

Vida digna al final del camino: reflexiones bioéticas para la práctica clínica contemporánea

Dignified life at the end of the road: bioethical reflections for contemporary clinical practice

Gilberto Guzmán Valdivia Gómez*
Universidad La Salle, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.04>

Resumen

El presente artículo reflexiona sobre el concepto de “muerte digna” mediante una revisión narrativa de la literatura. El objetivo es contrastar la visión secular basada en la autonomía con la visión católica fundamentada en la dignidad ontológica y busca consolidar una postura ética en profesionales de la salud que atienda a la integridad de la

* Jefe del Departamento de Medicina y Salud, Vicerrectoría de Investigación de la Universidad La Salle, México. Correo electrónico: gilberto.guzmanvaldivia@lasalle.mx
ORCID record: 

Recepción:
13.02.2026

Envío a dictamen:
05.03.2026

Aceptación:
24.03.2026

Publicación:
01.10.2026

CÓMO CITAR: Guzmán Valdivia Gómez, G. (2026). Vida digna al final del camino: reflexiones bioéticas para la práctica clínica contemporánea. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.04>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

persona en fase terminal. A partir de la experiencia clínica y la formación en bioética, se analiza la tensión entre la autonomía del paciente y el valor sagrado de la vida. Se propone que la dignidad no debe entenderse como un atributo variable ligado a la calidad de vida, sino como una realidad ontológica e inalienable. Esta reflexión concluye que el derecho a morir dignamente debe redefinirse como el derecho a una vida digna al final del camino, garantizada por los cuidados paliativos y el respeto a la caducidad humana.

Palabras clave: muerte digna, dignidad humana, cuidados paliativos, autonomía.

1. Introducción

La práctica médica contemporánea nos sitúa constantemente ante el misterio del final de la vida, un escenario en el que la técnica científica y la ética personal se encuentran.

Como médicos, la tensión entre la capacidad de prolongar la existencia biológica y la necesidad de respetar la integridad humana del paciente que sufre exige una postura clara y fundamentada (1).

El presente artículo está dirigido a estudiantes de medicina y médicos en general. Su objetivo no es solo contrastar la visión secular basada en la autonomía con la visión católica fundamentada en la dignidad ontológica, sino también provocar una reflexión profunda en quienes atienden a pacientes en estado terminal. Asimismo, busca consolidar la visión católica entre los profesionales que la profesan, ofreciendo argumentos sólidos para una práctica clínica coherente con el humanismo cristiano.

Aunque parezca osado, se propone que el abordaje del tema no debe orientarse a la muerte, sino a la “vida digna al final del camino” (2,3). Ante esto, cabe preguntarse: ¿Es posible conciliar la autonomía que defiende la medicina secular con la visión del valor sagrado de la existencia que sostiene la fe católica?

2. Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa con una estrategia de búsqueda estructurada en las bases de datos PubMed, SciELO y el repositorio de la revista Medicina y Ética. Se utilizaron descriptores en ciencias de la salud (DeCS/MeSH) combinados con conectores booleanos: (“Palliative care” OR “Terminal Care”) AND (“Dignity” OR “Personhood”) AND (“Catholicism” OR “Personalism”).

Criterios de inclusión

Artículos originales y de revisión publicados entre 2018 y 2026, textos completos y revisiones por pares. Se incluyeron adicionalmente documentos fundamentales del Magisterio de la Iglesia (1980-2024) y tratados de bioética personalista por su relevancia doctrinal y ética. Se excluyeron artículos que no abordaran la dimensión ética o antropológica del proceso de morir. La búsqueda arrojó un total de 19 fuentes seleccionadas que cumplían con los criterios de temporalidad, relevancia temática y calidad metodológica para el análisis cualitativo y la síntesis narrativa.

La información recolectada se organizó de forma comparativa para contrastar la visión secular basada en la autonomía con la visión católica fundamentada en la dignidad intrínseca de la persona.

3. Desarrollo

Resulta imperativo definir el concepto de muerte digna bajo la visión actual.

Punto de vista secular

Desde una perspectiva secular y médica contemporánea, la definición de muerte digna se centra en la autonomía del paciente, la calidad de

vida y la humanización de la asistencia sanitaria fundamentada en los derechos humanos y en la ética biomédica (4).

Los pilares que definen este concepto desde el punto de vista médico y civil, son:

4. La autonomía del paciente (El eje central)

En el paradigma de la bioética, especialmente bajo la influencia del principialismo de Beauchamp y Childress (5), la autonomía ha pasado de ser un valor secundario a convertirse en el eje gravitacional de la relación médico-paciente. En este contexto, la dignidad no se entiende como una esencia estática, sino como el ejercicio activo de la libertad individual. Un ser humano es “digno” en la medida en que posee la capacidad de autogobernarse y de dictar las leyes de su propia existencia, incluso frente a la inminencia de la muerte.

Desde esta óptica, la dignidad está íntimamente ligada a la capacidad de elección. El respeto a la persona se traduce, casi exclusivamente, en el respeto a su voluntad. Esto ha llevado a una reconfiguración de la ética clínica, donde el médico ya no actúa bajo un paternalismo benevolente, sino como un facilitador técnico de las decisiones del paciente. La libertad se convierte en el estándar de justicia: una muerte es “digna” si coincide con los deseos y valores previamente expresados por el individuo, independientemente del contenido moral de esos deseos.

La operacionalización de esta libertad individual se manifiesta en dos instrumentos jurídicos fundamentales (6, 7):

- Consentimiento informado: entendido como el derecho del paciente a conocer su pronóstico y a decidir qué intervenciones desea recibir y cuáles no.
- Voluntades anticipadas: documentos legales (testamentos vitales) en los que la persona deja por escrito cómo desea ser tratada si pierde la capacidad de comunicarse, asegurando que su voluntad prevalezca sobre la opinión de terceros.

Es imperativo precisar que, dentro del marco secular, el concepto de ‘muerte digna’ no es unívoco. Por un lado, se identifica como una buena práctica clínica que incluye el rechazo a la obstinación terapéutica y la implementación de cuidados paliativos para garantizar un tránsito sin sufrimientos innecesarios. Por otro lado, algunos contextos jurídicos contemporáneos han expandido esta definición para incluir la eutanasia y el suicidio asistido como expresiones de la autonomía individual. Esta revisión subraya que, mientras la buena práctica clínica acompaña el proceso natural de morir, la expansión jurídica busca la interrupción deliberada de la vida, planteando un dilema ético fundamental para el profesional de la salud.

5. El rechazo a la obstinación terapéutica

Desde la ética médica, la muerte digna implica un esfuerzo terapéutico adecuado orientado a la beneficencia (8).

- Se considera que prolongar la vida de manera artificial cuando no hay esperanza de recuperación (distanasia) no es un acto médico ético, sino una vulneración de la integridad de la persona.
- La medicina moderna entiende que “dejar morir” cuando la curación es imposible es un acto de respeto a la evolución natural de la enfermedad.

6. Calidad de vida

Es un concepto multidimensional y subjetivo que evalúa el bienestar general de un individuo en relación con su salud (9).

- Se considera “muerte digna” aquella que ocurre sin sufrimientos innecesarios, manteniendo la mayor conciencia y comodidad posibles.

- El enfoque se desplaza de la prolongación de la existencia al bienestar del paciente en sus últimos días. Un aspecto crucial en medicina es que la calidad de vida solo puede definirse por el propio paciente, por ejemplo:
- Dos personas con la misma enfermedad pueden reportar calidades de vida totalmente distintas.
- Para un cirujano, la operación puede ser un “éxito técnico”, pero si el paciente siente que su vida ha perdido valor tras la intervención, la calidad de vida relacionada con la salud disminuye.

Si la dignidad dependiera de la “calidad de vida” o de la autonomía funcional, el paciente vulnerable sería un ser “menos digno”. Al consolidar la visión católica en el entorno hospitalario, el médico debe proponer la vulnerabilidad como una categoría de justicia: es precisamente porque el paciente es frágil que merece una mayor inversión de tiempo, afecto y recursos paliativos. La dignidad ontológica es el escudo contra la tentación utilitarista de acelerar la muerte para “ahorrar” sufrimiento o recursos.

7. Los cuidados paliativos y la sedación

Médicamente, una muerte digna es aquella que cuenta con soporte técnico para evitar los síntomas refractarios, circunscriben (10, 11):

- Control de síntomas: incluye al manejo riguroso del dolor, de la disnea, de la ansiedad y del delirio.
- Sedación Paliativa: consiste en la administración de fármacos para disminuir el nivel de conciencia del paciente ante síntomas que no pueden ser controlados de otra forma, permitiendo que la muerte ocurra sin agonía consciente.

8. La eutanasia y el suicidio asistido

En algunas legislaciones civiles, la definición de muerte digna se ha extendido para incluir el derecho a elegir el momento y la forma de morir. Bajo esta óptica, la dignidad deja de ser una esencia estática para convertirse en una cualidad percibida y gestionada por el individuo, extendiéndose a la capacidad de evitar una degradación física o mental que el individuo considera inaceptable para sí mismo. No se ve como un ataque a la vida, sino como el último ejercicio de la libertad individual (12).

- Eutanasia: El profesional de la salud es el agente directo que administra la sustancia letal con el fin de causar la muerte a petición del paciente.
- Suicidio médicamente asistido: El médico proporciona los medios (la prescripción o el fármaco), pero es el propio paciente quien realiza el acto final de ingesta.

En ambos casos, la justificación ética secular reside en el principio de autonomía absoluta, donde el médico actúa como un “garante de derechos” más que como un sanador de la vida.

9. Punto de vista religioso católico

Teológicamente, morir con dignidad significa aceptar la finitud o caducidad humana con esperanza. Es el momento en que la persona se prepara para el encuentro con Dios. Por ello, la dignidad no depende de las capacidades del paciente ni de su salud, sino de la dignidad ontológica de ser hijo de Dios hasta el último suspiro.

Para la Iglesia Católica, el concepto de muerte digna se aleja radicalmente de la eutanasia o el suicidio asistido. No se entiende como el “derecho a morir”, sino como el derecho a morir con dignidad cristiana, respetando la vida como un don sagrado que el hombre no puede destruir a su voluntad.

La postura oficial se fundamenta en la encíclica *Evangelium Vitae* de San Juan Pablo II (13) y la carta *Samaritanus bonus* (14) de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

Se propone que el abordaje de este debate no debe centrarse exclusivamente en el evento de la muerte, sino en la garantía de una “vida digna al final del camino”. De este modo, el “derecho a morir dignamente” se redefine como el derecho a transitar el término de la existencia en condiciones de paz, cuidado y respeto absoluto a la dignidad inalienable de quien parte.

Entonces, para la Iglesia Católica, la respuesta no es el “derecho a morir”, sino el derecho a morir con dignidad. Parece un juego de palabras, pero la diferencia teológica es radical. La Iglesia aborda esta etapa no como el final de un derecho, sino como el cumplimiento de la vida digna.

La Iglesia aborda el final del camino como una etapa sagrada de la vida. Morir dignamente significa:

- Vivir el proceso de morir sin ser asesinado (Eutanasia).
- Vivir el proceso de morir sin ser torturado por la técnica (Enseñamiento u obstinación terapéutica).
- Vivir el proceso de morir en paz con Dios y con la humanidad.

Esta distinción fundamental establece que la dignidad es una dignidad ontológica e inalienable de la persona, que no disminuye ante la enfermedad, el sufrimiento o la pérdida de autonomía. Bajo esta óptica, el derecho a morir dignamente se traduce en un acompañamiento integral que rechaza tanto la eutanasia, entendida como la interrupción deliberada de la vida, como la obstinación terapéutica, que pretende prolongar la agonía mediante tratamientos desproporcionados (15).

Para la doctrina católica, la muerte digna consiste en garantizar los cuidados paliativos, el alivio del dolor, el apoyo espiritual y el calor humano, permitiendo que el individuo transite hacia el misterio de la eternidad en paz, respetando el ciclo natural de su existencia como un don sagrado (16).

10. El encuentro entre la caducidad y la trascendencia

La postura ante el final de la vida no puede sostenerse sin una comprensión profunda de la muerte y la dignidad, entendidas como el punto en el que convergen la fragilidad biológica y la grandeza espiritual.

Desde la visión médica, aceptamos que la muerte es el cese irreversible de la unidad funcional del organismo; sin embargo, desde la fe, la reconocemos como el tránsito sagrado del alma hacia la eternidad (4,17). Esta dualidad nos enseña que, si bien la medicina debe luchar contra la enfermedad, también debe tener la humildad de reconocer cuándo ha comenzado el proceso de morir, evitando convertir el final de la vida en una batalla técnica sin sentido.

Uno de los mayores desafíos en la práctica clínica al final de la vida es la distinción moral entre la sedación paliativa y la eutanasia. Esta confusión, común entre estudiantes de medicina, suele radicar en la observación del efecto de la sedación sobre el paciente que pierde la consciencia y la muerte que ocurre poco después, sin analizar la intencionalidad y la proporcionalidad de este acto médico.

11. El principio del doble efecto

Para fundamentar una postura éticamente sólida, el médico debe dominar este principio que permite realizar una acción que tiene un efecto deseado (alivio de un síntoma refractario) y un efecto indeseado pero previsible (el posible acortamiento de la vida). Según la bioética personalista, para que la sedación sea lícita, deben cumplirse cuatro condiciones (2):

- La acción debe ser compasiva en sí misma, es decir, el acto médico consiste en la administración de fármacos analgésicos o sedantes para mitigar el sufrimiento, no para causar la muerte.

- La intención debe ser recta; el médico busca aliviar el dolor o la disnea refractaria. Si la intención fuera acelerar el deceso, estaríamos ante una eutanasia encubierta.
- El efecto deseado no debe ser consecuencia del indeseado; el alivio del paciente se debe a la acción farmacológica del sedante, no a la intención de que muera.
- Debe existir una causa proporcionalmente grave; es decir, la sedación solo se justifica ante síntomas refractarios a otros tratamientos que no están siendo eficientes.

12. Sedación paliativa vs. eutanasia: diferencias ontológicas

Es imperativo consolidar en el profesional de la salud que la sedación paliativa es un acto de cuidado integral, mientras que la eutanasia es un acto de ruptura (2,4). La Tabla 1 permite profundizar en esta distinción:

Tabla 1. Diferencias ontológicas

Criterio	Sedación paliativa	Eutanasia
Objetivo	Aliviar un síntoma refractario.	Provocar la muerte del paciente.
Dosis	Proporcional a la respuesta del síntoma.	Letal por definición.
Resultado	Alivio del sufrimiento; la muerte ocurre por la evolución natural de la enfermedad.	Muerte provocada por la acción farmacológica letal.
Visión de la Dignidad	Ontológica: se cuida a la persona.	Funcional: se elimina la vida sin “calidad”.

Fuente: elaboración propia.

13. El derecho al acompañamiento espiritual

Teológicamente, morir con dignidad significa aceptar la finitud o caducidad humana con esperanza (14). Por ello, la sedación paliativa nunca debe ser un obstáculo para que la persona se prepare para el encuentro con Dios. Como señala la carta Samaritanus bonus, la sedación profunda que priva al paciente de la posibilidad de vivir conscientemente su tránsito sagrado debe procurarse evitarse, a menos que el síntoma sea insoportable y el paciente haya podido realizar sus actos religiosos, de así desearlo y familiares previos.

14. La finitud o caducidad como aceptación clínica

Al final del camino, el médico debe reconocer que la caducidad humana no es un error biológico, sino una realidad de nuestra naturaleza contingente, es decir, entendiendo la vida como un don recibido y no una propiedad absoluta que la ciencia deba preservar a toda costa.

Al aplicar el principio del doble efecto con rigor, el médico profesional no “claudica” ante la muerte, sino que ejerce la medicina con la humildad necesaria para reconocer que la dignidad ontológica de ser hijo de Dios no disminuye por la pérdida de la consciencia farmacológica.

Ahora bien, La expansión de legislaciones que despenalizan o regulan la eutanasia y el suicidio asistido en diversas latitudes ha planteado un dilema sin precedentes para el profesional de la salud. En este escenario, la objeción de conciencia no debe entenderse como un privilegio o una simple resistencia ideológica, sino como un derecho fundamental derivado de la libertad de pensamiento y la integridad moral, esencial para el ejercicio de una medicina humanizada (18).

15. Fundamentación en la *evangelium vitae*

San Juan Pablo II, en su encíclica *Evangelium Vitae* (13), establece con claridad que existe un deber moral grave de no participar en

acciones que atenten directamente contra la vida humana, incluso si estas están permitidas por la ley civil. El documento afirma que las leyes que autorizan la eutanasia “no solo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia”.

Desde la perspectiva católica, el médico no es un mero ejecutor de los deseos del paciente ni un funcionario del Estado, sino un servidor de la vida. Por tanto, la objeción de conciencia es la respuesta ética necesaria cuando la normativa legal tropieza con la ley natural y la misión intrínseca de la medicina: curar siempre que sea posible, cuidar en todo momento, pero nunca matar (7,10).

16. La objeción de conciencia como protección de la profesión

La integridad de la profesión médica depende de su fidelidad a su fin último (19). La objeción de conciencia protege esta integridad de tres maneras fundamentales:

- Preservación de la identidad médica: históricamente, desde el Juramento Hipocrático, la medicina se ha definido por la prohibición de administrar fármacos letales. La objeción de conciencia permite que el médico mantenga su identidad como sanador y no como agente de muerte.
- Defensa de la autonomía profesional: frente a un modelo utilitarista que busca convertir al médico en un técnico neutral que obedece mandatos legales o peticiones subjetivas, la objeción reafirma que el médico es un sujeto moral con capacidad de juicio propio.
- Garantía de pluralismo en salud: una sociedad democrática debe garantizar que los profesionales de la salud puedan ejercer sin traicionar sus valores. Obligar a la participación en actos eutanásicos llevaría a la autoexclusión de profesionales con sólidos principios éticos, empobreciendo la calidad humana de los sistemas de salud.

17. Límites y responsabilidad clínica

Es crucial que los estudiantes de medicina comprendan que la objeción de conciencia no implica el abandono del paciente. Como señala la carta Samaritanus bonus, el médico objetor tiene la obligación de seguir ofreciendo todos los cuidados básicos y paliativos necesarios para aliviar el sufrimiento, asegurando que el paciente se sienta acompañado en su caducidad biológica pero reconocido en su dignidad inalienable.

La objeción de conciencia es, en última instancia, un acto de coherencia que proclama que la vida humana, especialmente en su fase terminal, posee un valor sagrado que trasciende cualquier acuerdo legislativo. Para el médico católico, es el ejercicio de una libertad que se pone al servicio de la Verdad y del respeto al hombre como hijo de Dios.

Se concluye que la muerte digna se fundamenta en la autonomía del paciente, entendida como el derecho a ejercer la libertad individual hasta el último momento. Esta visión se materializa mediante el consentimiento informado y las voluntades anticipadas, lo que permite al individuo decidir sobre las intervenciones que desea recibir.

También puede concluirse, desde la ética médica, que se rechaza la obstinación terapéutica (distanasia), pues prolongar artificialmente la vida sin esperanza de recuperación vulnera la integridad de la persona. Por ello, se prioriza la calidad de vida por encima de la mera cantidad. La medicina moderna entiende que una “muerte digna” es aquella que ocurre sin sufrimientos innecesarios, garantizando el bienestar mediante cuidados paliativos y, de ser necesario, la sedación paliativa para evitar la agonía consciente.

Sin embargo, en algunos sectores se ha extendido esta definición para incluir el “derecho a elegir el momento de morir”, ya sea mediante la eutanasia (acción activa del médico) y el suicidio asistido (el paciente se autoadministra el fármaco), viéndolo como el último

ejercicio de libertad para evitar una degradación que el individuo considera inaceptable.

Por otro lado, la dignidad no debe entenderse como una cualidad variable que depende de la autonomía o de la ausencia de dolor, sino como un valor ontológico (ligado a su ser) e inalienable (que no le puede ser quitada), que poseemos por ser imagen de Dios. Mientras que la visión secular a menudo condiciona la dignidad a la “calidad de vida”, la perspectiva católica sostiene que el ser humano es digno en su totalidad, especialmente en su vulnerabilidad.

Por tanto, el derecho a morir dignamente no es el derecho a elegir el momento de la muerte, sino el derecho a ser reconocido como persona hasta el último suspiro: recibiendo el alivio necesario para el cuerpo a través de los cuidados paliativos, y el consuelo necesario para el alma a través del amor y la esperanza.

Conclusión

En esta síntesis, la respuesta a este dilema inicial se halla en la integración de ambas visiones: entender que la muerte no es un fracaso clínico, sino el punto en el que convergen la fragilidad biológica y la grandeza espiritual. Una postura integral reconoce que, si bien la medicina debe luchar contra el dolor mediante cuidados paliativos, también debe tener la humildad de aceptar la caducidad humana al garantizar el alivio del cuerpo y el consuelo del alma, transformando el evento clínico de la muerte en el acto supremo de entrega y confianza en el Creador.

Consideraciones éticas

El presente manuscrito es un artículo de revisión narrativa que no incluye datos de pacientes ni experimentación con seres humanos, por lo que no requiere folio de Comité de ética.

Referencias

1. Montiel ZV. Más allá del nihilismo clínico: la bioética personalista al cuidado de pacientes con trastornos de la consciencia. *Medicina y Ética*. 2026; 37(1), 114-175. <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n1.03>
2. Sgreccia E. *Manual de Bioética: Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: BAC; 2021.
3. Chochinov HM. Twenty Years of Dignity Therapy: Evidence, Challenges, and Implications for Person-Centered Care. *J Palliat Med*. 2026. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10966218261424181>
4. Gómez JE. La eutanasia y el final de la vida: una reflexión crítica desde la bioética. *Medicina y Ética*. 2024; 35(1):231-255. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.06>
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2023.
6. Moncaleano JA, Rodríguez Sánchez MP, Hernández Flórez C, Gómez Restrepo C, Ruiz Parra AI, González González CA. Conocimiento médico y aplicación del documento de voluntades anticipadas para la toma de decisiones. *Medicina y Ética*. 2025; 36(3). <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n3.03>
7. Velasco T. Voluntades anticipadas y consentimiento informado en Medicina Intensiva. *Revista de Bioética y Derecho*. 2020; (48), 41-59 [citado 6 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78380231004>
8. Hanna V. Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Rev Chil Anest*. 2021; 50(1):252-268. <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchil-anestv50n01-15/>
9. Mansilla-Olivares A, López-Bárcena J, Plancarte-Sánchez R, Valenzuela-Gómez-Gallardo F, Rojo J, Meneses-González F. Postura de la Academia Nacional de Medicina de México en relación con las decisiones sobre el final de la vida. *Gac Med Mex*. 2018; 154(6):732-736. <https://doi.org/10.24875/gmm.19005170>
10. Tomczyk M, Jaques C, Jox RJ. Palliative sedation: ethics in clinical practice guidelines - systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024; 13(e3):e651-e663. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004266>
11. Muñoz-Merino JM, Becerra-Castro, S. Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética. *Medicina y Ética*, 2024; 35(1): 207-230. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.05>
12. Sánchez RD, Vassallo KL. Caso "Ana Estrada & quot: Reflexiones biojurídicas en torno a la eutanasia y el llamado derecho a morir. *Apuntes De Bioética*, 2021; 4(1):166-192. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.639>
13. Juan Pablo II. Carta Encíclica *Evangelium Vitae*. Ciudad del Vaticano; 1995 (Reimpresión 2021) [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

14. Congregación para la Doctrina de la Fe. Carta Samaritanus bonus sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 2020; [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_sp.html
15. Juan Pablo II. Carta Apostólica Salvifici Doloris sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano. Ciudad del Vaticano; 1984 [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html
16. Catecismo de la Iglesia Católica. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 2022.
17. Surges SM, Radbruch L. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat Med. 2024; 38(2):213-228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>
18. Pellegrino ED. The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: a Catholic perspective. Fordham Urb LJ. 2002; 30(1):221-244. [citado 6 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol30/iss1/13>
19. Gamboa-Antiñolo FM, Poyato-Galán JM. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Gac Sanit. 2021 [citado 6 de febrero de 2026]; 35(4): 358-360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000400010&lng=es. <https://doi.10.1016/j.gaceta.2020.05.014>