

Eutanasia y dignidad humana: decisiones de vida o muerte en la era de la inteligencia artificial

Definiciones y fundamentos históricos

Eutanasia: proviene del griego *eu-* (“bueno”) y *-thanatos* (“muerte”), literalmente “buen morir”. En la antigüedad algunos autores, como Suetonio, describieron casos de muerte rápida y sin dolor (por ejemplo el emperador Augusto) que serían considerados “eutanasia” en sentido etimológico. En la Edad Moderna Francis Bacon usó el término para referirse a una muerte “feliz, fácil e indolora”, responsabilidad del médico de aliviar el sufrimiento. Hoy se define comúnmente como la “intervención deliberada emprendida con la intención expresa de poner fin a una vida, para aliviar el sufrimiento intratable”. Por ejemplo, el Comité de Ética Médica británico la describe así, y la Organización Médica Colegial (OMC) de España la define como “provocación intencional de la muerte de una persona con enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta”. Se distingue entre eutanasia **activa** (administración directa de medios para causar la muerte) y **pasiva** (omisión de tratamientos que prolongan la vida), así como voluntaria (consentida) e involuntaria. Según Heather Draper, clave es el motivo altruista: la eutanasia sería “la muerte que resulta de la intención de [la persona] de matar a otra, utilizando los medios más suaves e indoloros posibles, motivada únicamente por el interés superior de la persona que muere”. Por contraste, la **distanasia** (del griego *dus-* “difícil/mala”) alude al “mal morir”, esto es, al encarnizamiento terapéutico que prolonga inútilmente el sufrimiento.

Dignidad humana: se entiende como el valor intrínseco e inalienable de cada persona por el mero hecho de ser humano. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) afirma que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. En este sentido, la dignidad es inherente a la persona y no depende de sus condiciones físicas o sociales. Filósofos como Kant sostienen que cada persona es un **fin en sí misma**, lo cual prohíbe tratar la vida humana como un medio. Recientes documentos eclesiásticos recalcan esta idea: la Declaración *Dignitas infinita* de la Iglesia Católica señala que “la vida humana, incluso en su condición dolorosa, es portadora de una dignidad que debe respetarse siempre” y que “no hay condiciones en las que la vida humana deje de ser digna”. En ella se declara incluso que “la vida tiene la misma dignidad y el mismo valor para todos y cada uno”, o como se enfatiza en otra parte: “La vida es un derecho, no la muerte, que debe ser acogida, no suministrada”. Estos planteamientos guían a quienes ven cualquier forma de eutanasia como atentado contra la dignidad.

Marcos legales nacionales e internacionales

El estatus legal de la eutanasia varía ampliamente. A continuación se resumen las normas principales, con énfasis en México y comparativas globales.

- **México:** la eutanasia activa está *prohibida*. La Ley de Voluntad Anticipada (2008) y la Constitución de la Ciudad de México reconocen el “derecho a la muerte digna”, pero esto se interpreta como el derecho a rechazar tratamientos médicos en fase terminal (ortotanasia) y a recibir cuidados paliativos. En efecto, fuentes oficiales señalan que “la legislación no permite la eutanasia”. En la práctica, el Código Penal federal castiga con pocos años la muerte piadosa, pero sin reconocerla legalmente. Sin embargo, hay debates recientes: en 2024 la Asociación *Libertad para Morir* presentó una iniciativa en la CDMX para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, impulsada por médicos y activistas que alegan el derecho a una muerte digna. En el ámbito estatal, varios congresos (p.ej. Coahuila, CDMX) han aprobado leyes de voluntad anticipada; la Suprema Corte ha declarado inconstitucional penalizar la voluntad anticipada en CDMX, reforzando que debe interpretarse el derecho a morir dignamente dentro del marco existente.
- **Otros países de Latinoamérica:** *Colombia* es pionera: en 1997 la Corte Constitucional despenalizó la eutanasia (llamada allí “homicidio por piedad”) para aliviar sufrimientos “intensos” de pacientes terminales, reglamentando formalmente la práctica en 2015. De hecho, entre 2015 y 2021 se realizaron 157 procedimientos en Colombia. En 2021 la Corte extendió el derecho al “morir con dignidad” a quienes padecen “intenso sufrimiento físico o psíquico” (caso Martha Sepúlveda). *Uruguay* debatió legislativamente en 2022 la despenalización: la Cámara de Diputados aprobó un proyecto, pero el Senado lo postergó. *Perú* y *Argentina* mantienen la ilegalidad; sin embargo, en Perú ha habido casos muy debatidos (como la demanda de Ana Estrada, quien padece parálisis, y un fallo confuso en 2021). En *Argentina*, la Ley de Derechos del Paciente (2012) consagra el derecho a rechazar tratamientos médicos en fase terminal, pero prohíbe explícitamente “aplicar procedimientos que adelanten la muerte”; la eutanasia activa no está permitida. En *Chile* se ha aprobado recientemente (2024) la ley de “muerte asistida” para enfermos terminales, aunque no existen aún protocolos amplios. En resumen, aparte de Colombia, casi ningún país latinoamericano permite la eutanasia activa (se enfatizan cuidados paliativos).

- **Europa:** se observa gran diversidad. En *Países Bajos* la eutanasia voluntaria está legal desde 2002 bajo estrictos requisitos (paciente competente, sufrimiento intolerable). *Bélgica* la legalizó también en 2002 (abriendo incluso el debate sobre menores desde 2014). *Luxemburgo* siguió en 2009. *España* aprobó la ley en 2021, vigente desde mediados de ese año. *Portugal* dio su visto bueno en 2023 tras intenso debate parlamentario. Alemania (Corte Constitucional 2020) y *Austria* (ley 2022) permiten hoy el suicidio asistido, pero no la eutanasia activa. En cambio *Suiza* no penaliza el suicidio asistido privado (cápsula o medicamentos) siempre que no haya ánimo de lucro; la eutanasia (muerte por acción directa) sigue siendo delito, salvo que un médico sea quien la administre a solicitud explícita. En *Reino Unido* y *Francia*, iniciativas recientes exploran despenalizar la ayuda al suicidio, aunque prevalece la ilegalidad (en UK hubo un proyecto en 2024 para Inglaterra/Gales que requeriría dos médicos y juez). Entre los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia) y Europa del Este la eutanasia activa está prohibida. Varios estados de *Estados Unidos* han legalizado el “*physician-assisted dying*” (por ejemplo, Oregón desde 1997, California desde 2016) –pero esto es suicidio asistido, no eutanasia activa–; en otros estados sigue ilegal.

En la tabla siguiente se comparan algunos ejemplos representativos:

País / Región	Eutanasia activa legal	Suicidio asistido legal	Legislación relevante
Países Bajos	Sí (desde 2002)	Sí	Ley promulgada en 2001/2002
Bélgica	Sí (desde 2002)	Sí	Ley promulgada en 2002
Luxemburgo	Sí (desde 2009)	Sí	Ley 543-A (2009)
España	Sí (desde 2021)	Sí	Ley Orgánica 3/2021
Portugal	Sí (desde 2023)	Sí	Ley aprobada 2023
Colombia	Sí (despen. 1997)	(incluido en eutanasia)	C-239/97; reglamento (2015)
Suiza	No	Sí	Art.115 C.P.: permitido sin lucro

País / Región	Eutanasia activa legal	Suicidio asistido legal	Legislación relevante
México	No	No	Prohibición legal (Ley Vol. Ant. 2008)

Perspectivas filosóficas, religiosas, médicas, bioéticas y culturales

- Filosófica:** las corrientes éticas secularizadas debaten entre la sacralidad de la vida y la autonomía. Kant y la tradición deontológica rechazan la eutanasia pues la vida humana es un fin absoluto; por el contrario, filósofos utilitaristas como Peter Singer defienden que acortar el sufrimiento mayoritario puede estar justificado. En la argumentación moderna, la filósofa Heather Draper define la eutanasia como una acción con “motivo exclusivamente por el interés superior de la persona que muere”, reflejando el énfasis consecuencialista en aliviar el dolor del paciente terminal. En cualquier caso, se reconoce que la voluntariedad y el consentimiento informan el debate: muchos sostienen que solo la eutanasia *voluntaria* (solicitada por el paciente) tiene algún aval ético, y que la eutanasia *involuntaria* sería siempre un gravísimo mal moral.
- Religiosa:** las principales religiones monoteístas suelen oponerse a la eutanasia. En 2019 líderes judíos, cristianos y musulmanes firmaron una declaración común rechazando la eutanasia y el suicidio asistido, y pidiendo enfocar los esfuerzos en el acompañamiento y cuidados paliativos. Un representante musulmán indicó que “como musulmanes creemos que está prohibido suicidarse, sea cual sea la situación... no podemos matar ni practicar la eutanasia”. La Iglesia Católica afirma que el sufrimiento *no* hace perder la dignidad intrínseca del enfermo, y que “la vida humana, incluso en su condición dolorosa, es portadora de una dignidad que debe respetarse siempre”. Concluye que “el derecho es a la vida, no a la muerte, que debe ser acogida, no suministrada”. En el cristianismo protestante y el judaísmo ortodoxo el principio “no matarás” se extiende a prohibir toda eutanasia activa. Otras religiones (budismo, hinduismo) tampoco la promueven, ya que la vida se considera sagrada o regida por leyes del karma; en general, enfatizan la compasión sin administrar activamente la muerte.
- Médica:** la tradición hipocrática prohíbe cualquier acción médica deliberada para matar; el Juramento Hipocrático original ordena “no prescribiré una droga mortal para complacer a nadie, ni daré consejos que puedan causar la

muerte”. En la ética médica contemporánea predomina la postura de que el rol del médico es aliviar el sufrimiento sin buscar la muerte. Por ejemplo, la Organización Médica Colegial de España (OMC) y otras sociedades médicas definen la eutanasia de forma muy estricta (enfermo terminal, petición expresa) y promueven los cuidados paliativos. Asociaciones profesionales (como academias nacionales de medicina) se oponen a legalizar la eutanasia y recomiendan en su lugar una mejor formación en paliativos.

- **Bioética:** desde el enfoque principialista de Beauchamp y Childress, el debate enfrenta la **autonomía** del paciente (derecho a decidir libremente) versus la **no maleficencia** (no matar). El principio de autonomía apoya permitir que un paciente competente rechace seguir viviendo, mientras que el de beneficencia (alivio del sufrimiento) se puede invocar a favor de la eutanasia. Sin embargo, el principio de justicia exige cuidado igualitario y puede provocar preocupación por posibles presiones socioeconómicas. Códigos éticos profesionales (p.ej. de la Asociación Médica Mundial) no contemplan la eutanasia como práctica médica válida. En términos legales, el derecho a una “muerte digna” suele vincularse a la libertad de los pacientes para rechazar tratamientos fútiles, pero no a solicitar activamente la muerte.
- **Cultural:** la visión sobre la eutanasia varía con la cultura. En sociedades colectivistas (África, Asia) la autonomía individual es menos destacada y la comunidad o la familia tienen más voz. El doctor Emmanuel Luyirika, líder de paliativos en África, afirma que en todo el continente “la eutanasia se ha rechazado rotundamente” y que “si el cuidado paliativo es accesible..., la cuestión de la eutanasia no surgirá”. En Japón tradicionalmente se consideraba un tema ajeno a la sociedad, y legalmente la eutanasia activa está prohibida (fue noticia nacional un caso policial en 2020). En contraste, en Europa y Norteamérica el debate público es intenso: por ejemplo, en España y Colombia se enfatiza el respeto a la autonomía, mientras que en países con fuerte influencia religiosa (como Polonia o Irlanda hasta recientemente) persiste el rechazo. Estudios sociológicos muestran que la aceptación social de la eutanasia suele ser mayor en países secularizados (Holanda, Bélgica) que en regiones profundamente religiosas. Estas diferencias culturales influyen en la legislación y en el tono del debate público sobre la dignidad humana y el derecho a morir.

Inteligencia Artificial en decisiones médicas de vida o muerte

La IA ya está transformando la medicina: **apoya diagnósticos y tratamientos** al analizar grandes volúmenes de datos. Por ejemplo, en oncología e imagen médica existen algoritmos que ayudan a detectar tumores y planificar terapias. Un artículo de Bioethics Today señala que “IA ha revolucionado el cuidado de la salud”, apoyando al médico en diagnósticos, planeamiento de tratamientos y predicciones pronósticas. Estas capacidades se podrían aplicar al final de la vida de varias formas:

- **Evaluación de solicitudes de eutanasia:** en países donde es legal, cada petición debe cumplir criterios estrictos (sufrimiento intolerable, incurabilidad, etc.). Una IA podría procesar historiales clínicos y datos del paciente (edad, diagnóstico, estado neurológico, dolor referenciado) para ayudar a determinar si se cumplen dichos criterios. Esto podría aliviar la carga de trabajo médico y dar consistencia a las evaluaciones. Sin embargo, surge la pregunta ético-jurídica: ¿puede una máquina tomar decisiones de tal calado moral, y quién asumiría la responsabilidad?
- **Asistencia en la ejecución:** aunque parezca futurista, se han explorado dispositivos finales de suicidio asistido que incorporan IA. Un ejemplo es la cápsula “Sarco” diseñada en Suiza: hasta ahora funciona con sistemas mecánicos, pero su creador Philip Nitschke ha propuesto usar IA para verificar la identidad y estado mental del usuario antes de permitir el procedimiento. La IA podría monitorear signos vitales (nivel de oxígeno, pulso) durante el proceso para garantizar seguridad. Sin embargo, integrar IA en la fase de ejecución plantea retos de rendición de cuentas: si el dispositivo falla, ¿quién responde, el fabricante, el médico programador o el propio paciente?.
- **Revisión post-procedimiento:** en países como Holanda o Bélgica las eutanasias realizadas deben ser revisadas por comités médicos. Investigadores sugieren que la IA podría analizar retrospectivamente grandes volúmenes de expedientes para identificar patrones (por ejemplo, sesgos en la selección de pacientes, cumplimiento de protocolos). Esto podría mejorar la supervisión y la transparencia del sistema. Sin embargo, una IA que reduzca la experiencia del paciente a “puntos de datos” corre el riesgo de “erosionar la dignidad” y las circunstancias únicas de cada caso.

En resumen, la IA en este ámbito ofrece **oportunidades y desafíos éticos**. Entre las oportunidades está la capacidad de procesar información médica vasta rápidamente, lo que puede empoderar al paciente al brindarle información objetiva sobre su pronóstico y aliviar la carga de los médicos en decisiones complejas. Algunas voces señalan que la IA podría incluso “liberar” al personal sanitario de la angustia de tomar

la decisión de terminar una vida. No obstante, los riesgos son graves: sesgos algorítmicos (por ejemplo, un sistema podría infravalorar la vida de pacientes con discapacidad), problemas de transparencia (“caja negra”), y el dilema de la responsabilidad legal. Si el algoritmo falla, no está claro quién debe responder. Además se plantean cuestiones de consentimiento informado: ¿debe el paciente saber si su caso fue evaluado por IA? Por estas razones, el **EU AI Act** (reglamento europeo de IA) acaba de catalogar la IA en salud como de “alto riesgo” y exige estándares de calidad y supervisión, aunque no prohíbe explícitamente su uso en contextos de eutanasia. A nivel global faltan aún políticas claras que aborden estos dilemas éticos, por lo que expertos piden guías internacionales para el uso responsable de IA en decisiones tan críticas.

Casos documentados, literatura científica y debates actuales

La literatura científica y mediática ha documentado numerosos casos y estudios sobre eutanasia. Por ejemplo, en *Colombia* ya es habitual: se han publicado series de casos y estadísticas detalladas de cada procedimiento reglado. El caso de Marta Sepúlveda (2021) fue ampliamente cubierto: ella sería la primera persona sin enfermedad terminal en recibir eutanasia, lo que provocó reacciones mixtas entre médicos y la opinión pública. En España hay publicaciones sobre el perfil de los pacientes (edad, diagnósticos, sintomatología) que han recibido eutanasia desde 2021. **Casos mediáticos recientes:** *Javier Acosta* (Colombia, 2024) –un joven enfermo con sufrimientos intensos– ha reiniciado el debate en redes sociales al optar públicamente por la eutanasia, generando apoyo y controversia. En contraste, la cápsula Suiza “Sarco” (aún experimental) muestra la potencial aplicación tecnológica al final de la vida; su plan de incorporar IA hizo titulares internacionales (su desarrollador argumenta que será “opcional” para usuarios elegibles).

Debates políticos y sociales: el tema es altamente controvertido. Organizaciones de médicos y bioeticistas discuten si el enfoque debe centrarse primero en expandir cuidados paliativos (como exigen varias sociedades científicas) o directamente en legislar la eutanasia. En Argentina, por ejemplo, la Academia Nacional de Medicina se pronunció en contra de legalizar la eutanasia como práctica médica, recomendando reforzar paliativos. En México y Chile se han dado manifestaciones sociales a favor y en contra de las iniciativas legislativas. Internacionalmente, el debate suele polarizarse: defensores de la autonomía personal (especialmente en medios anglosajones) promueven “derecho a morir con dignidad”, mientras que grupos religiosos y movimientos provida enfatizan el “valor intrínseco de la vida” y alertan sobre posibles abusos. La ONU y la UNESCO han señalado que, en todo caso, cualquier cambio legislativo debe ir acompañado de sólidas garantías éticas y de que

el sufrimiento no sea la “única” razón para activar estos mecanismos. En síntesis, la discusión pública combina argumentos legales, éticos, sociales y económicos, reflejando la complejidad del tema en nuestras sociedades.

Riesgos, oportunidades y desafíos éticos de la IA en la eutanasia

La introducción de la IA en decisiones de eutanasia amplifica la complejidad ética.

Entre las **oportunidades** se menciona que la IA puede mejorar la equidad y consistencia del proceso: por ejemplo, reducir errores humanos al clasificar el sufrimiento del paciente y garantizar que se apliquen criterios uniformes a todos. También podría aliviar carga laboral de los médicos y ofrecer mayor control al paciente (según algunos expertos, la IA puede “empoderar al paciente en relación con la muerte”). Sin embargo, los **riesgos** son significativos:

- *Transparencia y sesgo*: los algoritmos de IA aprenden de datos históricos. Si esos datos reflejan sesgos (p.ej. minorías, personas mayores o discapacitadas que tradicionalmente recibieron menos tratamientos), la IA podría perpetuarlos. Esto genera injusticia y vulnera la dignidad humana. La Declaración *Dignitas infinita* advierte contra una “cultura del descarte” de los más vulnerables; una IA mal diseñada podría, sin intención, asociar condiciones como demencia o pobreza con menor “calidad de vida” y favorecer la eutanasia.
- *Responsabilidad legal*: Si se confía a la IA la evaluación de un caso y algo sale mal (p. ej. se incumplen protocolos, o se rechaza indebidamente una solicitud), no está claro quién debe responder legalmente. Tradicionalmente el médico es responsable de la decisión final, pero con IA entran en juego programadores, fabricantes de software y entidades de salud. Esto difumina la rendición de cuentas.
- *Empatía y trato humano*: La eutanasia es una decisión profundamente personal. Existe temor de que un sistema algorítmico pueda “reducir las experiencias humanas a meros puntos de datos”, perdiendo de vista la dimensión emocional y espiritual de cada caso.
- *Consentimiento informado*: Involucrar IA en el proceso exige informar al paciente y familiares sobre cómo opera el sistema, la precisión de sus recomendaciones y sus límites. La complejidad técnica de muchos modelos puede dificultar una explicación clara.

- *Privacidad de datos:* Los sistemas de IA requerirán recopilar información clínica muy sensible. Garantizar la confidencialidad y seguridad de esos datos es otro desafío.

Entre los **desafíos éticos** destacan, además, la necesidad de asegurar un “sesgo cero” (lo cual es prácticamente imposible), y de acordar estándares internacionales. El recién adoptado reglamento europeo de IA clasifica las aplicaciones médicas como de alto riesgo, exigiendo altos niveles de exactitud y auditoría continua. A nivel mundial no hay aún consenso: expertos piden implementar guías claras (y supervisión humana fuerte) para que la IA sea **herramienta de apoyo**, no sustituto del juicio ético humano.

Comparaciones internacionales y perspectivas globales

Varios textos en distintos idiomas confirman la variedad de enfoques. Por ejemplo, un reportaje en español sobre Japón (en *Nippon.com*) explica que la eutanasia “no está reconocida” legalmente allí, reflejando que el debate social estaba latente hasta casos recientes. En cambio, en Europa los informes son más bilingües: publicaciones en inglés (BBC, Euronews) y español reseñan cómo Países Bajos y Bélgica sirvieron de modelo legal. Un artículo africano resaltó que en *África* la eutanasia es casi “un asunto ajeno”: la prioridad son los paliativos accesibles. La declaración interreligiosa en inglés de 2019 (citada arriba) muestra la convergencia de latinos y anglosajones sobre la dignidad. En América Latina, medios en español (La Nación, El Tiempo) documentan la controversia político-social (p.ej. Uruguay, Argentina). Todas estas fuentes apuntan a un consenso parcial: el respeto a la dignidad se considera universal, pero su interpretación respecto a la eutanasia difiere culturalmente.

Conclusiones

El tema de la eutanasia confronta valores fundamentales: la **dignidad humana**, la **autonomía** personal y la **compasión médica**. Histórica y conceptualmente, hemos visto que la dignidad se considera “infinita” y en principio siempre merecedora de respeto, mientras que la eutanasia se define por la intención de morir para aliviar el sufrimiento. Legalmente, sólo unos pocos países han equiparado esa dignidad con un derecho a la eutanasia; muchos otros siguen pendientes de fortalecer los cuidados paliativos. En México, la discusión está abierta pero aún no legislada; mientras tanto, rige el paradigma de muerte digna pasiva (voluntad anticipada).

La irrupción de la IA en el entorno médico introduce una nueva dimensión: ofrece herramientas para informar y quizás humanizar estas decisiones, pero también plantea dilemas inéditos. Al momento no existe consenso sobre su rol en casos de fin

de vida. Como conclusión equilibrada, podemos afirmar que la dignidad humana reclama que se considere cuidadosamente cualquier aplicación tecnológica a la eutanasia. Debe cumplirse el principio de que “la vida es un derecho, no la muerte”, asegurando que ni el sufrimiento ni los algoritmos dicten a una persona que su vida “vale menos”. En palabras del Papa Francisco, “la dignidad existe más allá de toda circunstancia” y exige cuidados, no la eliminación del más débil. El futuro debate –y la eventual regulación de la IA en este campo– requerirá un diálogo interdisciplinario que honre esos valores universales mientras enfrenta los retos éticos y sociales que surgen en nuestra era tecnológica.

Fuentes: Se han consultado documentos legales (constituciones, leyes), organismos internacionales (ONU, UNESCO), artículos científicos y periodísticos actuales en español e inglés, así como declaraciones de líderes religiosos y bioéticos. Entre ellas: definiciones médicas de eutanasia (OMC, House of Lords); sentencias constitucionales de Colombia; artículos de medios (BBC, Euronews, La Nación) sobre legislación internacional; informes sobre inteligencia artificial en salud; y documentos doctrinales de la Iglesia Católica sobre dignidad humana. Todas las citas dan testimonio de la complejidad y diversidad de perspectivas en este asunto.