

EUTANASIA Y SALUD MENTAL: EL NUEVO DILEMA GLOBAL

Cómo Argentina, Uruguay y las principales leyes internacionales enfrentan el debate más sensible de la bioética contemporánea

Eutanasia y salud mental: qué sabemos y qué falta resolver

Uruguay hizo historia en 2024 al convertirse en el primer país de América Latina en autorizar la eutanasia activa. Su sistema incluye controles médicos y legales muy estrictos, evaluaciones psiquiátricas y la verificación de que la voluntad del paciente sea sostenida en el tiempo.

En Europa, Estados Unidos y Canadá, las leyes que permiten la eutanasia por trastornos psiquiátricos están generando fuertes tensiones. El debate central es cómo determinar si el sufrimiento mental es realmente “irremediable” y si la persona tiene plena capacidad para decidir.

Canadá decidió postergar hasta 2027 la eutanasia por motivos exclusivamente psiquiátricos (MAID). La decisión se basó en que hoy no es posible garantizar evaluaciones clínicas seguras en salud mental.

Rechazo religioso mayoritario a la eutanasia. Las principales religiones monoteístas la consideran incompatible con la dignidad humana y con el valor intrínseco de la vida, aun cuando exista sufrimiento intenso.

Bélgica y los Países Bajos permiten algunos casos vinculados a problemas psiquiátricos, pero enfrentan críticas persistentes. Las objeciones se centran en la variabilidad de la capacidad decisoria y en posibles sesgos que afectan especialmente a personas con discapacidad.

Argentina sigue enfocada en la eutanasia pasiva y los cuidados paliativos. Cualquier acción destinada a provocar la muerte de manera directa continúa siendo un delito.

Postura crítica religiosa frente a la eutanasia en salud mental. Desde estas miradas, extender la eutanasia al sufrimiento psíquico cuestiona la irremediabilidad y debilita la responsabilidad estatal de garantizar cuidados y tratamientos.

El concepto de “irremediabilidad” en salud mental carece de métodos clínicos objetivos. Esto vuelve riesgoso su uso como criterio legal sin un acceso previo, suficiente y continuo a tratamientos adecuados. La experiencia internacional subraya la necesidad de auditorías independientes y protocolos rigurosos.

Cualquier regulación debe incorporar una mirada de derechos humanos y discapacidad. De lo contrario, existe el riesgo de que desigualdades sociales influyan en las solicitudes de muerte asistida.

PRESENTACIÓN

El debate sobre eutanasia y suicidio asistido en salud mental se transformó en uno de los dilemas éticos más complejos del presente. En un mundo donde algunos países expanden derechos y otros los restringen, este informe del Centro de Investigaciones Sociales de UADE ofrece **un análisis comparado sobre cómo se regula o evita regular el final de la vida cuando el sufrimiento no es físico, sino psicológico.**

A partir de una revisión exhaustiva de bibliografía especializada y marcos legales internacionales, el estudio examina cómo **se tensan conceptos como autonomía, capacidad para decidir, irremediabilidad y protección de derechos cuando se aplican a la salud mental.**

Para comprender mejor las mencionadas tensiones, en este documento se incorporan **ejemplos reales, extraídos de informes oficiales internacionales, que muestran el funcionamiento de las regulaciones en la práctica.** Algunos conceptos clave que se desprenden de esos casos son la ***Irremediabilidad del sufrimiento psíquico***, referido a los casos de personas con depresión severa resistente, la ***Fluctuación de la capacidad decisoria***, solicitudes de eutanasia realizadas por personas con variaciones abruptas del estado emocional y ***Sesgos y debates sobre discapacidad***, casos documentados de personas que solicitaron asistencia médica para morir por falta de apoyos económicos y sociales.

Situación en Argentina y la región

La legislación **se centra en eutanasia pasiva, negativa a tratamientos, limitación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos. Por otra parte, no contempla prácticas activas.**

Caso reciente difundido por los medios: una mujer postrada desde hace siete años afirmó: “Cualquiera que pase 24 horas como yo pediría lo mismo”. Este tipo de situaciones vuelven urgente el debate.

PRESENTACIÓN

En 2024, Uruguay aprobó la Ley de Muerte Digna, el primer régimen integral de eutanasia activa de América Latina. Incluye evaluaciones clínicas múltiples, dictámenes independientes, plazos de reflexión y controles institucionales. El sufrimiento puede ser físico o psicológico, lo que generó discusiones sobre su alcance.

Comparación internacional

Bélgica y Países Bajos aceptan, con restricciones, solicitudes psiquiátricas. Los casos son pocos, pero muy documentados. **Los sistemas exigen segundas y terceras opiniones, y verificaciones de constancia y capacidad.** Por su parte, el parlamento canadiense decidió postergar hasta 2027 la eutanasia por trastornos exclusivamente psiquiátricos. El argumento: **no existen protocolos clínicos estables para evaluar irremediabilidad.** Mientras tanto, en España y Suiza admiten solicitudes asociadas a sufrimiento intolerable, aunque en la práctica **los casos psiquiátricos son excepcionales y fuertemente auditados.**

La mirada de las religiones

El debate contemporáneo sobre la eutanasia y el suicidio asistido también se ve influenciado por **dimensiones éticas y religiosas que influyen de manera significativa en la percepción del valor de la vida y el sufrimiento.** Son un factor relevante en la formación de opinión pública y en el debate legislativo y sanitario.

Las principales tradiciones religiosas monoteístas han expresado posiciones críticas frente a la eutanasia, con matices internos y fundamentos doctrinarios diversos. **Aportan argumentos que enfatizan la dignidad intrínseca de la persona humana, la protección de la vida y la centralidad de los cuidados paliativos frente al sufrimiento.** El informe incorpora esta dimensión como parte del análisis contextual necesario para comprender la complejidad del debate público en torno al tema.

RESUMEN EJECUTIVO

- **Irremediabilidad difícil de probar:** determinar que una condición es “irremediable” implica demostrar que no existe tratamiento eficaz presente ni futuro. Esto es complejo porque la medicina evoluciona, los pronósticos son probabilísticos y dependen de factores individuales, lo cual conlleva incertidumbre ética y científica.
- **Capacidad fluctuante:** la autonomía del paciente requiere capacidad de decisión estable. Sin embargo, en enfermedades graves, la capacidad cognitiva puede variar por dolor, medicación o deterioro neurológico, y así generar dudas sobre la validez y consistencia del consentimiento.
- **Fuerte influencia de condiciones sociales:** factores como pobreza, aislamiento, falta de acceso a cuidados paliativos o presión familiar pueden inducir la solicitud de eutanasia. Esto plantea el riesgo de que la decisión no sea plenamente libre, sino condicionada por desigualdades estructurales.
- **Riesgos de discriminación estructural:** grupos vulnerables (personas con discapacidad, ancianos, minorías) pueden ser más expuestos a prácticas eutanásicas por prejuicios sociales o criterios utilitaristas, lo que amenaza principios de igualdad y no discriminación en la atención sanitaria.
- **La comparación entre Argentina y Uruguay abre un debate regional ineludible:** ¿es posible construir un modelo seguro para evaluar solicitudes de eutanasia vinculadas con el sufrimiento mental? La respuesta internacional parece ser: solo si existe un sistema de salud mental robusto, accesible y equitativo. Sin él, cualquier regulación sería frágil.
- **Influencia de marcos éticos y religiosos en el debate público:** Las posiciones de las principales tradiciones religiosas monoteístas - católica, judía, islámica y evangélica— mantienen una oposición general a la eutanasia, basada en la defensa de la dignidad humana y la protección de la vida. En el contexto uruguayo y regional estos posicionamientos incidieron en el debate público y legislativo. En relación con la salud mental, estas miradas contribuyen a una postura de cautela si se trata de establecer estándares de irremediabilidad y capacidad decisoria.

EL ESTUDIO

El panorama normativo en Argentina y el horizonte uruguayo

El análisis del marco jurídico argentino y la revisión de la reciente Ley de Muerte Digna en Uruguay muestran dos modelos regulatorios claramente distintos respecto de la eutanasia y los límites de la autonomía al final de la vida. Mientras Argentina sostiene un esquema basado en eutanasia pasiva, negativa a tratamientos y cuidados paliativos, Uruguay se convirtió en el primer país de América Latina en adoptar un régimen integral de eutanasia activa. Esta comparación resulta clave para comprender el horizonte normativo regional.

a. Situación argentina: regulación de eutanasia pasiva y ausencia de eutanasia activa

Desde 2009, Argentina reconoce derechos vinculados a la autonomía del paciente a través de las Leyes 26.529 y 26.742. Estas normas permiten rechazar o interrumpir tratamientos y solicitar la retirada de soportes vitales cuando estos resultan extraordinarios, desproporcionados o prolongan un proceso irreversible con sufrimiento. Esta regulación corresponde a la denominada eutanasia pasiva: limitación del esfuerzo terapéutico y derecho a cuidados paliativos.

El artículo 59 del Código Civil y Comercial refuerza la autonomía, aunque con límites estrictos: no se admiten prácticas orientadas directamente a causar la muerte. Así, la eutanasia activa y el suicidio asistido continúan tipificados como delitos (arts. 79 y 83 del Código Penal).

La jurisprudencia acompañó esta tendencia. El caso Bahamondez (1993) reconoció el derecho a rechazar tratamientos por convicciones personales o religiosas. En 2015, la Corte Suprema volvió sobre estos límites al permitir retirar el soporte vital de un paciente en estado vegetativo desde hacía veinte años, aplicando el criterio de “voluntad presunta” cuando no existen directivas anticipadas, pero siempre dentro del marco de prácticas no activas (CSJN, D., M. A., 2015).

Pese a diversos proyectos legislativos recientes —incluido el proyecto de Ley de Buena Muerte— ninguno ha prosperado. Estos textos presentan diferencias sustantivas respecto del modelo uruguayo, como la posibilidad de incluir personas menores de edad, contemplar directivas anticipadas para solicitar eutanasia y aceptar solicitudes en casos de capacidad restringida. Estas cuestiones abren debates complejos sobre consentimiento, vulnerabilidad y protección de derechos.

b. Horizonte uruguayo: primera ley latinoamericana de eutanasia activa

En 2024, Uruguay aprobó la primera normativa regional sobre eutanasia activa: la Ley de Muerte Digna. Establece un procedimiento estricto destinado a asegurar que la solicitud sea libre, seria, informada y reiterada. Requiere:

- mayoría de edad,
- aptitud psíquica demostrada,
- padecimiento irreversible o incurable con sufrimiento considerado “insostenible”,
- información completa sobre alternativas, incluidos cuidados paliativos,
- ratificación final ante testigos,
- evaluación por el médico tratante, un segundo médico independiente y, en caso de discrepancia, una junta médica especializada.

EL ESTUDIO

Las instituciones del sistema de salud deben garantizar la prestación; la objeción de conciencia es individual, no institucional. La ley clasifica la muerte como natural cuando se practica conforme a derecho, eximiendo de responsabilidad penal, civil o administrativa a los profesionales.

Comparada con Argentina, Uruguay adopta un modelo que habilita activamente la intervención del Estado y del sistema de salud en la asistencia para morir mediante un procedimiento regulado.

c. Convergencias y divergencias regionales

El análisis conjunto evidencia tres tendencias principales:

- **Autonomía vs. protección de la vida:** Uruguay privilegia la autonomía bajo condiciones estrictas; Argentina mantiene un enfoque restrictivo respecto de intervenciones que produzcan la muerte.
- **Criterios para evaluar sufrimiento:** Uruguay admite el sufrimiento psíquico como causal posible; Argentina no contempla eutanasia por motivos de salud mental ni ofrece guías para valorar este tipo de sufrimiento.
- **Garantías y responsabilidad profesional:** Uruguay exime de responsabilidad a profesionales que actúan conforme a la ley. En Argentina, cualquier intervención activa sigue siendo delito.

El escenario regional es heterogéneo. Uruguay constituye un caso referencial, aunque su legislación tampoco aborda de manera específica los diagnósticos psiquiátricos.

¿Cómo consideran los marcos normativos la salud mental y el sufrimiento psíquico?

La regulación de eutanasia y suicidio asistido por motivos de salud mental se ha desarrollado de manera desigual en el mundo, con debates éticos y conceptuales profundos. Las leyes suelen utilizar expresiones amplias como “sufrimiento insoportable”, “enfermedad grave e incurable” o “padecimiento crónico e imposibilitante”, lo que ha permitido que, en ciertas jurisdicciones, los trastornos psiquiátricos se consideren supuestos elegibles. Esta inclusión plantea controversias sobre irremediabilidad, capacidad, vulnerabilidad y límites éticos y jurídicos.

Países Bajos

La Ley de 2002 (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) permite eutanasia y suicidio asistido cuando existe “sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejora”. Aunque el texto no menciona trastornos psiquiátricos, en la práctica se han aceptado solicitudes basadas en sufrimiento mental, bajo estrictos requisitos de debido cuidado, evaluación de capacidad y persistencia del deseo, además de intervención obligatoria de un psiquiatra independiente. Esto ha generado debate sobre la posibilidad de traducir el sufrimiento subjetivo en criterios clínicos operativos.

Bélgica

La Ley de Eutanasia (2002, con reforma de 2014) reconoce explícitamente el sufrimiento “físico o psíquico constante e insoportable que no puede aliviarse” como causal de solicitud. El país

EL ESTUDIO

registra el mayor número de casos psiquiátricos, principalmente vinculados a depresión mayor, trastornos de personalidad y esquizofrenia. El debate ético se centra en la dificultad de demostrar la irremediabilidad en salud mental y en los riesgos de replicar sesgos ableístas al valorar la vida de personas con discapacidad psicosocial.

Suiza

El artículo 115 del Código Penal despenaliza la ayuda al suicidio cuando no existe un motivo egoísta. Esto posibilitó que organizaciones civiles como Dignitas o Exit asistan suicidios en casos psiquiátricos, siempre que el deseo de morir sea persistente y no resulte de una crisis temporal. No existen protocolos estatales específicos, lo que genera desigualdad en criterios de “competencia mental”.

España

La Ley Orgánica 3/2021 permite la eutanasia en casos de enfermedad grave e incurable o padecimiento “grave, crónico e imposibilitante”, incluyendo sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable. Aunque no excluye diagnósticos psiquiátricos, su aplicación ha llevado a prácticas más restrictivas en salud mental, con énfasis en capacidad, voluntariedad y ausencia de presiones externas.

Canadá

El Bill C-14 (2016) creó MAID; el Bill C-7 (2021) amplió la elegibilidad pero mantuvo una exclusión temporal para casos donde la única condición sea un trastorno mental. Esta exclusión se extendió hasta 2027 debido a debates sobre irremediabilidad psiquiátrica y riesgos derivados de condiciones estructurales (pobreza, aislamiento, falta de acceso a tratamiento).

Colombia

La eutanasia está regulada por jurisprudencia (Sentencia C-239/1997 y normas posteriores). Aunque se focaliza en enfermedades terminales, fallos recientes han considerado el sufrimiento mental como potencial causal, impulsando debates constitucionales sobre equivalencia entre sufrimiento físico y psíquico.

Uruguay (2024)

La reciente Ley de Muerte Digna autoriza la eutanasia para personas adultas mentalmente competentes con enfermedades incurables en fase terminal que sufran física o psicológicamente de forma persistente e insoportable. Requiere evaluación médica y supervisión de una Comisión Honoraria de Revisión. No autoriza el suicidio asistido.

Complejidad en salud mental y nudos críticos en las legislaciones

a. Irremediabilidad como problema operativo

La irremediabilidad es un criterio central para autorizar la eutanasia en salud mental, pero su aplicación práctica presenta dificultades: los datos sobre “resistencia al tratamiento” son heterogéneos; los desenlaces a largo plazo son variables; y existen nuevas terapias (psicoterapéuticas, farmacológicas, neuromodulación) que desafían la idea de incurabilidad. El

EL ESTUDIO

debate se centra en si el estándar debe ser objetivo (basado en parámetros clínicos) o relacional/subjetivo (basado en la percepción del paciente), y cómo esto afecta la práctica clínica.

b. Estándares y fluctuaciones en la capacidad decisoria

La capacidad implica comprender, apreciar, razonar y expresar una elección. En salud mental, estas funciones pueden fluctuar según la sintomatología o los tratamientos. Esto genera preocupación sobre la precisión y consistencia de los juicios clínicos. Se recomienda usar instrumentos estructurados, segundas opiniones y revisiones multidisciplinarias.

c. Pendiente resbaladiza y ableísmo

Dos riesgos se destacan:

- Pendiente resbaladiza: ampliación gradual de criterios, grupos o diagnósticos admitidos;
- Ableísmo: sesgos que vinculan dignidad con “calidad de vida”, desvalorizando la vida de personas con discapacidad psicosocial.

Organizaciones de derechos de las personas con discapacidad (CRPD/IDA) señalan que cualquier política sobre vida y muerte debe regirse por estándares estrictos antidiscriminatorios y priorizar apoyos antes que respuestas terminales.

d. Evidencia internacional

Los datos de países regulados muestran que los casos psiquiátricos, aunque minoritarios, aumentan. En los Países Bajos se reportaron 138 casos en 2023. La experiencia belga también indica intensos debates sobre criterios y revisiones ex post. Estas tendencias refuerzan la necesidad de registros públicos, transparencia y auditorías independientes.

Eutanasia y salud mental: la mirada de las religiones

En los debates parlamentarios y sociales sobre la eutanasia, la perspectiva de las religiones resulta relevante, ya que las creencias religiosas influyen de manera significativa en la forma en que amplios sectores de la población comprenden el valor de la vida, el sufrimiento, la autonomía personal y las decisiones al final de la existencia. En particular, los principales credos monoteístas comparten una mirada crítica frente a la eutanasia, aunque con matices internos.

Desde la Iglesia Católica, la eutanasia es rechazada por considerarse incompatible con la dignidad intrínseca de la persona humana. Tal como ha señalado el Papa Francisco, la denominada “falsa compasión” no debería justificar la eliminación de la vida de quien padece una enfermedad. En este sentido, advierte sobre el riesgo de promover una “cultura del descarte”, en la cual la muerte aparece como respuesta al sufrimiento. Esta posición retoma lo ya establecido por la Congregación para la Doctrina de la Fe, que se opone de manera expresa a la eutanasia, diferenciándola del legítimo rechazo al encarnizamiento terapéutico y promoviendo los cuidados paliativos.

EL ESTUDIO

La religión judía, en líneas generales, también rechaza la eutanasia, al considerar que no puede ser entendida como un acto de compasión. Para gran parte de las autoridades rabínicas, la eutanasia es equiparable al suicidio y, cuando interviene un tercero, asimilable a un homicidio. No obstante, dentro del judaísmo existe un debate interno: un sector minoritario admite que, en determinadas circunstancias excepcionales, podría justificarse la interrupción de tratamientos que solo prolongan el sufrimiento, lo que muestra una mayor diversidad interpretativa. En 2023, representantes judíos y cristianos emitieron una declaración conjunta de rechazo a la eutanasia, reafirmando puntos de convergencia doctrinaria.

Por su parte, el islam mantiene una oposición doctrinaria firme tanto a la eutanasia activa como pasiva y al suicidio asistido. La vida es concebida como un don exclusivo de Alá, y solo Dios puede determinar su comienzo y su fin. Desde esta perspectiva, cualquier intervención humana destinada a provocar o acelerar la muerte es considerada una transgresión a normas divinas fundamentales, equiparable al asesinato o al suicidio. La sharía establece como principio central la protección de la vida y del cuerpo humano, lo que implica la obligación de preservar la vida y agotar los tratamientos disponibles, salvo en casos de encarnizamiento terapéutico fútil. El sufrimiento, en este marco, suele interpretarse como una prueba espiritual, lo que refuerza la negativa a legitimar la eutanasia como respuesta al dolor.

El impacto de las posiciones religiosas en el debate uruguayo

En el contexto uruguayo, donde la población musulmana es minoritaria, estas posturas convergen con las manifestadas por otras confesiones religiosas mayoritarias. Frente a la aprobación de la Ley de Muerte Digna, la Conferencia Episcopal Uruguayana sostuvo que quitar la vida a un paciente no es moralmente aceptable, aun cuando este lo solicite para poner fin al sufrimiento, y advirtió que la regulación de la eutanasia menoscaba la dignidad humana.

En la misma línea, la Alianza Evangélica Latina (AEL) expresó su rechazo a la legalización de la eutanasia en Uruguay, señalando que se trata de una práctica contraria al principio de defensa de la vida. Desde esta perspectiva, toda vida humana posee una dignidad inherente que impide su terminación deliberada por parte del Estado. Asimismo, se sostuvo que la aprobación de este tipo de leyes podría promover una “cultura de la muerte”, en oposición a los principios cristianos, y se enfatizó la necesidad de fortalecer políticas públicas de cuidados paliativos y atención compasiva al final de la vida.

Discusiones

El análisis comparado revela tensiones éticas, jurídicas y clínicas aún no resueltas. Los conceptos que estructuran la regulación —irremediabilidad, sufrimiento intolerable, capacidad decisoria, autonomía— carecen de definiciones estables en salud mental.

EL ESTUDIO

La irremediabilidad es especialmente problemática: la evolución de los trastornos depende en gran medida de acceso a tratamientos, continuidad de cuidados y condiciones sociales. La ausencia de estos recursos puede generar la impresión de incurabilidad, cuando la causa real es la falta de atención adecuada.

Respecto de la capacidad decisoria, la literatura señala fluctuaciones, influencias del sufrimiento intenso y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. Esto plantea interrogantes sobre la autonomía real de la decisión de morir en contextos de dolor emocional, aislamiento o carencia de opciones terapéuticas.

El riesgo de reproducir ableísmo también es relevante: interpretar ciertas vidas como “menos valiosas” puede afectar el modo en que se evalúan solicitudes de eutanasia en personas con discapacidad psicosocial.

Asimismo, surge la tensión entre autonomía y deber estatal de protección. En salud mental, la frontera entre agencia y vulnerabilidad es especialmente permeable.

Finalmente, las diferencias entre Uruguay y Argentina plantean preguntas sobre el rol del derecho al regular prácticas que involucran dilemas éticos profundos: ¿cómo construir estándares de evidencia y garantías que eviten arbitrariedades? ¿Qué peso asignar al sufrimiento psíquico, la autonomía, los tratamientos disponibles y la protección de personas vulnerables? ¿Cuáles serían las implicancias para equipos de salud en sistemas con recursos limitados?

Estas preguntas muestran que la discusión sobre eutanasia y salud mental requiere un análisis multidimensional donde convergen bioética, derecho, clínica y determinantes sociales, y que difícilmente pueda resolverse mediante definiciones normativas simples.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bahamondez, M. (1993). Bahamondez c/ Instituto Central de Medicina. Corte Suprema de Justicia de la Nación (Argentina).
- Bélgica. Loi relative à l'euthanasie, Moniteur Belge, 28 mai 2002.
- Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2024). Proyecto de Ley de Buena Muerte y Regulación Legal de la Eutanasia. Buenos Aires: Congreso de la Nación.
- Cifra Consultora. (2024). Encuesta de opinión pública sobre la Ley de Muerte Digna en Uruguay. Montevideo.
- Colombia. Corte Constitucional. (2022). Sentencia C-233/22: Alcances del derecho a morir dignamente. Bogotá.
- Código Penal de la Nación Argentina (1921, t.o. 1984). Buenos Aires: Infoleg.
- Código Penal Suizo (1937). Art. 115: Ayuda al suicidio.
- Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Buenos Aires: Infoleg.
- Dierickx, S., Chambaere, K., & Verhofstadt, M. (2023). Euthanasia in psychiatric disorders: Trends and ethical considerations in Belgium. *BMC Psychiatry*, 23(56).
- Dutch Regional Euthanasia Review Committees. (2023). Annual report on euthanasia and assisted suicide cases. The Hague.
- Ecuador. Corte Constitucional. (2023). Sentencia 34-1S-IN/23: Despenalización de la eutanasia activa voluntaria. Quito.
- Health Canada. (2023). Fifth Annual Report on MAID. Ottawa.
- International Disability Alliance. (2021). CRPD Observations on euthanasia and assisted suicide. Geneva.
- Kim, S. Y. H. (2022). Jurisdictions that allow euthanasia and/or assisted suicide usually require irremediability as a requirement for eligibility. Cambridge University Press.
- Luxembourg. (2009). Loi du 1^{er} mars 2009 relative à l'euthanasie et à l'assistance au suicide. Luxembourg.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2024). Ley de Muerte Digna. Montevideo.
- Ministerio de Sanidad (España). (2023). Informe sobre la implementación de la Ley Orgánica 3/2021. Madrid.
- Nicolini, M. E., Kim, S. Y. H., Churchill, M. E., & Gastmans, C. (2022). Irremediability in psychiatric euthanasia: Examining the objective standard. *Psychological Medicine*.
- Países Bajos. (2002). Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act.
- Roxin, C. (2000). Derecho penal. Parte general. Madrid: Civitas.
- Sanidad de Suiza. (2022). Directrices sobre asistencia al suicidio. Zurich.
- Uruguay. Senado y Cámara de Representantes. (2024). Ley de Muerte Digna (Ley Nº 20.431). Montevideo.
- U.S. States (Oregon Health Authority). (2023). Death with Dignity Act: Annual Reports.
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide: Global report. Geneva.

Para conocer más sobre este informe de investigación elaborado por el Centro de Investigaciones Sociales de UADE: insod@uade.edu.ar

Acceda a nuestros otros informes de investigación:
<https://www.uade.edu.ar/sites/investigacion/>

FICHA

Título del estudio: Eutanasia y suicidio asistido desde un enfoque jurídico y de salud mental en Argentina, América Latina y Europa. Estudio exploratorio-descriptivo de revisión bibliográfica y normativa.

Año: 2025.

Tipo de estudio: Exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo.

Metodología: revisión bibliográfica sistemática (2021–2024) de artículos científicos revisados por pares, informes institucionales y documentos oficiales de organismos internacionales. Comparación de marcos normativos de países que regulan la eutanasia o el suicidio asistido: Bélgica, Países Bajos, España, Canadá, Suiza, Colombia, Uruguay y regulaciones vigentes en Argentina. Fuentes consultadas: PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar y normativas oficiales. Criterios de inclusión: estudios y documentos sobre eutanasia y suicidio asistido vinculados a diagnósticos psiquiátricos, sufrimiento psíquico persistente, capacidad decisoria, irremediabilidad y derechos de las personas con discapacidad. Corpus analizado: 8 documentos de Bélgica, 7 de Países Bajos, 5 de Canadá, 4 de España, 3 de Suiza, 2 de Colombia; 17 documentos vinculados al caso argentino (normativas, proyectos de ley, jurisprudencia e informes institucionales).

Objetivo general: analizar críticamente el estado del arte sobre eutanasia por motivos de salud mental y revisar la normativa internacional vigente para aportar evidencia al debate público y académico.

Alcance: el estudio no evalúa casos clínicos individuales; analiza marcos regulatorios, su aplicación comparada y debates éticos .

STAFF

Centro de Investigaciones Sociales - UADE

Daniel Sinopoli

Juan Pablo Bolivio

Silvina Lumi, profesora e investigadora de Derecho, UADE

Manuelita Diez, profesora e investigadora de Psicología, UADE

Vocera: Adriana Villalva, directora del Departamento de Derecho, UADE

UADE