancia —familia, equipo clínico, institución, sociedad— cumpla su rol sin suplantar a las demás. En la sedación paliativa esto se manifiesta en la centralidad del equipo interdisciplinario, en la integración de la familia

como agente acompañante —especialmente significativa en las culturas latinoamericanas, donde el familismo es valor identitario— (28) y en la responsabilidad institucional de proveer marcos de soporte —comités de ética, protocolos, formación—. Frente al individualismo bioético dominante en parte de la literatura anglosajona, el personalismo recupera la dimensión comunitaria del morir, sin diluir la responsabilidad personal en colectivismos espurios.

MARCO NORMATIVO COMPARADO EN PAÍSES LATINOAMERICANOS

El examen de ocho jurisdicciones latinoamericanas revela un mosaico normativo en el que convergen el reconocimiento creciente del derecho a cuidados paliativos, la ausencia de regulación específica de la sedación paliativa en la mayoría de los países y las configuraciones jurídicas heterogéneas respecto de la eutanasia y la voluntad anticipada (véase la tabla 1).

Chile

Chile articula su marco regulatorio en torno a dos instrumentos. La Ley 20.584 sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, promulgada en 2012, reconoce el derecho al alivio del sufrimiento, al consentimiento informado y a la voluntad expresa de no someterse a tratamientos extraordinarios (29). Asimismo, la Ley 21.375 de 2021 consagró el acceso universal a cuidados paliativos como derecho subjetivo de toda persona con enfermedad terminal o grave, ampliando una cobertura previamente limitada a pacientes oncológicos (6). Aunque ninguna de las dos leyes regula la sedación paliativa, esta queda implícitamente respaldada como

Tabla 1. Marcos normativos sobre cuidados paliativos y prácticas afines en ocho países latinoamericanos

País	Norma principal	Año	¿Reconoce los Cuidados Paliativos (CP) como derecho?	¿Eutanasia legal?	Mención de sedación paliativa
Argentina	Ley 26.742 (muerte digna); Ley 27.678 de CP	2012; 2022	Sí	No	Implícita (alivio del sufrimiento)
Brasil	Resoluções CFM 1.805/2006 y 2.156/2016	2006; 2016	Sí, vía Conselho Federal de Medicina (CFM)	No	Explícita
Chile	Ley 20.584; Ley 21.375 (CP universales)	2012; 2021	Sí, universal	No	Implícita
Colombia	Ley 1733; Resolución MinSalud 825/2018; Sentencia C-233/2021	2014; 2018; 2021	Sí	Sí, despenalizada	Explícita
Costa Rica	Decreto Ejecutivo 41.187-S	2018	Sí	No	Implícita
México	Ley General de Salud (Título Octavo Bis)	2009 y reformas	Sí	No	Explícita
Perú	Ley 30.681 sobre CP	2017	Sí, parcial	No	Implícita
Uruguay	Ley 18.473 (voluntad anticipada); Ley 19.286	2009; 2014	Sí	No (en debate)	Implícita

Fuente: elaboración propia a partir de revisión de normativa oficial y Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica de 2020 (5).

práctica integrante del alivio del sufrimiento. Aun así, persisten desafíos en la implementación regulatoria y la formación profesional, así como debates en torno a proyectos de ley sobre eutanasia que han avanzado parlamentariamente desde 2021.

Argentina

La Ley 26.742 de 2012, conocida como Ley de Muerte Digna, modificó la Ley 26.529 de derechos del paciente, al reconocer el derecho a rechazar tratamientos extraordinarios o desproporcionados y a recibir cuidados paliativos integrales (30). A su vez, la Ley 27.678 de

2022 establece el régimen legal de cuidados paliativos, consolidando un marco más robusto. De esta manera, la eutanasia y el suicidio asistido permanecen penalmente tipificados. Por su parte, la sedación paliativa cuenta con respaldo deontológico explícito en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina y en las guías de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos.

Colombia

Colombia presenta el marco más complejo de la región. La Sentencia C-239 de 1997 despenalizó la eutanasia activa, originalmente para pacientes terminales; la Sen-

tencia C-233 de 2021 amplió este derecho a pacientes con enfermedad grave e incurable no necesariamente terminal (7), y la Sentencia C-164 de 2022 despenalizó la asistencia médica al suicidio (31). Paralelamente, la Ley 1733 de 2014, conocida como Ley Consuelo Devis Saavedra, reconoció el derecho a cuidados paliativos (32) y la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud reglamentó el procedimiento de muerte digna. En este escenario, la delimitación conceptual entre sedación paliativa y eutanasia adquiere relevancia jurídica acrecentada: la primera permanece como práctica clínica ordinaria, mientras que la segunda exige procedimientos específicos con comités científicos interdisciplinarios.

Otras jurisdicciones

Uruguay reconoce desde 2009 la voluntad anticipada mediante la Ley 18.473 (33) y desde 2014 la Ley 19.286 —Código de Ética Médica— regula obligaciones profesionales al final de la vida. Un proyecto de ley sobre eutanasia ha avanzado parlamentariamente en 2024-2025, aunque a la fecha de cierre del presente análisis no ha entrado en vigor. Por otro lado, Brasil regula la materia principalmente vía Conselho Federal de Medicina con la Resolução 1.805/2006 sobre ortotanasia y la Resolução 2.156/2016 sobre criterios de admisión y alta en cuidados intensivos, las cuales reconocen explícitamente la sedación paliativa proporcionada (34). Asimismo, México incorporó cuidados paliativos a la Ley General de Salud en 2009 —Título Octavo Bis— con reglamentación posterior, Perú promulgó la Ley 30.681 sobre cuidados paliativos en 2017 y Costa Rica reguló cuidados paliativos vía Decreto Ejecutivo 41.187-S de 2018.

El análisis comparado evidencia tres patrones. Primero, una progresión regional hacia el reconocimiento formal

de cuidados paliativos como derecho exigible, frecuentemente impulsada por la jurisprudencia constitucional anclada en cláusulas de dignidad humana. Segundo, una notable escasez de regulación específica sobre sedación paliativa, que se mantiene en el ámbito deontológico y de guías clínicas más que en el legislativo. Tercero, una divergencia significativa en torno a la eutanasia: solo Colombia la ha despenalizado mediante jurisprudencia constitucional, mientras que los demás países la mantienen tipificada penalmente, configurando un contexto regulatorio asimétrico que exige delimitaciones conceptuales rigurosas.

DISCUSIÓN

Los hallazgos descritos plantean cuatro núcleos deliberativos cuyo abordaje constituye la contribución original del presente trabajo a la discusión latinoamericana sobre sedación paliativa.

El sufrimiento psicoexistencial como síntoma refractario: ¿extensión legítima o deriva problemática?

Una de las controversias más intensas de la bioética paliativista contemporánea concierne a si el sufrimiento existencial —ansiedad ante la muerte, desesperanza, pérdida de sentido, percepción de ser carga— puede considerarse un “síntoma refractario” susceptible de sedación. Cassell ya formuló en 1982 una concepción amplia del sufrimiento como amenaza a la integridad de la persona, irreductible al dolor físico (35). Esta tesis, fecunda para una medicina humanista, plantea dificultades operacionales cuando se aplica al criterio de refractariedad: ¿cuándo se puede afirmar que un sufrimiento existencial es genuinamente refractario al acompañamiento espiritual, psicoterapéutico y relacional?

Estudios empíricos en Bélgica, Países Bajos y Japón muestran porcentajes crecientes de sedación profunda continua indicada por sufrimiento existencial, lo que ha suscitado preocupación tanto en la literatura paliativista como en los marcos consensuados (15). La revisión Delphi 2024 de la European Association for Palliative Care (EAPC) mantiene una posición cautelosa: reconoce que el sufrimiento existencial puede en casos extremos justificar sedación paliativa, pero solo cuando se han agotado las intervenciones psicoespirituales pertinentes, cuando la expectativa de vida es corta y por medio de deliberación interdisciplinaria reforzada que incluya, idealmente, evaluación psiquiátrica especializada y acompañamiento espiritual (15).

Desde la antropología personalista, esta cuestión revela tanto un avance como un riesgo. Si bien reconoce que la persona sufre como totalidad y que el sufrimiento espiritual no es menos real que el corporal, la categoría “refratariedad existencial” se puede transformar en un concepto omnicomprendivo que diluya los criterios de proporcionalidad, encubriendo, bajo lenguaje paliativista, decisiones que, por su intencionalidad subyacente y por sustituir al acompañamiento humano insuficiente, se aproximarían objetivamente a la eutanasia. La distinción decisiva no es la naturaleza del síntoma —somático o existencial—, sino la verificable refratariedad, la proporcionalidad de la intervención y la intencionalidad terapéutica genuina del equipo. En contextos latinoamericanos, donde el déficit de psicólogos y capellanes integrados a equipos paliativistas es estructural, la prudencia exige especial cautela: la indicación de sedación por sufrimiento existencial debería ser excepcional, deliberada por equipos completos y documentada con extremo rigor.

Sedación paliativa y eutanasia: ¿una distinción ontológica o un continuum?

Algunos autores, especialmente en la tradición utilitarista, han sostenido que la distinción entre sedación paliativa y eutanasia es nominal antes que real, pues ambas “provocan la muerte” del paciente (36). Esta posición se apoya en cuatro argumentos: los profesionales prevén la muerte, los profesionales administran fármacos que contribuyen al desenlace, se alivia el sufrimiento por supresión del paciente consciente y la intención subjetiva no es verificable.

Sin embargo, esta tesis colapsa categorías distinguibles a múltiples niveles. A nivel ontológico, la sedación paliativa preserva la vida del paciente, que muere por curso natural de su enfermedad de base; la eutanasia interrumpe esa vida mediante una causalidad letal directa. A nivel farmacológico, las dosis y combinaciones son sustantivamente distintas —sedantes proporcionados a control sintomático vs. dosis letales de barbitúricos o curarizantes— (37). A nivel intencional, aunque la intención es interna, se objetiva en protocolos, dosis, justificaciones documentadas, monitoreo y eventual reversibilidad. Y a nivel epidemiológico, la evidencia robusta de que la sedación paliativa correctamente aplicada no acorta la supervivencia (23), lo cual desmiente empíricamente la tesis del *continuum*.

Desde la antropología personalista, la distinción es además antropológica: la eutanasia trata al sufrimiento eliminando al sujeto que sufre; la sedación paliativa lo alivia preservando al sujeto que sufre, aunque al precio de suspender temporalmente su conciencia. Esta diferencia no es trivial, puesto que revela dos visiones del valor de la vida humana al final de la existencia. Una

visión la condiciona a su funcionalidad o calidad subjetiva percibida y otra la afirma como bien constitutivo de la persona aún en su última fragilidad. El personalismo bioético, sin negar la importancia de la calidad de vida, rehúsa convertirla en criterio dirimente sobre la pervivencia de la persona (38).

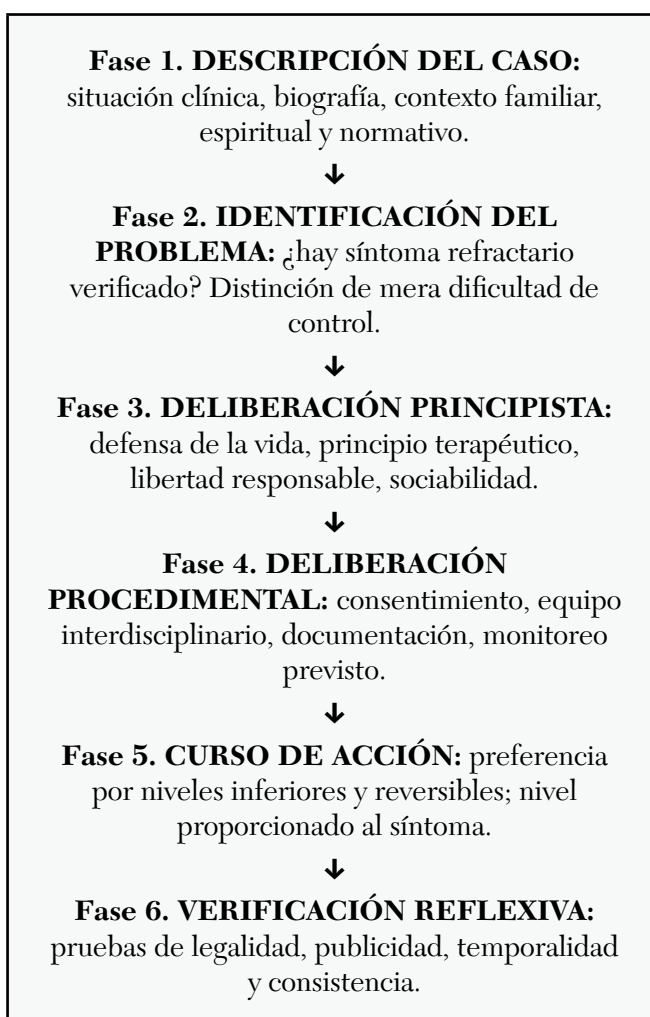
Esta deliberación adquiere relevancia jurídica particular en Colombia, donde la coexistencia de sedación paliativa y eutanasia despenalizada exige criterios diferenciales claros para los comités científicos interdisciplinarios. Confundir ambas prácticas no solo desorienta la deliberación clínica: erosiona la confianza pública en los cuidados paliativos como alternativa al final de la vida.

Aplicación del modelo deliberativo: estructura procedimental propuesta

La fundamentación principista requiere operacionalización procedimental. Por ello, proponemos un modelo deliberativo integrado en seis fases sucesivas (véase la figura 1), aplicable a cualquier indicación de sedación paliativa, articulando el método de Gracia (17) con los principios personalistas. La fase 1 —descripción del caso— recoge datos clínicos, biográficos, familiares, espirituales y normativos. La fase 2 —identificación del problema— precisa si se trata de síntoma refractario verificado, distinguiendo refractariedad real de mera dificultad de control. La fase 3 —deliberación principista— analiza el caso a la luz de los cuatro principios personalistas, identificando tensiones. La fase 4 —deliberación procedimental— examina disponibilidad de consentimiento, idoneidad del proceso decisional, equipo interdisciplinario implicado y documentación. La fase 5 —curso de acción— formula una recomendación proporcionada, generalmente preferente por niveles inferiores y reversibles de sedación. La fase

6 —verificación reflexiva— somete la decisión a la prueba de legalidad, publicidad, temporalidad y consistencia con casos análogos.

Figura 1. Modelo deliberativo de seis fases para la indicación de sedación paliativa desde la perspectiva personalista



Fuente: elaboración propia a partir del método de Gracia (17), articulado con principios personalistas de Sgreccia (11).

Este modelo no pretende mecanizar la decisión, sino estructurar la prudencia clínica. Su aplicación supone formación bioética del equipo, soporte institucional —comités de ética hospitalaria activos— y tiempo deliberativo, condiciones que en contextos latinoamericanos requieren inversión sostenida en capital humano y cultura institucional.

Particularidades regionales: familismo, religiosidad y déficits estructurales

Cualquier reflexión sobre cuidados al final de la vida en Latinoamérica debe integrar especificidades culturales y estructurales. El familismo, comprensión de la familia como sujeto colectivo de decisión y soporte, constituye un rasgo identitario regional (29). Esto tiene consecuencias positivas —la familia como agente protector y consolador del moribundo— y desafíos —riesgo de que las preferencias del paciente sean opacadas por la dinámica familiar, especialmente cuando se evita la información pronóstica al enfermo en nombre de “protegerlo”—. La deliberación clínica latinoamericana debe transitar entre el respeto a la centralidad familiar y la salvaguarda del protagonismo del paciente capaz.

La religiosidad, de mayoría cristiana, de la región provee horizonte de sentido al morir que, lejos de ser obstáculo para la sedación paliativa, suele integrarla naturalmente cuando se presenta como acto de cuidado y no como atajo a la muerte. La encíclica *Evangelium Vitae* reconoce la legitimidad de la sedación analgésica con previsión de eventual acortamiento de la vida cuando se aplica con intención paliativa y respeto de la conciencia del moribundo (39), al retomar una línea ya formulada por Pío XII en su histórica alocución de 1957 al Congreso Internacional de Anestesiólogos (40). Esta convergencia entre

antropología personalista y enseñanza moral tradicional ofrece un marco cultural fértil para la institucionalización regional de la sedación paliativa proporcionada.

No obstante, persisten déficits estructurales severos. El Atlas 2020 documenta que solo dos países de la región —Costa Rica y Chile— alcanzan niveles “avanzados” de provisión paliativa, mientras que la mayoría se ubica en niveles “integración aislada” (5). La formación específica en cuidados paliativos en pregrado es opcional o ausente en numerosas facultades de medicina, las residencias específicas son escasas, los servicios de cuidados paliativos hospitalarios cubren una fracción minoritaria de la demanda estimada y el acceso a opioides para alivio del dolor es inequitativo, con “opiofobia” institucional y regulatoria significativa (1). Sin abordar estos déficits, la deliberación bioética sobre sedación paliativa permanece como un ejercicio académico desconectado de las realidades clínicas mayoritarias.

LIMITACIONES

Cabe reconocer tres limitaciones del presente trabajo. Primero, la metodología narrativa, aunque estructurada, no agota la exhaustividad de una revisión sistemática y depende de la selectividad analítica de los autores. Segundo, el análisis normativo comparado se centra en ocho jurisdicciones representativas, pero no cubre la totalidad regional; en particular, países con desarrollo paliativista emergente, como Bolivia, Paraguay y países centroamericanos, merecen estudios específicos. Tercero, la perspectiva personalista adoptada es explícita y debe leerse como una de las tradiciones bioéticas contemporáneas en diálogo con otras —principialista, utilitarista, narrativa, cuidados—, sin pretensión de cerrar el debate filosófico subyacente.

CONCLUSIONES

La sedación paliativa constituye una intervención clínicamente necesaria y éticamente legítima en el manejo del sufrimiento refractario al final de la vida, cuando se aplica conforme a criterios estrictos de refractariedad verificada, proporcionalidad terapéutica, intencionalidad paliativa documentada, consentimiento informado y deliberación interdisciplinaria. Su fundamentación desde la antropología personalista refuerza su pertinencia al situarla en el horizonte de cuidado integral de la persona moribunda en su dignidad ontológica, y no es solo compatible con su práctica clínica responsable.

Tres conclusiones de mayor especificidad emergen del presente análisis. En primer lugar, la delimitación conceptual entre sedación paliativa y eutanasia no es meramente terminológica, sino ontológica, farmacológica, intencional y epidemiológicamente sostenible; conservarla con rigurosidad protege tanto la legitimidad de la práctica paliativista como la transparencia jurídica regional. En segundo lugar, la institucionalización efectiva de la sedación paliativa proporcionada en Latinoamérica requiere avanzar en tres frentes simultáneos: regulación específica —protocolos institucionales, guías nacionales—, formación bioética obligatoria en pregrado y posgrado y desarrollo de servicios de cuidados paliativos accesibles a toda la población. En último lugar, los retos contemporáneos, sobre todo la sedación por sufrimiento existencial, demandan un refuerzo deliberativo, no un abandono de los criterios sustantivos. Bajo este sentido, la extensión casuística de la sedación paliativa debe acompañarse de robustecimiento de su fundamentación, no de su disolución conceptual.

Como aporte original, este trabajo propone un modelo deliberativo de seis fases que articula el método de Gracia con la antropología personalista, ofreciendo una herramienta práctica para equipos clínicos, comités de ética y formadores. Su validación empírica en distintos contextos latinoamericanos constituye agenda de investigación pendiente.

Finalmente, la reflexión bioética sobre el final de la vida en América Latina no puede desentenderse de las inequidades estructurales que privan a millones de personas del alivio del sufrimiento que la medicina contemporánea puede ofrecer. Mientras estos déficits persistan, toda discusión sobre sedación paliativa, eutanasia o suicidio asistido se desarrolla sobre un suelo desigual, donde la “opción” entre alternativas suele ser, para muchos, una opción inexistente. El compromiso ético primario, también desde la tradición personalista, es asegurar que ninguna persona muera con sufrimiento evitable por ausencia de medios; sobre esa base, puede después deliberarse sobre las modalidades específicas de su acompañamiento.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el contenido del presente artículo.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no contó con financiación externa. Se realizó como producto de reflexión académica de los autores en el marco de sus actividades docentes e institucionales habituales.

REFERENCIAS

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391-454. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
2. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Bhadelia A, Berman P, Connor SR, *et al.* The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to the Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *Lancet Glob Health*. 2025;13(3):e422-36. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00476-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00476-5)
3. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med*. 2001;94(9):430-2. DOI: <https://doi.org/10.1177/014107680109400904>
4. World Health Organization. *Palliative care* [Internet]. World Health Organization: WHO; 2020 [citado 2024 jul 5]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, *et al.* *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. 2.^a ed. Houston: IAHP Press; 2021. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>
6. Ministerio de Salud de Chile. Ley 21.375 que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. *Diario Oficial de la República de Chile*. 2021 oct 21. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846>
7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233 de 2021. Bogotá: Corte Constitucional; 2021. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-233-21.htm>
8. Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol*. 2014;25(Suppl 3):III143-52. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>
9. Taboada R P. Sedación paliativa (parte I): controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. *Acta Bioeth*. 2012;18(2):155-62. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200003>
10. Spaemann R. *Personas: acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”*. Pamplona: EUNSA; 2010.
11. Sgreccia E. *Manual de Bioética I: fundamentos y ética biomédica*. 4.^a ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8.^a ed. New York: Oxford University Press; 2019.
13. Davies R, Ives J, Dunn M. A systematic review of empirical bioethics methodologies. *BMC Med Ethics*. 2015;16:15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0010-3>
14. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581-93. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
15. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, *et al.* Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: an international Delphi study. *Palliat Med*. 2024;38(2):213-28. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>
16. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The doctrine of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med*. 1999;159(6):545-50. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.159.6.545>
17. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. 2.^a ed. Madrid: Triacastela; 2007.
18. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994;10(2):31-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/082585979401000207>

19. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med.* 2000;132(5):408-14. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-5-200003070-00012>
20. Twycross R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care Res Treat.* 2019;12:1178224218823511. DOI: <https://doi.org/10.1177/1178224218823511>
21. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard AM, Müller-Busch HC, *et al.* Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med.* 2003;17(2):97-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>
22. Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, *et al.* Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer: a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2016;17(1):115-22. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00401-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00401-5)
23. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, *et al.* Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2012;30(12):1378-83. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.3795>
24. Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliat Care.* 2014;13:17. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-17>
25. Taboada R P. Sedación paliativa (parte II): cuestiones éticas y principios morales. *Acta Bioeth.* 2014;20(2):225-35. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200010>
26. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA.* 1997;278(23):2099-104. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550230075041>
27. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA.* 2016;316(1):79-90. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
28. Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Pastrana T, Ruiz-Mercado R, Bukowski A, Goss PE. End-of-life care in Latin America. *J Glob Oncol.* 2017;3(3):261-70. DOI: <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.005579>
29. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.584: regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. *Diario Oficial de la República de Chile.* 2012 abr 24. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
30. Ministerio de Salud de Argentina. Ley 26.742: modifíquese la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. *Boletín Oficial de la República Argentina.* 2012 may 24. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/195000-199999/197859/norma.htm>
31. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-164 de 2022. Bogotá: Corte Constitucional; 2022. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-164-22.htm>
32. Congreso de Colombia. Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos. *Diario Oficial de Colombia.* 2014 sep 8. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
33. Poder Legislativo de Uruguay. Ley 18.473 sobre voluntad anticipada. *Diario Oficial.* 2009 abr 21. Disponible en: <https://www.imp.com.uy/bases/leyes/18473-2009>
34. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006 sobre suspensão de procedimentos e tratamentos. *Diário Oficial da União.* 2006 nov 28. Disponible en: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
35. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 1982;306(11):639-45. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>

36. Battin MP. Terminal sedation: pulling the sheet over our eyes. *Hastings Cent Rep.* 2008;38(5):27-30. DOI: <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0057>
37. Rietjens JA, van Delden JJ, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, *et al.* Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Arch Intern Med.* 2006;166(7):749-53. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.7.749>
38. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioeth.* 2006;12(2):231-42. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
39. Juan Pablo II. *Carta encíclica Evangelium Vitae sobre el valor y carácter inviolable de la vida humana.* Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1995. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
40. Pío XII. Discurso a los participantes en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología sobre los problemas religiosos y morales de la analgesia. *Acta Apostolicae Sedis.* 1957;49:129-47.
41. García Sánchez E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuad Bioet.* 2012;77:135-49. Disponible en: <https://aebioetica.org/revistas/2012/23/77/135.pdf>
42. Mounier E. *El personalismo: antología esencial.* Salamanca: Sígueme; 2002.
43. Polo L. *¿Quién es el hombre? Un espíritu en el tiempo.* 6.ª ed. Madrid: Rialp; 2007.
44. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, *et al.* Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet.* 2022;399(10327):837-84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
45. Tomás de Aquino. *Suma Teológica.* Edición dirigida por los Regentes de Estudios de las Provincias Dominicanas en España. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 1959-1960. II-II, q. 64, a. 7.