



MINISTERIO
DE JUSTICIA

ABOGACÍA GENERAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN DEL SERVICIO JURÍDICO DEL ESTADO

Traducción realizada por David Arranz Cantero siendo tutora la profesora Almudena Rodríguez Moya, en virtud del Convenio suscrito por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, el Ministerio de Justicia y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)

El TEDH y el Ministerio de Justicia no se hacen responsables del contenido o calidad de la presente traducción

GRAN SALA

ASUNTO LAMBERT Y OTROS c. FRANCIA

(Demanda nº 46043/14)

SENTENCIA

ESTRASBURGO

5 de junio de 2015

Esta sentencia es firme en virtud del artículo 44, apartado 2, del Convenio. Puede ser objeto de revisión editorial.

Esta sentencia fue rectificada el 25 de Junio de 2015 conforme a la Reglamenteo del Tribunal.



En el Asunto Lambert y otros c. Francia,

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, reunido en Gran Sala compuesta por los siguientes jueces:

Dean Spielmann, *Presidente*,

Guido Raimondi,

Mark Villiger,

Isabelle Berro,

Khanlar Hajiyev,

Ján Šikuta,

George Nicolaou,

Nona Tsotsoria,

Vincent A. De Gaetano,

Angelika Nußberger,

Linos-Alexandre Sicilianos,

Erik Møse,

André Potocki,

Helena Jäderblom,

Aleš Pejchal,

Valeriu Griţco,

Egidijus Kūris, jueces,

and Erik Fribergh, *secretario de sección*,

Habiendo deliberado en privado el 7 de enero y el 23 de abril de 2015,

Dicta la siguiente sentencia, que fue adoptada en la última fecha mencionada:



PROCEDIMIENTO

1. El asunto tiene su origen en una demanda (n° 46043/14) contra la República Francesa, presentada ante el Tribunal en virtud del artículo 34 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (“el Convenio”) por cuatro ciudadanos franceses, el Sr. Pierre Lambert, la Sra. Viviane Lambert, el Sr. David Philippon y la Sra. Anne Tuarze (“los demandantes”), el 23 de junio de 2014.

2. Los demandantes fueron representados por el Sr. J. Paillot, abogado en ejercicio en Estrasburgo, y por el Sr. J. Triomphe, abogado en ejercicio en París. El Gobierno francés (“el Gobierno”) estuvo representado por su agente, el Sr. F. Alabrune, Director de Asuntos Jurídicos en el Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional.

3. Los demandantes alegaron que la retirada de la nutrición e hidratación artificial de Vincent Lambert violaría las obligaciones del Estado emanadas del artículo 2 del Convenio, lo que constituiría un tipo de maltrato equivalente a la tortura en el sentido del artículo 3 del Convenio, y atentaría contra su integridad física, vulnerando el artículo 8 del Convenio.

4. La demanda fue asignada a la Sección Quinta del Tribunal (Artículo 52 § 1 del Reglamento del Tribunal). El 24 de junio de 2014 la Sala competente decidió aplicar el artículo 39 del Reglamento del Tribunal, notificar la solicitud al Gobierno y otorgarle prioridad.

5. El 4 de noviembre de 2014 la Sala de la Sección Quinta del Tribunal, compuesta por Mark Villiger, Presidente, Angelika Nußberger, Boštjan M. Zupančič, Vincent A. De Gaetano, André Potocki, Helena Jäderblom y Aleš Pejchal, jueces, y Stephen Phillips, Secretario de la Sección, renunció a la competencia a favor de la Gran Sala sin que ninguna de las partes se opusiera a la renuncia (artículo 30 del Convenio y artículo 72 del Reglamento del Tribunal).

6. La composición de la Gran Sala se determinó de acuerdo con las disposiciones del artículo 26 § 4 y 5 del Convenio y del artículo 24 del Reglamento del Tribunal.

7. Los demandantes y el Gobierno presentaron observaciones sobre la admisibilidad y el fondo del caso.



8. También se recibieron observaciones de Rachel Lambert, François Lambert y Marie Geneviève Lambert, esposa, sobrino y media hermana, respectivamente, de Vincent Lambert, y de la Unión Nacional de Asociaciones de Familias de Víctimas de Lesiones en la Cabeza y Cerebrales, de la asociación Amrésso-Bethel y de la Clínica de Derechos Humanos del Instituto Internacional de Derechos Humanos, que habían sido autorizados por el Presidente de la Gran Sala para intervenir como terceros en el procedimiento escrito (artículo 36 § 2 del Convenio y artículo 44 § 3 (a) del Reglamento del Tribunal) . Se autorizó además a Rachel Lambert, François Lambert y Marie Geneviève Lambert a participar en la audiencia.

9. El 7 de enero de 2015 se celebró una audiencia pública en el Edificio de los Derechos Humanos de Estrasburgo (artículo 59 § 3 del Reglamento del Tribunal).

Comparecieron ante el Tribunal:

(a) por parte del Gobierno:

Sr. F. ALABRUNE, Director de Asuntos Jurídicos,

Ministerio de Relaciones Exteriores y Desarrollo

Internacional,

Agente,

Sra. E. JUNG, Encargada de Redacción, Derechos Humanos

Sección, Ministerio de Relaciones Exteriores y

Desarrollo internacional,

Sr. R. FÉRAL, Encargado de redacción, Sección de Derechos Humanos

Ministerio de Relaciones Exteriores y Desarrollo internacional,

Sra. S. RIDEAU, Asesora, Dirección de Asuntos Jurídicos,

Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer,

Sra. I. ERNY, Asesora Legal, Derechos de los Usuarios,

División de Asuntos Legales y Éticos,

Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer,



Sra. P. ROUAULT-CHALIER, Directora adjunta de Litigios

y Asuntos Legales,

Ministerio de Justicia,

Sra. M. LAMBLING, Encargada de redacción,

Asesores de la Oficina de Derecho de Familia y Derechos Individuales,

Ministerio de Justicia;

Asesores

(b) para los solicitantes

Sr. J. PAILLOT, abogado;

Sr. J. TRIOMPHE, abogado,

Consejero,

Sr. G. PUPPINCK,

Prof. X. DUCROCQ,

Dr. B. JEANBLANC,

Asesores;

(c) para Rachel Lambert, tercera parte interviniente

Sr. L. PETTITI, abogado,

Consejero;

Dr. OPORTUS,

Dr. SIMON,

Consejeros;

(d) para François y Marie-Geneviève Lambert,

terceros intervinientes

D. M. MUNIER-APAIRE, miembro del *Conseil d'État*

y del del Tribunal de Casación,

Sr. B. LORIT, abogado,

Consejeros.



Los demandantes, a excepción del primero, así como Rachel Lambert, François Lambert y Marie-Geneviève Lambert, asistieron como terceros intervinientes.

El Tribunal escuchó alocuciones del Sr. Alabrune, del Sr. Paillot, del Sr. Triomphe, del Sr. Munier-Apaire y del Sr. Pettiti, así como las respuestas de los Sres. Alabrune y Paillot a las preguntas formuladas por uno de los jueces.

LOS HECHOS

I. LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO

10. Los demandantes, todos de nacionalidad francesa, son el Sr. Pierre Lambert y su esposa la Sra. Viviane Lambert, nacidos en 1929 y 1945 respectivamente, con domicilio en Reims, el Sr. David Philippon, nacido en 1971 con domicilio en Mourmelon, y la Sra. Anne Tuarze, nacida en 1978 con domicilio en Milizac. Son los padres, medio hermano y hermana, respectivamente, de Vincent Lambert, nacido el 20 de septiembre de 1976.

11. El 29 de septiembre de 2008 Vincent Lambert sufrió un accidente de tráfico que le causó heridas graves en la cabeza y quedó tetrapléjico y totalmente dependiente. Según el informe médico solicitado por el *Consejo de Estado* el 14 de febrero de 2014, se encuentra en estado vegetativo crónico (véase el párrafo 40).

12. Desde septiembre de 2008 hasta marzo de 2009 estuvo hospitalizado en el ala de reanimación, y, posteriormente, en la sala de neurología del Hospital de Châlons-en-Champagne. De marzo a junio de 2009 fue atendido en el centro de helioterapia de Berck-sur-Mer antes de ser trasladado el 23 de junio de 2009 a la unidad del Hospital Universitario de Reims que brindaba atención de seguimiento y rehabilitación a pacientes en estado vegetativo o con mínima conciencia, allí ha permanecido hasta la fecha. Dicha unidad tiene capacidad para ocho pacientes. Vincent Lambert recibe nutrición e hidratación artificial que se administra por vía enteral, es decir, a través de una sonda gástrica.



13. En julio de 2011 Vincent Lambert fue evaluado por una unidad especializada del Hospital Universitario de Liège, el Coma Science Group, que concluyó que se encontraba en un estado neurovegetativo crónico caracterizado como “ligeramente consciente”. Siguiendo las recomendaciones del Coma Science Group, recibió sesiones diarias de fisioterapia desde septiembre de 2011 hasta finales de octubre de 2012 que no arrojaron resultados. En un intento fallido de establecer una forma de comunicación recibió ochenta y siete sesiones de terapia del habla y lenguaje entre marzo y septiembre de 2012. También se intentó sentar al paciente en una silla de ruedas.

A. Primera decisión adoptada en virtud de la Ley de 22 de abril de 2005 sobre los derechos de los pacientes y las cuestiones relativas al final de la vida.

14. Como los cuidadores de Vincent Lambert habían observado en 2012 signos crecientes de lo que creían que era una resistencia por su parte a los cuidados diarios, el equipo médico inició a principios de 2013 el procedimiento colectivo previsto en la Ley de 22 de abril de 2005 sobre los derechos de los pacientes y cuestiones relativas al final de la vida (la denominada "Ley Leonetti", véase el párrafo 54). Rachel Lambert, la esposa del paciente, participó en el procedimiento.

15. El procedimiento tuvo como resultado la decisión del Dr. Kariger, médico a cargo de Vincent Lambert y jefe del departamento en el que estaba hospitalizado, de retirar la nutrición del paciente y reducir su hidratación. La decisión entró en vigor el 10 de abril de 2013.

B. Orden judicial de 11 de mayo de 2013

16. El 9 de mayo de 2013, los demandantes se dirigieron al juez administrativo de primera instancia de Châlons-en-Champagne sobre la base del artículo L. 521-2 del Código de Justicia Administrativa (solicitud urgente de protección de un derecho



fundamental (*référé liberté*)), solicitando una orden judicial que ordenara al hospital, sujeto a una multa coercitiva, reanudar la alimentación e hidratación de Vincent Lambert con normalidad y brindarle los cuidados que requiriera.

17. Mediante auto de 11 de mayo de 2013, el juez de primera instancia accedió a sus solicitudes. El juez sostuvo que, dado que Vincent Lambert no había elaborado el documento de voluntades anticipadas, y en ausencia de una persona de confianza en el sentido de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública, el procedimiento colectivo debía continuar con su familia, a pesar de estuviera dividida en cuanto al futuro del paciente. El juez señaló que, si bien la esposa de Vincent Lambert había participado en el procedimiento, del examen del caso se desprendería claramente que sus padres no habían sido informados de su existencia, y que la decisión de retirar la nutrición y limitar la hidratación, así como la naturaleza y razones por las cuales no se les había informado, no habían respetado sus deseos.

18. En consecuencia, el juez sostuvo que estas deficiencias procesales equivalían a una violación grave y manifiestamente ilícita de un derecho fundamental, concretamente, del derecho a la vida, y ordenó al hospital reanudar la alimentación e hidratación de Vincent Lambert con normalidad y brindarle los cuidados necesarios que por su condición requería.

C. Segunda decisión adoptada en virtud de la Ley Leonetti

19. En septiembre de 2013 se inició un nuevo procedimiento colectivo. El Dr. Kariger consultó a seis médicos, incluidos tres ajenos al hospital (un neurólogo, un cardiólogo y un anestesista con experiencia en medicina paliativa) elegidos por los padres de Vincent Lambert, su esposa y el equipo médico respectivamente. También se tuvo en cuenta el informe de un médico a cargo de un centro especializado de cuidados prolongados dentro de un hogar de ancianos.

20. El Dr. Kariger convocó dos reuniones con la familia, el 27 de septiembre y el 16 de noviembre de 2013, a las que asistieron la esposa y los padres de Vincent Lambert y sus ocho hermanos. Rachel Lambert y seis de los ocho hermanos y hermanas se



pronunciaron a favor de suspender la nutrición y la hidratación artificiales, mientras que los solicitantes estaban a favor de continuarla.

21. El 9 de diciembre de 2013, el Dr. Kariger convocó a una reunión a todos los médicos y a la mayoría de los miembros del equipo de atención. Tras esa reunión, el Dr. Kariger y cinco de los seis médicos consultados declararon que estaban a favor de retirar el tratamiento.

22. Una vez finalizado el procedimiento de consulta, el Dr. Kariger anunció el 11 de enero de 2014 su intención de interrumpir la nutrición y la hidratación artificiales el 13 de enero, previa solicitud ante el tribunal administrativo. Su decisión, que incluía un informe razonado de trece páginas, cuyo resumen de siete páginas se leyó a la familia, concluía que la condición de Vincent Lambert se caracterizaba por un daño cerebral irreversible y que el tratamiento parecía ser inútil y desproporcionado sin producir ningún otro efecto que mantener su vida artificialmente. Según dicho informe, el médico no tenía ninguna duda de que Vincent Lambert no habría deseado, antes de su accidente, vivir en tales condiciones. El Dr. Kariger concluyó que prolongar la vida del paciente continuando con su nutrición e hidratación artificiales equivalía a un ensañamiento terapéutico.

D. Sentencia del Tribunal Administrativo de 16 de enero de 2014

23. El 13 de enero de 2014, los demandantes presentaron una nueva solicitud urgente al Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne para la protección de un derecho fundamental en virtud del artículo L. 521-2 del Código de Justicia Administrativa solicitando una orden judicial que prohibiera al hospital, y al médico en cuestión, retirar la nutrición e hidratación de Vincent Lambert, y una orden para su traslado inmediato a un centro especializado de cuidados prolongados o continuos en Oberhausbergen dirigido por la asociación Amrésó Bethel (véase el anterior párrafo 8). Rachel Lambert y François Lambert, sobrino de Vincent Lambert, intervinieron en el proceso como terceros.

24. El Tribunal Administrativo, constituido en pleno de nueve jueces, celebró una audiencia el 15 de enero de 2014. En una sentencia de 16 de enero de 2014, suspendió la aplicación de la decisión del Dr. Kariger de 11 de enero de 2014.



25. El Tribunal Administrativo afirmó, antes que nada, que el artículo 2 del Convenio no impedía que los Estados establecieran disposiciones para que las personas se opusieran a un tratamiento que pudiera prolongar su vida, o, para que un médico a cargo de un paciente que no pudiera expresar sus deseos, siendo el encargado de su tratamiento, considerara, tras implementar una serie de garantías, que esto supondría un ensañamiento terapéutico y tomara la decisión de retirar dicho tratamiento, sujeto a la supervisión del Consejo Médico, el comité de ética del hospital, en su caso, y a los tribunales administrativos y penales.

26. El Tribunal Administrativo concluyó que de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública, modificadas por la Ley Leonetti y aclaradas por los procedimientos parlamentarios, se desprende claramente que la nutrición e hidratación enteral artificial - sujetas, como cualquier medicación, al monopolio de distribución entre las farmacias y diseñadas para suministrar nutrientes específicos a pacientes con funciones deterioradas mediante técnicas invasivas para su administración - constituían una forma de tratamiento.

27. A la vista de que la decisión del Dr. Kariger se había basado en el aparente deseo de Vincent Lambert de no ser mantenido con vida en un estado altamente dependiente y que este último no había redactado ninguna directiva anticipada ni designado una persona de confianza, el Tribunal Administrativo consideró que las opiniones que había confiado a su esposa y a uno de sus hermanos habían sido las de un individuo sano que no se había enfrentado a las consecuencias inmediatas de sus deseos, y no había constituido la manifestación formal de un deseo expreso, independientemente de su experiencia profesional con pacientes en situación similar. El tribunal determinó además que el hecho de que Vincent Lambert hubiera tenido una relación conflictiva con sus padres, ya que no compartía sus valores morales y compromiso religioso, no significaba que pudiera considerarse que había expresado un claro deseo de rechazar todas las formas de tratamiento, y agregó que de su aparente resistencia a la atención brindada no podía extraerse ninguna conclusión inequívoca sobre su deseo, es decir, de ser, o no, mantenido con vida. El Tribunal Administrativo sostuvo que el Dr. Kariger había evaluado incorrectamente los deseos de Vincent Lambert.



28. El Tribunal Administrativo también señaló que, según el informe elaborado en 2011 por el Hospital Universitario de Liège (véase el párrafo 13), Vincent Lambert se encontraba en un estado de conciencia mínima, lo que implicaba la presencia continua de percepción emocional y la existencia de posibles respuestas a su entorno. En consecuencia, la administración de nutrición e hidratación artificiales no tenía como objetivo mantenerlo con vida artificialmente. Por último, el tribunal consideró que, mientras el tratamiento no ocasionara estrés o sufrimiento no podía calificarse de inútil o desproporcionado. Por lo tanto, sostuvo que la decisión del Dr. Kariger había constituido una violación grave y manifiestamente ilegal del derecho a la vida de Vincent Lambert, por lo que emitió una orden que suspendía la ejecución de la decisión y rechazaba la solicitud de que el paciente fuera trasladado al centro especializado de cuidados prolongados de Oberhausbergen.

E. La decisión del *Conseil d'État* de 14 de febrero de 2014

29. Mediante tres recursos presentados el 31 de enero de 2014, Rachel Lambert, François Lambert y el Hospital Universitario de Reims apelaron contra esa sentencia ante el *Conseil d'État*. Los demandantes solicitaron además el traslado inmediato de Vincent Lambert a la instalación especializada de cuidados prolongados. La Unión Nacional de Asociaciones de Familias de Víctimas de Lesiones en la Cabeza y Cerebrales (UNAFTC, véase el párrafo) solicitó autorización para intervenir como tercero.

30. El 6 de febrero de 2014, el Presidente de la Sala resolvió remitir el caso al pleno de los diecisiete miembros de la Sala Contenciosa del *Conseil d'État*.

31. La vista ante esta sala tuvo lugar el 13 de febrero de 2014. En sus presentaciones al *Conseil d'État*, el ponente citó, entre otras cosas, las declaraciones hechas por el Ministro de Salud a los miembros del Senado que examinaban el proyecto de ley conocido como el "Proyecto de Ley Leonetti":

“Si bien el acto de retirar el tratamiento ... conduce a la muerte, la intención detrás del acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el



sufrimiento. Esto es particularmente importante para el personal de atención, cuya función no es quitar la vida ”.

32. El *Conseil d'État* emitió una resolución el 14 de febrero de 2014. Tras acumular los recursos y conseguir la autorización de la UNAFTC para intervenir, el *Conseil d'État* definió en los siguientes términos la función de los jueces llamados a pronunciarse sobre la base del artículo L. 521-2 del Código de Justicia Administrativa.

“En virtud del [artículo L. 521-2], el juez administrativo, cuando conozca una demanda de este tipo justificada por una urgencia particular, podrá ordenar las medidas cautelares necesarias para salvaguardar una libertad fundamental presuntamente vulnerada de forma grave y manifiestamente ilegal por una autoridad administrativa. Estas disposiciones legislativas confieren a dichos jueces, que normalmente decide por sí solo y ordena las medidas provisionales de conformidad con el artículo L. 511-1 del Código de Justicia Administrativa, la facultad de ordenar sin demora y sobre la base de una prueba "simple y obvia", las medidas necesarias para proteger los derechos fundamentales.

Sin embargo, el juez en cuestión debe ejercer sus facultades de una manera particular al conocer de una demanda en virtud del artículo L. 521-2 ... relativa a una decisión tomada por un médico sobre la base del Código de Salud Pública que resultaría en la suspensión del tratamiento por motivos de obstinación terapéutica y cuya aplicación causaría daños irreversibles a la vida. En tales circunstancias, el juez, actuando en su caso como miembro de un tribunal de jueces, debe tomar las medidas de protección necesarias para evitar que la decisión de la que se trate se ejecute cuando no pueda estar cubierta por alguna de las situaciones previstas en la ley mientras logra un equilibrio entre las libertades fundamentales en cuestión, a saber, el derecho al respeto de la vida y el derecho del paciente a consentir el tratamiento médico y no someterse a un tratamiento que sea el resultado de una obstinación terapéutica. En tal caso, el juez de urgencias o el tribunal al que se haya remitido el caso, podrá, tras suspender temporalmente la ejecución de la medida y antes de pronunciarse sobre la demanda, ordenar un peritaje médico y, en virtud del artículo R. 625-3 del Código de Justicia Administrativa, solicitar la opinión de cualquier persona cuya experiencia o conocimiento puedan informar útilmente la decisión del tribunal ”.



33. El *Conseil d'État* concluyó que de la propia redacción de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública (artículos L. 1110-5, L. 1111-4 y R. 4127-37) y del procedimiento parlamentario se desprende claramente que las disposiciones en cuestión eran de alcance general y se aplicaban a Vincent Lambert al igual que a todos los usuarios del servicio de salud. El *Conseil d'État* declaró lo siguiente:

“De estas disposiciones se desprende que cada individuo debe recibir la atención más adecuada a su condición y que los actos preventivos o exploratorios realizados y la atención administrada no deben someter al paciente a riesgos desproporcionados en relación con los beneficios previstos. Tales actos no deben continuar con un ensañamiento terapéutico y puede suspenderse o detenerse cuando parezcan inútiles o desproporcionados o no tengan otro efecto que mantener la vida artificialmente, encontrándose el paciente o no en una situación de final de vida. Cuando el paciente no pueda expresar sus deseos, el médico no podrá tomar ninguna decisión de limitar o retirar el tratamiento alegando que continuarlo equivaldría a un ensañamiento terapéutico, cuando tal medida pueda poner en peligro la vida del paciente, sin haber seguido el procedimiento colectivo definido en el Código de Ética Médica y las normas de consulta establecidas en el Código de Salud Pública. Si el médico toma tal decisión, en cualquier caso debe preservar la dignidad del paciente y dispensar cuidados paliativos.

Además, según los artículos L. 1110-5 y L. 1111-4 del Código de Salud Pública, siendo aclarados por el procedimiento parlamentario anterior a la aprobación de la Ley de 22 de abril de 2005, el legislador tenía la intención de incluir entre las formas de tratamiento que pueden ser limitadas o retiradas por motivos de obstinación terapéutica todos los actos que buscan mantener artificialmente las funciones vitales del paciente. La nutrición y la hidratación artificiales entran en esta categoría de actos y, en consecuencia, pueden retirarse cuando continuarlos equivaldría a un ensañamiento terapéutico ”.

34. El *Conseil d'État* llegó a constatar que su tarea consistía en cerciorarse, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso, de que se habían cumplido las condiciones legales que regían cualquier decisión de retirada del tratamiento cuya continuación equivaliera a un ensañamiento terapéutico. Para ello, necesitaba disponer de la información más completa posible, particularmente la concerniente al estado de salud de Vincent Lambert. En consecuencia, consideró necesario, antes de pronunciarse sobre la



solicitud, solicitar un informe médico pericial realizado por médicos con reconocida experiencia en neurociencias. Los expertos - actuando de forma independiente y colectiva, después de examinar al paciente, reunirse con el equipo médico y el personal de atención y familiarizarse con el expediente médico completo del paciente - debían dar su opinión sobre el estado actual de Vincent Lambert y proporcionar al Conseil d ' État toda la información relevante en cuanto a la perspectiva de cualquier cambio.

35. El Conseil d'État decidió confiar el informe pericial a un grupo de tres médicos designados por el Presidente de la División Judicial a propuesta del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Presidente del Comité Asesor Nacional de Ética y el Presidente de el Consejo Médico Nacional respectivamente. El informe del grupo de expertos, que debía informar dentro de los dos meses posteriores a su formación, se encargaría de lo siguiente:

“I) Describir el estado clínico actual del Sr. Lambert y cómo ha cambiado desde el examen realizado en julio de 2011 por el Grupo de Ciencias del Coma del Hospital Universitario de Lieja;

(ii) Expresar una opinión sobre si el daño cerebral del paciente es irreversible y sobre el pronóstico clínico;

(iii) Determinar si el paciente es capaz de comunicarse, por cualquier medio, con quienes lo rodean;

(iv) Evaluar si existen indicios que sugieran en el momento actual que el señor Lambert reacciona a los cuidados que se le dispensan y, de ser así, si esas reacciones pueden interpretarse como un rechazo a esos cuidados, como sufrimiento, como un deseo de que se retire el tratamiento de soporte vital o, por el contrario, como deseo de que el tratamiento continúe ”.

36. El Conseil d'État también consideró necesario, dada la escala y la dificultad de las cuestiones científicas, éticas y deontológicas planteadas por el caso y de conformidad con el artículo R. 625-3 del Código de Justicia Administrativa, solicitar a la Academia Nacional de Medicina, al Comité Asesor Nacional de Ética y al Consejo Médico Nacional, junto con el Sr. Jean Leonetti, ponente de la Ley de 22 de abril de 2005, la presentación de observaciones generales escritas antes de finales de abril de 2014 destinadas a aclararle la solicitud de los conceptos de obstinación terapéutica y de



sostener la vida artificialmente a efectos del artículo L. 1110-5, especialmente en atención a las personas que, como Vincent Lambert, se encontraban en un estado de conciencia mínima.

37. Por último, el Conseil d'État rechazó la solicitud de los demandantes de que Vincent Lambert fuera trasladado a un centro especializado de cuidados prolongados (véase el párrafo 29 supra).

F. Informe médico pericial y observaciones generales

1. Informe médico pericial

38. Los expertos examinaron a Vincent Lambert en nueve ocasiones. Se familiarizaron con todo el expediente médico, y en particular con el informe del Coma Science Group de Liège (véase el apartado 13), el expediente de tratamiento y el expediente administrativo, además, tuvieron acceso a todas las pruebas de imagen. También consultaron todos los elementos del expediente judicial de relevancia para su informe pericial. Además, entre el 24 de marzo y el 23 de abril de 2014, se reunieron con todas las partes (la familia, el equipo médico y asistencial, los asesores médicos y representantes de la UNAFTC y el hospital) y realizaron una serie de pruebas a Vincent Lambert.

39. El 5 de mayo de 2014 los expertos enviaron su informe preliminar a las partes para posibles comentarios. Su informe final, presentado el 26 de mayo de 2014, proporcionó las siguientes respuestas a las preguntas formuladas por el Conseil d'État.

(a) El estado clínico de Vincent Lambert y cómo había cambiado

40. Los peritos concluyeron que el estado clínico de Vincent Lambert correspondía a un estado vegetativo, sin signos que indicaran un estado de mínima conciencia. Además, enfatizaron que tenía dificultad para tragar y tenía funciones motoras seriamente dañadas de las cuatro extremidades, con retracción significativa de los tendones. Señalaron que su estado de conciencia se había deteriorado desde la evaluación realizada en Liège en 2011.



(b) Naturaleza irreversible del daño cerebral y pronóstico clínico

41. Los expertos señalaron que los dos principales factores a tener en cuenta para evaluar si el daño cerebral era irreversible o no, eran, en primer lugar, el tiempo transcurrido desde el accidente que había causado el daño y, en segundo lugar, la naturaleza del daño. En este caso observaron que habían pasado cinco años y medio desde el traumatismo craneoencefálico inicial y que las pruebas de imagen mostraban atrofia cerebral severa que atestiguaba pérdida neuronal permanente, destrucción casi total de regiones estratégicas como ambas partes del tálamo y la parte superior del tronco encefálico y daño grave en las vías de comunicación en el cerebro. Concluyeron que el daño cerebral era irreversible. Agregaron que el largo período de progresión, el deterioro clínico del paciente desde julio de 2011, su estado vegetativo actual, la naturaleza destructiva y la extensión del daño cerebral y los resultados de las pruebas funcionales, junto con la severidad del deterioro motor de las cuatro extremidades, apuntaba a un mal pronóstico clínico.

(c) La capacidad de Vincent Lambert para comunicarse con su entorno

42. A la luz de las pruebas realizadas, y particularmente en vista de que la terapia de logopedia realizada en 2012 no había logrado establecer un código de comunicación, los expertos concluyeron que Vincent Lambert no era capaz de establecer una comunicación funcional con quienes lo rodean.

(d) Existencia de signos que sugieran que Vincent Lambert reaccionó a la atención brindada e interpretación de esos signos

43. Los expertos observaron que Vincent Lambert reaccionó ante los cuidados brindados y ante los estímulos dolorosos, pero concluyeron que se trataba de respuestas inconscientes. En su opinión, no era posible interpretarlos como conciencia consciente del sufrimiento o como expresión de cualquier intención o deseo con respecto a la retirada o la continuación del tratamiento.

2. Observaciones generales



44. Los días 22 y 29 de abril y 5 de mayo de 2014, el Conseil d'État recibió las observaciones generales del Consejo Médico Nacional, del Sr. Jean Leonetti, del Relator de la Ley de 22 de abril de 2005, y de la Academia Nacional de Medicina y el Comité Asesor Nacional de Ética.

El Consejo Médico Nacional aclaró en particular que, al utilizar la expresión “ningún otro efecto que el de sostener la vida artificialmente” en el artículo L. 1110-5 del Código de Salud Pública, el legislador había buscado abordar la situación de los pacientes que no solo estaban siendo mantenidos con vida únicamente mediante el uso de métodos y técnicas que reemplazan funciones vitales clave, sino que también, y sobre todo, sus funciones cognitivas y relacionales se habían visto profunda e irreversiblemente deterioradas. Enfatizó la importancia de la noción de temporalidad, destacando que cuando una condición patológica se ha vuelto crónica, resultando en el deterioro fisiológico de la persona y la pérdida de sus facultades cognitivas y relacionales, la obstinación en administrar el tratamiento podría considerarse irrazonable si no hay signos de mejora evidentes.

El Sr. Leonetti destacó que la Ley de 22 de abril de 2005 era aplicable a los pacientes que tenían daño cerebral y, por tanto, padecían una enfermedad grave que, en etapas avanzadas, era incurable, pero que no estaban necesariamente “al final de la vida”. En consecuencia, el legislador se había referido en su título a “los derechos de los pacientes y las cuestiones relacionadas con el final de la vida” en lugar de “los derechos de los pacientes en situaciones de final de la vida”. Esbozó los criterios de obstinación terapéutica y los factores utilizados para evaluarla y afirmó que la referencia al tratamiento que “no tiene otro efecto que el de mantener la vida artificialmente”, que era más estricta que la redacción originalmente prevista (denominado: el tratamiento “que prolonga la vida artificial”) era más restrictiva y se refería a sostener la vida artificialmente “en el sentido puramente biológico, en circunstancias en las que, en primer lugar, el paciente tuviera un daño cerebral irreversible importante y, en segundo lugar, su condición no ofreciera perspectivas de volver a ser consciente de sí mismo o a relacionarse con los demás”. Señaló que la Ley del 22 de abril de 2005 atribuyó al médico la responsabilidad exclusiva de la decisión de retirar el tratamiento y que se había decidido no traspasar esa responsabilidad a la familia, con el fin de evitar cualquier sentimiento de culpa y asegurar la identificación de la persona que tomó la decisión.



La Academia Nacional de Medicina reiteró la prohibición fundamental hacia los médicos de quitar deliberadamente la vida a otra persona que sentó las bases de la relación de confianza entre médico y paciente. La Academia reiteró su posición según la cual la Ley Leonetti era aplicable no solo a las diversas situaciones de "final de la vida", sino también a situaciones que plantean la muy difícil cuestión ética del "final de la vida" en el caso de pacientes en modo de "supervivencia", en estado vegetativo crónico o mínimamente consciente.

El Comité Asesor Nacional de Ética llevó a cabo un análisis en profundidad de las dificultades que rodean las nociones de obstinación terapéutica, tratamiento y mantenimiento de la vida artificialmente, resumió los datos médicos sobre los estados de conciencia mínima y abordó los problemas éticos que surgen de tales situaciones. Recomendó, en particular, un proceso de reflexión encaminado a garantizar que los debates colectivos conduzcan a un auténtico proceso colectivo de toma de decisiones y que, cuando no se pueda llegar a un consenso, exista la posibilidad de mediación.

G. Sentencia del *Conseil d'État* de 24 de junio de 2014

45. El 20 de junio de 2014 se celebró una audiencia ante el *Conseil d'État*. En sus alegaciones, el relator público destacó, en particular, lo siguiente:

"... [E]l legislador no deseaba imponer a quienes ejercen las profesiones asistenciales la carga de cerrar la brecha que existe entre permitir que la muerte siga su curso cuando ya no puede prevenirse y causar la muerte activamente mediante la administración de una letal sustancia. Al suspender el tratamiento, un médico no está quitando la vida del paciente, sino que está decidiendo retirarse cuando no hay nada más que hacer".

El *Conseil d'État* dictó sentencia el 24 de junio de 2014. Tras conceder permiso a Marie Geneviève Lambert, media hermana de Vincent Lambert, para intervenir como tercera parte, y reiterando las disposiciones pertinentes del derecho interno comentadas y aclaradas en la observaciones recibidas, el *Conseil d'État* examinó a su vez los argumentos de los demandantes basados en el Convenio y en el derecho interno.



46. Sobre el primer punto, el Conseil d'État reiteró que, cuando el juez de urgencias fue llamado a conocer de una demanda en virtud del artículo L. 521-2 del Código de Justicia Administrativa (demanda urgente de protección de una libertad fundamental) relativa a una decisión tomada por un médico en virtud del Código de Salud Pública que daría lugar a la suspensión o la suspensión del tratamiento por motivos de obstinación terapéutica, y, la aplicación de esa decisión causaría daños irreversibles a la vida, el juez estaba obligado a examinar cualquier reclamación sobre la posible incompatibilidad de las disposiciones con el Convenio (véase el párrafo 32 supra).

47. En este caso, el Conseil d'État respondió en los siguientes términos a los argumentos basados en los artículos 2 y 8 del Convenio.

“En primer lugar, las disposiciones controvertidas del Código de Salud Pública definieron un marco legal que reafirmaba el derecho de todas las personas a recibir la atención más adecuada, el derecho al respeto de su deseo de rechazar cualquier tratamiento y el derecho a no someterse a tratamientos médicos resultantes de obstinación. Esas disposiciones no permiten que un médico tome una decisión, que ponga en peligro la vida, de limitar o retirar el tratamiento de una persona incapaz de expresar sus deseos, excepto con la estricta condición de que la continuación de ese tratamiento equivaldría a un ensañamiento terapéutico, y, que se cumplieran las garantías necesarias, a saber, que se tengan en cuenta los deseos expresados por el paciente y que se consulte al menos a otro médico y al equipo asistencial, así como a la persona de confianza, la familia u otra persona cercana al paciente. Cualquier decisión de este tipo por parte de un médico puede apelarse ante los tribunales para verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas por la ley.

Por tanto, no puede decirse que las disposiciones controvertidas del Código de Salud Pública, consideradas en su conjunto, en vista de su objeto y de las condiciones de su aplicación, sean incompatibles con los requisitos del artículo 2 del Convenio ..., ni con los del artículo 8 ...”

El Conseil d'État también rechazó los argumentos de las demandantes basados en los artículos 6 y 7 del Convenio, al considerar que la función encomendada al médico en virtud de las disposiciones del Código de Salud Pública no era incompatible con el deber



de imparcialidad que se deriva del artículo 6, y, que el artículo 7, que se aplica a las condenas penales, no es relevante para este caso.

48. En cuanto a la aplicación de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública, el Conseil d'État sostuvo lo siguiente:

“Aunque la nutrición y la hidratación artificiales se encuentran entre las formas de tratamiento que puede ser retirado en los casos en que su continuación equivalga a un ensañamiento terapéutico, el solo hecho de que una persona se encuentre en un estado irreversible de inconsciencia o, *a fortiori* (con mayor motivo), haya perdido su autonomía irreversiblemente y por lo tanto dependa de tal forma de nutrición e hidratación, no equivale por sí mismo a una situación en la que la continuación del tratamiento parecería injustificada por motivos de obstinación terapéutica.

Al evaluar si se cumplen las condiciones para la retirada de la nutrición e hidratación artificiales en el caso de un paciente con daño cerebral severo, cualquiera que sea su causa, que se encuentra en un estado vegetativo o mínimamente consciente y, por lo tanto, no puede expresar sus deseos, y que depende de dicha nutrición e hidratación como medio de soporte vital, el médico a cargo del paciente debe basar su decisión en una serie de factores médicos y no médicos cuyo peso relativo no se puede determinar de antemano sino que dependerá de la circunstancias de cada paciente, por lo que el médico debe evaluar cada situación en su singularidad. Además de los factores médicos - que deben cubrir un período suficientemente largo, evaluarse colectivamente y relacionarse en particular con la condición actual del paciente, el cambio en esa condición desde que ocurrió el accidente o enfermedad, su grado de sufrimiento y el pronóstico clínico - el médico debe conceder especial importancia a los deseos que el paciente haya expresado previamente, cualquiera que sea su forma o tenor. En ese sentido, cuando tales deseos siguen siendo desconocidos, no se puede suponer que consistan en una negativa del paciente a ser mantenido con vida en las condiciones actuales. El médico también debe tener en cuenta las opiniones de la persona de confianza, cuando el paciente la haya designado, de los miembros de la familia del paciente o, en su defecto, de otra persona cercana al paciente, buscando establecer un consenso. Al evaluar la situación particular del paciente, el médico debe guiarse principalmente por la preocupación de actuar en la búsqueda del mayor beneficio hacia el paciente ... ”



49. A continuación, el *Conseil d'État* concluyó que era su cometido, a la luz de todas las circunstancias del caso y de las pruebas aportadas en el curso del proceso contradictorio ante él, en particular el informe médico pericial, determinar si la decisión adoptada por el Dr. Kariger el 11 de enero de 2014 había cumplido con las condiciones legales impuestas a cualquier decisión de retirar el tratamiento cuya continuación equivaldría a un ensañamiento terapéutico.

50. A este respecto, el *Conseil d'État* dictaminó lo siguiente.

“En primer lugar, del examen del caso se desprende que el procedimiento colectivo realizado por el Dr. Kariger ..., previo a la adopción de la decisión del 11 de enero de 2014, se llevó a cabo de conformidad con los requisitos del artículo R. 4127- 37 del Código de Salud Pública e implicó la consulta de seis médicos, aunque ese artículo simplemente exige que se solicite la opinión de un médico y, en su caso, de otro. El Dr. Kariger no estaba legalmente obligado a permitir que en la reunión del 9 de diciembre de 2013 asistiera un segundo médico designado por los padres del Sr. Lambert además del que ya habían designado. Tampoco se desprende del examen del caso que algunos miembros del equipo de atención hayan sido excluidos deliberadamente de esa reunión. Además, el Dr. Kariger tenía derecho a hablar con el Sr. François Lambert, el sobrino del paciente. El hecho de que el Dr. Kariger se opusiera a una solicitud para que se retirara del caso del Sr. Lambert y para que el paciente fuera trasladado a otro establecimiento, y el hecho de que expresara públicamente sus opiniones, no importan, habida cuenta de todas las circunstancias del presente caso, al incumplimiento de las obligaciones implícitas en el principio de imparcialidad, que el Dr. Kariger respetó. En consecuencia, al contrario de lo alegado ante el Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne, el procedimiento que precedió a la adopción de la decisión de 11 de enero de 2014 no se vio afectado por ninguna irregularidad.

En segundo lugar, las conclusiones de los expertos indican que 'la condición clínica actual del Sr. Lambert corresponde a un estado vegetativo', con 'dificultades para tragar, deterioro motor severo de las cuatro extremidades, algunos signos de disfunción del tallo cerebral' y 'capacidad continua para respirar sin ayuda' . Se constató que los resultados de las pruebas realizadas del 7 al 11 de abril de 2014 para evaluar la estructura y función del cerebro del paciente ... eran compatibles con dicho estado vegetativo. Los expertos



constataron que la progresión clínica, caracterizada por la desaparición de las fluctuaciones en el estado de conciencia del señor Lambert registradas durante la evaluación realizada en julio de 2011 por el Grupo de Ciencias del Coma del Hospital Universitario de Lieja y por el fracaso de las terapias activas recomendadas en el momento de esa evaluación, sugerían "un deterioro en el estado de conciencia [del paciente] desde ese momento".

Además, de acuerdo con los hallazgos establecidos en el informe de los expertos, las pruebas de exploración que se llevaron a cabo revelaron un daño cerebral grave y extenso, como lo demuestra en particular el "deterioro severo de la estructura y el metabolismo de las regiones subcorticales de importancia crucial para la función cognitiva" y "una disfunción estructural importante de las vías de comunicación entre las regiones del cerebro involucradas en la conciencia". La gravedad de la atrofia cerebral y del daño observado, sumado al período de cinco años y medio transcurrido desde el accidente inicial, llevaron a los expertos a concluir que el daño cerebral era irreversible.

Además, los expertos concluyeron que "el largo período de progresión, el deterioro clínico del paciente desde 2011, su estado vegetativo actual, la naturaleza destructiva y la extensión del daño cerebral, los resultados de las pruebas funcionales y la gravedad del deterioro motor de las cuatro extremidades "apuntaban a un "mal pronóstico clínico".

Por último, si bien señalaron que el Sr. Lambert era capaz de reaccionar ante los cuidados administrados y ante determinados estímulos, los expertos indicaron que las características de esas reacciones sugerían que se trataba de respuestas no conscientes. Los expertos no consideraron posible interpretar estas reacciones conductuales como evidencia de "conciencia consciente del sufrimiento" o como la expresión de cualquier intención o deseo con respecto a la retirada o continuación del tratamiento manteniendo vivo al paciente.

Estas constataciones, a las que llegaron los peritos por unanimidad tras una valoración colectiva en la que se examinó al paciente en nueve ocasiones distintas, se le realizaron minuciosas pruebas cerebrales, se mantuvieron reuniones con el equipo médico y personal asistencial implicado y se examinó todo el expediente, confirman las conclusiones extraídas por el Dr. Kariger sobre la naturaleza irreversible del daño y el pronóstico clínico del Sr. Lambert. Los intercambios que tuvieron lugar en el proceso



contradictorio ante el Conseil d'État posterior a la presentación del informe de los peritos no invalidan las conclusiones de los peritos. Si bien puede verse en el informe de los expertos, como se acaba de indicar, que las reacciones del Sr. Lambert a la atención no pueden interpretarse y, por lo tanto, no se puede considerar que expresen un deseo de retirar el tratamiento, el Dr. Kariger de hecho indicó, en la impugnada decisión, que el comportamiento en cuestión estaba abierto a diversas interpretaciones, todas las cuales debían tratarse con gran cautela, y no incluyeron este aspecto en las razones de su decisión.

En tercer lugar, las disposiciones del Código de salud pública permiten que se tengan en cuenta los deseos de un paciente expresados en una forma distinta a las directivas anticipadas. Se desprende del examen del caso, y en particular del testimonio de la Sra. Rachel Lambert, que ella y su esposo, ambos enfermeros, a menudo habían discutido sus respectivas experiencias profesionales en el trato con pacientes en reanimación y con discapacidades múltiples, y que el Sr. Lambert había expresado claramente en varias de esas ocasiones el deseo de no ser mantenido con vida artificialmente si se encontraba en un estado de alta dependencia. El tenor de estas observaciones, informado por la Sra. Rachel Lambert con precisión y con las fechas correspondientes, fue confirmado por uno de los hermanos del Sr. Lambert. Si bien estos comentarios no se hicieron en presencia de los padres del Sr. Lambert, estos últimos no afirmaron que su hijo no podría haberlos hecho o que habría expresado deseos de lo contrario, y varios de los hermanos del Sr. Lambert declararon que los comentarios en cuestión eran conformes con la personalidad de su hermano, experiencias pasadas y opiniones personales. En consecuencia, al exponer entre los motivos de la decisión controvertida su certeza de que el Sr. Lambert no deseaba, antes de su accidente, vivir en tales condiciones, no puede considerarse que el Dr. Kariger haya interpretado incorrectamente los deseos expresados por el paciente antes de su accidente.

En cuarto lugar, el médico a cargo del paciente está obligado, de conformidad con las disposiciones del Código de Salud Pública, a obtener la opinión de la familia del paciente antes de tomar la decisión de retirar el tratamiento. El Dr. Kariger cumplió con este requisito al consultar a la esposa, los padres y los hermanos del Sr. Lambert en el curso de las dos reuniones mencionadas anteriormente. Si bien los padres del Sr. Lambert y algunos de sus hermanos y hermanas se opusieron a la suspensión del tratamiento, la



esposa del Sr. Lambert y sus otros hermanos manifestaron su apoyo a la propuesta de retirar el tratamiento. El Dr. Kariger tuvo en cuenta estas diferentes opiniones. Dadas las circunstancias del caso, concluyó que el hecho de que los miembros de la familia no fueran unánimes en cuanto a qué decisión tomar no constituía un impedimento para su decisión.

De todas las consideraciones anteriores, se desprende que las diversas condiciones impuestas por la ley, antes de que el médico a cargo del paciente pueda tomar la decisión de retirar un tratamiento que no tiene otro efecto que el de mantener la vida artificialmente, y cuya continuación equivaldría asía un ensañamiento terapéutico, en el caso del Sr. Vincent Lambert y a la luz del procedimiento contradictorio ante el Conseil d'État, se han cumplido. En consecuencia, la decisión tomada por el Dr. Kariger el 11 de enero de 2014 de retirar la nutrición e hidratación artificiales del Sr. Vincent Lambert no puede considerarse ilegal".

51. En consecuencia, el Conseil d'État anuló la sentencia del Tribunal Administrativo y desestimó las pretensiones de los demandantes.

II. EL DERECHO Y LA PRÁCTICA INTERNA PERTINENTES

A. El Código de salud pública

52. En virtud del artículo L. 1110 1 del Código de Salud Pública ("el Código"), deben utilizarse todos los medios disponibles para garantizar a cada individuo el derecho fundamental a la protección de la salud. El artículo L. 1110 2 del Código establece que el paciente tiene derecho al respeto de su dignidad, mientras que el artículo L. 1110 9 garantiza a toda persona cuya condición lo requiera el derecho a cuidados paliativos. Esto se define en el artículo L. 1110 10 como atención activa y continua destinada a aliviar el dolor, aliviar el sufrimiento psicológico, preservar la dignidad del paciente y apoyar a sus allegados.



53. La Ley de 22 de abril de 2005 sobre los derechos de los pacientes y cuestiones relacionadas con el final de la vida, conocida como "Ley Leonetti" en honor a su ponente, el Sr. Jean Leonetti (véase el párrafo 44 supra), modificó varios artículos del Código.

La ley fue aprobada tras el trabajo de una comisión parlamentaria presidida por el Sr. Leonetti y encargada de explorar la gama completa de cuestiones relacionadas con el final de la vida y considerar posibles enmiendas legislativas o reglamentarias. En el proceso de su trabajo, la comisión parlamentaria escuchó testimonios de un gran número de personas. Presentó su informe el 30 de junio de 2004. La ley fue aprobada por unanimidad por la Asamblea Nacional el 30 de noviembre de 2004 y por el Senado el 12 de abril de 2005.

La ley no autoriza ni la eutanasia ni el suicidio asistido. Permite a los médicos, de acuerdo con un procedimiento reglamentado, suspender el tratamiento solo si continuarlo supone un ensañamiento terapéutico (en otras palabras, si eso significa llevarlo a extremos irrazonables (*atención médica inútil*)).

Los artículos pertinentes del Código, en su redacción resultante de la Ley, establecen lo siguiente:

Artículo L. 1110-5

“Todo individuo, teniendo en cuenta su estado de salud y la urgencia del tratamiento requerido, tendrá derecho a recibir la atención más adecuada y al tratamiento más seguro conocido reconocido por la ciencia médica en el momento de ser eficaz. Los actos o cuidados preventivos o exploratorios no deben, en la medida de lo que pueda garantizar la ciencia médica, someter al paciente a riesgos desproporcionados en relación con los beneficios previstos.

Tales actos no deben continuar con un ensañamiento terapéutico. En caso de que parezcan inútiles o desproporcionadas o de que no tengan otro efecto que el de mantener la vida artificialmente, pueden interrumpirse o detenerse. En tales casos, el médico preservará la dignidad del moribundo y garantizará su calidad de vida prestando los cuidados a que se refiere el artículo L. 1110-10 ...



Toda persona tiene derecho a recibir cuidados destinados a aliviar el dolor. Ese dolor debe prevenirse, evaluarse, tenerse en cuenta y tratarse en todos los casos.

Los profesionales sanitarios de la salud tomarán todas las medidas a su alcance para permitir que cada individuo viva una vida digna hasta su muerte ... ”

Artículo L. 1111-4

“Cada individuo, junto con el profesional sanitario y a la luz de la información facilitada y de sus recomendaciones, tomará las decisiones relativas a su propia salud.

El médico debe respetar los deseos del individuo después de informarle de las consecuencias de las decisiones tomadas ...

No se podrá practicar ningún acto o procedimiento médico sin el consentimiento libre e informado del paciente, que podrá ser retirado en cualquier momento.

Cuando la persona no pueda expresar su voluntad, no podrá realizarse ninguna intervención o examen, salvo en casos de urgencia o imposibilidad, sin la persona de confianza a que se refiere el artículo L. 1111-6, la familia o, en su defecto, , habiendo sido consultada una persona cercana al paciente.

Cuando el individuo no pueda expresar sus deseos, no podrá tomarse ninguna decisión de limitar o retirar el tratamiento, cuando tal medida pusiera en peligro la vida del paciente, sin que se haya seguido el procedimiento colectivo definido en el Código de Ética Médica y sin la persona de confianza a que se refiere el artículo L. 1111-6, habiendo sido consultada la familia o, en su defecto, una persona cercana al paciente, y sin haber sido examinada ninguna directiva anticipada emitida por el paciente. La decisión de limitar o retirar el tratamiento, junto con los motivos de la misma, se registrará en el expediente del paciente ... ”

Artículo L. 1111-6

“Todos los adultos pueden designar a una persona de confianza, que puede ser un familiar, otra persona cercana o su médico habitual, y que será consultado, en caso de que el paciente no pueda expresar sus deseos, para recibir la información necesaria



para tal fin. La designación se hará por escrito y podrá revocarse en cualquier momento. Si el paciente así lo desea, la persona de confianza puede brindar apoyo y asistir a consultas médicas con el paciente para asistirlo en la toma de decisiones.

Siempre que sea admitido en un establecimiento sanitario, se ofrecerá al paciente la posibilidad de designar una persona de confianza en las condiciones previstas en el párrafo anterior. La designación será válida durante la duración de la hospitalización del paciente, a menos que él o ella decida lo contrario ... "

Artículo L. 1111-11

“Todos los adultos pueden redactar directivas anticipadas en caso de que posteriormente no puedan expresar sus deseos. Estas directivas expresarán los deseos de la persona en cuestión en cuanto a las condiciones en las que el tratamiento puede limitarse o retirarse en una situación de final de vida. Pueden revocarse en cualquier momento.

Siempre que hayan sido redactados menos de tres años antes de que la persona perdiera el conocimiento, el médico los tendrá en cuenta en la toma de cualquier decisión de realizar exámenes, intervenciones o tratamientos con respecto al interesado ... ”

54. El procedimiento colectivo previsto en el quinto párrafo del artículo L. 1111 4 del Código se detalla en el artículo R. 4127 37, que forma parte del Código de Ética Médica y dice establece lo siguiente:

I. El médico tratará en todo momento de aliviar el sufrimiento por los medios más adecuados a la condición del paciente y brindarle apoyo moral. Se abstendrá de cualquier obstinación terapéutica en la realización de exámenes o tratamientos y podrá decidir limitar o suspender retirar el tratamiento que parezca inútil o desproporcionado o cuyo único propósito o efecto sea mantener la vida artificialmente.

II. En los casos contemplados en el quinto párrafo del artículo L. 1111-4 y el primer párrafo del artículo L. 1111-13, no podrá tomarse la decisión de limitar o retirar el tratamiento administrado, salvo que previamente se haya implementado llevado a cabo un procedimiento colectivo. El médico puede poner en marcha el



procedimiento colectivo por iniciativa propia. Estará obligado a hacerlo a la luz de las directivas voluntades anticipadas dadas por el paciente y presentadas por una de las personas que las tengan en posesión de las mismas mencionadas en el artículo R. 1111-19, o por solicitud de la persona de confianza, la familia o, en su defecto, otra persona cercana al paciente. Las personas en posesión de las instrucciones anticipadas del paciente, la persona de confianza, la familia o, en su caso, otra persona cercana al paciente serán informadas tan pronto como se haya tomado la decisión de implementar el procedimiento colectivo.

La decisión de limitar o retirar el tratamiento la tomará el médico que esté a cargo del paciente, previa consulta con el equipo asistencial cuando exista, y sobre la base del dictamen motivado de al menos un médico que actúe como consultor. No debe existir un vínculo jerárquico entre el médico a cargo del paciente y el consultor. Estos médicos solicitarán el dictamen motivado de un segundo consultor si alguno de ellos lo considera necesario.

La decisión de limitar o retirar el tratamiento tendrá en cuenta todos los deseos expresados previamente por el paciente, en particular en forma de instrucciones anticipadas, si se redactan, las opiniones de la persona de confianza que el paciente pudiera haber designado y las de la familia o, en su defecto, las de otra persona cercana al paciente. ...

Se explicarán las razones de cualquier decisión de limitar o retirar el tratamiento. Las opiniones recibidas, la naturaleza y el tenor de las consultas realizadas dentro del equipo de atención y los motivos de la decisión se registrarán en el expediente del paciente. La persona de confianza, si ha sido designada, la familia, o, en su defecto, otra persona cercana al paciente, serán informados de la naturaleza y los motivos de la decisión de limitar o retirar el tratamiento.

III. Cuando se haya decidido limitar o retirar el tratamiento con arreglo al artículo L. 1110 5 y al artículo L. 1111-4 o L. 1111-13, en las circunstancias previstas en los puntos I y II del presente artículo, el médico, incluso si el sufrimiento del paciente no puede ser evaluado debido a su estado cerebral, deberá aplicar el tratamiento necesario, en particular paliativo del dolor y sedante, para ayudar al paciente de acuerdo con los principios y condiciones establecidos en el artículo R. 4127-38.



También se asegurará de que las personas cercanas al paciente estén informadas de la situación y reciban el apoyo que requieran ”.

55. El artículo R. 4127-38 del Código establece:

“El médico debe apoyar al moribundo hasta el momento de la muerte, asegurar, mediante el tratamiento y las medidas adecuadas, la calidad de vida a medida que se acerca a su fin, preservar la dignidad del paciente y consolar a sus allegados.

Los médicos no tienen derecho a quitar la vida intencionalmente ”.

B. La proposición de ley del 21 de enero de 2015

56. Dos diputados (el Sr. Leonetti y el Sr. Claeys) presentaron un proyecto de ley a la Asamblea Nacional el 21 de enero de 2015 en el que se proponían, en particular, las siguientes modificaciones de la Ley de 22 de abril de 2005:

- el artículo 2 del proyecto de ley especifica que la nutrición y la hidratación artificiales constituyen una forma de tratamiento;

- las directivas anticipadas serán vinculantes para el médico y ya no habrá límite de tiempo para su vigencia (actualmente tienen una vigencia de tres años), su redacción estará sujeta a un procedimiento prescrito y serán más accesibles. Cuando no existan directivas anticipadas, se detalla el papel de la persona de confianza (la tarea de esta última es expresar los deseos del paciente y su testimonio tiene prioridad sobre cualquier otro);

- El proyecto de ley reconoce expresamente que toda persona tiene “derecho a negarse o no a someterse a ningún tratamiento” y que el médico no puede insistir en continuar con él (redacción anterior). Sin embargo, el médico debe continuar brindando apoyo al paciente, particularmente en forma de cuidados paliativos;

- se reconoce el derecho a no sufrir (el médico debe utilizar todos los analgésicos y sedantes disponibles para paliar el sufrimiento en etapas avanzadas o terminales, aunque puedan tener el efecto de acortar el tiempo de vida restante);

- También se reconoce el derecho de los pacientes en fase terminal a la sedación continua y profunda hasta la muerte: la retirada del tratamiento (incluida la nutrición y la



hidratación artificiales) debe ir siempre acompañada de sedación. Cuando el paciente es incapaz de expresar sus deseos, la normativa establece, sujeto a que se tengan en cuenta los deseos del paciente y de acuerdo con un procedimiento colectivo, que el médico debe interrumpir o detener el tratamiento que “no tiene otro efecto que mantener la vida artificialmente ”(en la redacción actual, el médico puede suspender dicho tratamiento). Si se cumplen estos criterios, el paciente tiene derecho a una sedación profunda y continua hasta que ocurra la muerte.

El proyecto de ley fue aprobado el 17 de marzo de 2015 por la Asamblea Nacional y actualmente está siendo examinado en el Senado.

C. El Código de Justicia Administrativa

57. El artículo L. 521 2 del Código de Justicia Administrativa, relativo a las solicitudes urgentes de protección de una libertad fundamental, dice lo siguiente:

“Cuando se le presente una solicitud de este tipo con carácter urgente, el juez de urgencias podrá ordenar las medidas necesarias para proteger una libertad fundamental que presuntamente haya sido violada de manera grave y manifiestamente ilícita por una entidad de derecho público o una organización de derecho privado responsable de la gestión de un servicio público, en el ejercicio de sus competencias. El juez de urgencias resolverá en el plazo de cuarenta y ocho horas ”.

58. El artículo R. 625 3 del mismo Código dispone:

“El tribunal que examina el caso puede invitar a cualquier persona cuya experiencia o conocimientos puedan aclarar el caso para que presente observaciones generales sobre los puntos en cuestión.

La opinión se presentará por escrito. Se comunicará a las partes ... ”

III. MATERIALES DEL CONSEJO DE EUROPA



A. El Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina

59. El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (conocido como Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina), que fue adoptado en 1997 y entró en vigor el 1 de diciembre de 1999, ha sido ratificado por veintinueve de los Estados miembros del Consejo de Europa. Sus disposiciones más relevantes expresan lo siguiente:

Artículo 1 – Objeto y finalidad

“Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. ...”

Artículo 5 - Regla general

“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”

Artículo 6 - Protección de las personas que no pueden dar su consentimiento

“1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

...



3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada. "

Artículo 9 - Deseos expresados anteriormente

“Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.”.

B. La "Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida"

60. Esta Guía fue elaborada por el Comité de Bioética del Consejo de Europa en el marco de su labor sobre los derechos de los pacientes y con la intención de facilitar la aplicación de los principios consagrados en el Convenio de Oviedo.

Sus objetivos son proponer puntos de referencia para la implementación del proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones terminales, reunir referencias, tanto normativas como éticas, y elementos relacionados con la buena práctica médica que puedan ser de utilidad para los profesionales sanitarios que se ocupan de la implementación del proceso de toma de decisiones, y que contribuyan, a través de aclaraciones, a la discusión general sobre el tema.

61. La Guía cita como marcos éticos y legales de referencia para la toma de decisiones los principios de autonomía (libre, informado y previo consentimiento del paciente), beneficencia y no maleficencia, y justicia (acceso equitativo a la atención de salud).



Especifica que los médicos no deben dispensar un tratamiento que sea innecesario o desproporcionado en vista de los riesgos y limitaciones que conlleve. Deben proporcionar a los pacientes un tratamiento proporcionado y adecuado a su situación. También tienen el deber de cuidar a sus pacientes, aliviar su sufrimiento y brindarles apoyo.

El tratamiento abarca intervenciones que tienen como objetivo mejorar el estado de salud de un paciente actuando sobre las causas de la enfermedad, pero también intervenciones que no tienen relación con la etiología de la enfermedad, pero que actúan sobre los síntomas, o que son respuestas a una disfunción orgánica. Bajo el título “Controversias”, la Guía establece lo siguiente.

“La cuestión sobre limitar, retirar o mantener la hidratación y nutrición artificial

La comida y bebida dada a aquellos pacientes que siguen siendo capaces de comer y beber son contribuciones externas que atienden necesidades fisiológicas que siempre deberán ser satisfechas. Son elementos esenciales del cuidado, que deben ser dados a menos que el paciente los rechace.

La nutrición e hidratación artificial se dan a un paciente tras una indicación médica e implican decisiones relativas a procedimientos y dispositivos médicos (perfusión, tubos de alimentación).

La nutrición e hidratación artificial se consideran, en varios países, formas de tratamiento. Por tanto, estos pueden ser limitados o retirados en determinadas circunstancias y de acuerdo con las garantías estipuladas para la limitación o retirada del tratamiento (rechazo del tratamiento expresado por el paciente, rechazo de un tratamiento desproporcionado o «encarnizamiento terapéutico» evaluado por el equipo de atención y aceptado en el marco de un proceso colectivo). Lo que se debe tener en cuenta en este asunto son los deseos del paciente y si la naturaleza del tratamiento es la apropiada para la situación en cuestión.

En cambio, en otros países, la nutrición e hidratación artificial no se considera un tratamiento que pueda ser limitado o retirado, sino una forma de cuidado que cubre las necesidades básicas del individuo. Por lo tanto, en este caso, no puede ser retirado a



menos que el paciente haya expresado este deseo en la fase terminal del final de la vida.

La cuestión acerca de si es apropiada o no, en términos médicos, la nutrición e hidratación artificial en la fase terminal, es en sí misma un tema de debate. Algunos consideran que aplicar o continuar la nutrición e hidratación artificial es necesario para mantener el confort del paciente. Para otros, teniendo en cuenta la investigación en cuidados paliativos, los beneficios de la nutrición e hidratación artificial en la fase terminal son cuestionables”.

62. La Guía regula el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en lo que respecta a situaciones terminales (incluida su implementación, modificación, adaptación, limitación o retirada). No aborda las cuestiones de la eutanasia o el suicidio asistido, que autorizan algunas legislaciones nacionales.

63. Si bien hay otras partes involucradas en el proceso de toma de decisiones, la Guía señala que la parte principal es el propio paciente. Cuando el paciente no pueda o ya no pueda participar en la toma de decisiones, serán tomadas por un tercero de acuerdo con los procedimientos establecidos en la legislación nacional pertinente. No obstante, el paciente debe participar en el proceso de toma de decisiones mediante los deseos expresados previamente. La Guía enumera las diversas formas que pueden adoptar: el paciente puede haber confiado oralmente sus intenciones a un familiar, un amigo cercano o una persona de confianza designada como tal; o pueden establecerse formalmente, en directivas anticipadas, en un testamento vital o como poderes otorgados a otra persona, a veces denominados poderes de protección futura (*mandat de protection future*).

64. Otras personas involucradas en el proceso de toma de decisiones pueden ser el representante legal del paciente o una persona a la que se le haya otorgado un poder, familiares y amigos cercanos y los cuidadores. La Guía hace hincapié en que los médicos tienen un papel vital, por no decir principal, debido a su capacidad para evaluar la situación del paciente desde un punto de vista médico. Cuando los pacientes no pueden o ya no pueden expresar sus deseos, los médicos son las personas que, en el contexto del proceso de toma de decisiones colectivas, habiendo involucrado a todos los profesionales sanitarios, tomarán la decisión clínica guiados por los mejores intereses del paciente. Para



ello, habrán tomado nota de todos los elementos relevantes (consulta a familiares, amigos cercanos, persona de confianza, etc.) y habrán tenido en cuenta los deseos expresados previamente. En algunos sistemas, la decisión la toma un tercero, pero en todos los casos

los médicos son los que garantizan que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo correctamente.

65. La Guía reitera que el paciente debe ser siempre el centro de cualquier proceso de toma de decisiones, que adquiere una dimensión colectiva cuando el paciente ya no está dispuesto o ya no puede participar directamente en él. La Guía identifica tres etapas principales en el proceso de toma de decisiones: una etapa individual (cada parte forma sus argumentos a partir de la información recopilada), una etapa colectiva (las distintas partes participan en intercambios y debates) y una etapa final (cuando realmente se toma la decisión).

66. La Guía señala que a veces, cuando las posiciones divergen significativamente o la cuestión es muy compleja o específica, puede ser necesario prever la posibilidad de consultar a terceros para contribuir al debate, solucionar un problema o resolver un conflicto. . La consulta de un comité de ética clínica puede ser apropiada, por ejemplo. Al final del debate, se debe llegar a un acuerdo. Se debe llevar a una conclusión y validarla colectivamente para luego formalizarla por escrito.

67. Si la decisión la toma el médico, debe tomarse sobre la base de las conclusiones de la discusión colectiva y anunciarse, según corresponda, al paciente, a la persona de confianza y/o al entorno del paciente, el equipo asistencial y los terceros interesados que hayan intervenido en el proceso. La decisión también debe formalizarse (en forma de un resumen escrito de los motivos) y mantenerse en un lugar identificado.

68. La Guía destaca el carácter controvertido del uso de sedación profunda en la fase terminal, que puede tener el efecto de reducir el tiempo restante de vida. Por último, sugiere una evaluación del proceso de toma de decisiones después de su aplicación.



C. Recomendación del Comité de Ministros

69. En la Recomendación CM/Rec (2009)11 sobre los principios relativos a los poderes permanentes y las instrucciones anticipadas por incapacidad, el Comité de Ministros recomendó a los Estados miembros que fomenten estas prácticas y definió una serie de principios para ayudar a los Estados miembros a regularlos.

D. Textos de la Asamblea Parlamentaria

70. En la Recomendación 1418 (1999) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, la Asamblea Parlamentaria recomendó al Comité de Ministros que alentara a los Estados miembros a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos, incluido su derecho a la libre determinación, tomando las medidas necesarias:

(i) asegurando que se respeten las instrucciones anticipadas o los testamentos en vida de los pacientes que rechazan tratamientos médicos específicos, cuando los pacientes ya no puedan expresar sus deseos;

(ii) velando porque, sin perjuicio de la responsabilidad terapéutica última del médico, se tengan en cuenta los deseos expresados con respecto a determinadas formas de tratamiento, siempre que esto no atente contra su dignidad humana.

71. La resolución 1859 (2012) de la Asamblea Parlamentaria titulada “Protección de los derechos humanos y la dignidad mediante la consideración de los deseos previamente expresados de los pacientes” reitera los principios de autonomía personal y consentimiento consagrados en el Convenio de Oviedo (ver párrafo 59 anterior), según el cual nadie puede ser obligado a someterse a cualquier tratamiento médico en contra de su voluntad. La Resolución establece pautas para los parlamentos nacionales en relación con las directivas anticipadas, los testamentos en vida y los poderes permanentes.



IV. EL DERECHO COMPARADO

A. Legislación y práctica en los Estados miembros del Consejo de Europa

72. Según la información de la que dispone el Tribunal sobre treinta y nueve de los cuarenta y siete Estados miembros del Consejo de Europa, en la práctica no existe consenso a favor de autorizar la retirada del tratamiento destinado únicamente a prolongar la vida artificialmente. En la mayoría de los países, el tratamiento puede retirarse sujeto a determinadas condiciones. En otros países, la legislación prohíbe la retirada o guarda silencio sobre el tema.

73. En los países que lo permiten, esta posibilidad está prevista en la legislación o en instrumentos no vinculantes, la mayoría de las veces en un código de ética médica. En Italia, a falta de un marco legal, la retirada del tratamiento ha sido reconocida en la jurisprudencia de los tribunales.

74. Aunque los detalles sobre la regulación de la retirada del tratamiento varían de un país a otro, existe consenso en cuanto a la importancia primordial de los deseos del paciente en el proceso de toma de decisiones. Debido a que el principio del consentimiento para la atención médica es uno de los aspectos básicos del derecho al respeto de la vida privada, los Estados han establecido diferentes procedimientos para asegurar que se exprese el consentimiento o para verificar su existencia.

75. Toda la legislación que permite la retirada del tratamiento prevé que los pacientes emitan directivas anticipadas. En ausencia de tales directivas, la decisión recae en un tercero, ya sea el médico que trata al paciente, las personas cercanas al paciente, su representante legal o incluso los tribunales. En todo caso es posible la implicación de los allegados al paciente, aunque la legislación no elige entre ellos en caso de desacuerdo. Sin embargo, algunos países operan una jerarquía entre las personas cercanas al paciente y dan prioridad a los deseos del cónyuge.

76. Además del requisito de obtener el consentimiento del paciente, la retirada del tratamiento también está sujeta a otras condiciones. Depende del país, el paciente debe estar cerca de la muerte o padecer una afección con consecuencias médicas graves e



irreversibles, el tratamiento debe dejar de ser efectivo en la búsqueda del mejor interés del paciente, debe ser inútil o la retirada debe ir precedida de una fase de observación de duración suficiente y mediante una revisión del estado del paciente.

B. Observaciones de la Clínica de Derechos Humanos

77. La Clínica de Derechos Humanos, tercera parte interviniente (véase el párrafo 8 supra), presentó un panorama general de la legislación y la práctica nacionales relativas a la eutanasia activa y pasiva y al suicidio asistido en Europa y América.

78. El estudio concluye que actualmente no existe consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa, o en los demás países encuestados, sobre la autorización del suicidio asistido o la eutanasia.

79. Sin embargo, existe consenso sobre la necesidad de que la eutanasia pasiva esté estrictamente regulada en los países que lo permiten. A ese respecto, cada país establece criterios en su legislación para determinar el momento en que puede practicarse la eutanasia, teniendo en cuenta el estado del paciente y para asegurarse de que ha dado su consentimiento a la medida. Sin embargo, estos criterios varían apreciablemente de un país a otro.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

I. SOBRE LA LEGITIMACIÓN PARA ACTUAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE VINCENT LAMBERT

80. Los demandantes alegaron que la retirada de la nutrición e hidratación artificiales de Vincent Lambert violaría las obligaciones del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio. En su opinión, privarlo de nutrición e hidratación constituiría un maltrato equivalente a tortura en el sentido del artículo 3 del Convenio. Alegaron además que la falta de fisioterapia desde octubre de 2012 y la falta de terapia para restaurar el reflejo de deglución equivalían a un trato inhumano y degradante en violación de esa disposición.



Finalmente, alegaron que la retirada de la nutrición y la hidratación también atentaría contra la integridad física de Vincent Lambert, en violación del artículo 8 del Convenio.

81. Los artículos 2, 3 y 8 del Convenio dicen lo siguiente.

Artículo 2

“1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente ... ”

Artículo 3

"Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

Artículo 8

“1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.

2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.”

A. La legitimación de los demandantes para actuar en nombre y representación de Vincent Lambert

1. Argumentos de las partes

(a) El Gobierno

82. El Gobierno observó que los demandantes no habían declarado que deseaban actuar en nombre de Vincent Lambert, y consideró que la cuestión de si podían acudir al Tribunal en su nombre carecía de propósito.

(b) Los demandantes



83. Los solicitantes sostuvieron que cualquier persona, independientemente de su discapacidad, debería poder beneficiarse de las garantías que ofrece el Convenio, incluso cuando no tiene representante. Destacaron que su legitimación o interés en ejercitar la acción nunca ha sido impugnada ante los tribunales internos, ya que el derecho francés otorga a la familia de una persona cuyo tratamiento se propone retirar el derecho a opinar sobre la medida en cuestión. Esto necesariamente implicaba estar legitimado para actuar en los procedimientos judiciales no solo en su propio nombre sino también en nombre del paciente.

84. Citando los criterios establecidos por el Tribunal en *Koch c. Alemania* (n. ° 497/09, §§ 43 y siguientes, 19 de julio de 2012), los demandantes sostuvieron que esos criterios se cumplieron en el presente caso porque el caso se refería a un asunto de interés general y por sus estrechos vínculos familiares y su interés personal en el proceso. Destacaron que se habían dirigido a los tribunales internos y luego a El Tribunal para hacer valer los derechos fundamentales de Vincent Lambert en virtud de los artículos 2 y 3 que él mismo no podía hacer y que su esposa tampoco podía, ya que ella había aceptado la decisión médica en cuestión.

(c) Los terceros intervinientes individuales

85. Rachel Lambert, esposa de Vincent Lambert, alegó que los demandantes no estaban legitimados para actuar en nombre de Vincent Lambert. Señaló que el Tribunal había estado dispuesto a reconocer la legitimación de un familiar, ya sea cuando las demandas plantean una cuestión de interés general relacionada con el “respeto de los derechos humanos”, y la persona interesada, como heredera, tenía un interés legítimo en la tramitación de la demanda, o sobre la base del efecto directo sobre los propios derechos del solicitante. Sin embargo, en *Sanles Sanles contra España* ((dec.), No. 48335/99, ECHR 2000 XI), el Tribunal había establecido que los derechos invocados por el demandante en virtud de los artículos 2, 3, 5 y 8 del Convenio pertenecían a la categoría de derechos intransferibles y había sostenido que la demandante, que era cuñada y heredera legítima del fallecido, no podía alegar ser víctima de una violación en nombre de su difunto cuñado.

86. Sobre el asunto de la representación, observó que es fundamental que los representantes demuestren que han recibido instrucciones específicas y explícitas de la



presunta víctima. Este no era el caso de las demandantes, que no habían recibido instrucciones específicas y explícitas de Vincent Lambert, mientras que el examen del caso por el *Conseil d'État* había puesto de relieve el hecho de que ella misma había sido persona de confianza para su marido e informada de sus deseos, corroborado por declaraciones rendidas ante los tribunales internos.

87. François Lambert y Marie Geneviève Lambert, sobrino y hermanastra de Vincent Lambert, alegaron que los demandantes carecían de legitimación para actuar en su nombre. En primer lugar, las violaciones de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio alegadas por los demandantes se referían a derechos intransferibles que no podían reclamar en su propio nombre; en segundo lugar, los demandantes no eran los representantes legales de Vincent Lambert, un adulto nacido en 1976; y, en tercer lugar, su solicitud contraviene la libertad de conciencia de Vincent Lambert y su propio derecho a la vida y vulnera su privacidad. François Lambert y Marie Geneviève Lambert apreciaron que, si bien el Tribunal, a modo de excepción, había aceptado que los padres pudieran actuar en lugar de la víctima al argumentar una violación del artículo 3 del Convenio, esto fue solo en el caso de la desaparición o muerte de la víctima y en determinadas circunstancias específicas. En este caso no se cumplieron estos requisitos, haciendo la demanda inadmisibile. Argumentaron que el Tribunal había tenido ocasión de reafirmar esta inadmisibilidad en casos de final de la vida similares al presente (se refirieron a *Sanles Sanles*, antes citado, y *Ada Rossi y otros contra Italia* (dec.), Núms. 55185 / 08, 55483/08, 55516/08, 55519/08, 56010/08, 56278/08 y 58424/08, 16 de diciembre de 2008).

88. Por último, alegaron que los demandantes no podían impugnar "legítimamente" la sentencia del *Conseil d'État*, ya que la posición que defendían se oponía directamente a las creencias de Vincent Lambert. Los médicos y los jueces habían tenido en cuenta los deseos de este último, que había confiado a su esposa, con quien había tenido una relación muy estrecha, con pleno conocimiento de los hechos, dada su experiencia profesional como enfermer



2. *Apreciación del Tribunal*

(a) **Principios Generales**

89. En los casos recientes *de Nencheva y otros contra Bulgaria* (núm. 48609/06, 18 de junio de 2013) y *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu contra Rumania* ([GC], núm. 47848/08, ECHR 2014), el Tribunal reiteró los siguientes principios.

Para poder basarse en el artículo 34 del Convenio, un solicitante debe poder alegar ser víctima de una violación del Convenio. De acuerdo con la jurisprudencia consolidada del Tribunal, el concepto de "víctima" debe interpretarse de forma autónoma e independientemente de conceptos internos como los relacionados con el interés o la capacidad de actuar (véase *Nencheva y otros*, antes citado, § 88). El interesado debe poder demostrar que se vio "directamente afectado" por la medida denunciada (ver *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, citado anteriormente, § 96, con más referencias).

90. Se hace una excepción a este principio cuando la presunta violación o violaciones del Convenio están estrechamente vinculadas a una muerte o desaparición en circunstancias que presuntamente comprometen la responsabilidad del Estado. En tales casos, el Tribunal ha reconocido la legitimación de los familiares más cercanos de la víctima para presentar una solicitud (ver *Nencheva y otros*, citado anteriormente, § 89, y *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, citado anteriormente, § 98 -99, con más referencias).

91. Cuando la demanda no sea presentada por las propias víctimas, el artículo 45 § 3 del Reglamento del Tribunal exige que se presente una autorización escrita para actuar, debidamente firmada. Es fundamental que los representantes demuestren que han recibido instrucciones específicas y explícitas de la presunta víctima en cuyo nombre pretenden actuar ante El Tribunal (véase *Post contra Países Bajos* (dec.), Núm. 21727/08, 20 de enero de 2009 ; *Nencheva y otros*, citado anteriormente, § 83; y *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, citado anteriormente, § 102). Sin embargo, las instituciones del Convenio han sostenido que pueden surgir consideraciones especiales en el caso de víctimas de presuntas infracciones de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio por



parte de las autoridades nacionales. Las solicitudes presentadas por individuos en nombre de la víctima o de las víctimas, aunque no se presentara una forma de autorización válida, han sido declaradas admisibles (ver *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, citado anteriormente, § 103).

92. Se ha prestado especial atención a la vulnerabilidad de las víctimas por razón de su edad, sexo o discapacidad, que les impidió presentar una demanda al respecto ante el Tribunal, teniendo en cuenta también los vínculos entre la persona presentación de la demanda y de la víctima (*ibid.*).

93. Por ejemplo, en el caso *S.P., D.P. y A.T. contra el Reino Unido* (n. ° 23715/94, decisión de la Comisión de 20 de mayo de 1996), que se refería, entre otras cosas, al artículo 8 del Convenio, la Comisión declaró admisible una solicitud presentada por un abogado en nombre de los niños a quienes había representado en el proceso interno, en el que había sido instruido por el tutor *ad litem*, tras observar en particular que su madre no había mostrado interés, que las autoridades locales habían sido criticadas en la demanda y que no existía conflicto de intereses entre el abogado y los niños.

En *İlhan contra Turquía* ([GC], no. 22277/93, §§ 54-55, ECHR 2000 VII), donde la víctima directa, Abdüllatif İlhan, había sufrido lesiones graves como resultado de malos tratos a manos de fuerzas de seguridad, el Tribunal sostuvo que se podía considerar que su hermano había presentado válidamente la demanda, con base en los artículos 2 y 3 del Convenio, ya que de los hechos se desprende que Abdüllatif İlhan había dado su consentimiento en el proceso, no existía conflicto de intereses entre él y su hermano, que había estado muy preocupado por el incidente, y se encontraba en una posición particularmente vulnerable debido a sus heridas.

En *Y.F. contra Turquía* (núm. 24209/94, § 31, ECHR 2003 IX), en el que un esposo alegó, en virtud del artículo 8 del Convenio, que su esposa había sido obligada a someterse a un examen ginecológico después de su detención bajo custodia policial, el Tribunal determinó que el demandante tenía permitido, como familiar cercano de la víctima, presentar una queja sobre las alegaciones de ella de violaciones del Convenio, en particular teniendo en cuenta su posición vulnerable en las circunstancias especiales del caso.



94. Aún en el contexto del artículo 8 del Convenio, el Tribunal también ha aceptado en varias ocasiones que los padres que no tuvieran la patria potestad podrían recurrir a ella en nombre de sus hijos menores (ver, en particular, *Scozzari y Giunta contra Italia* [GC], núms. 39221/98 y 41963/98, §§ 138-39, ECHR 2000 VIII; *Šneersones y Kampanella contra Italia*, núm. 14737/09, § 61, 12 de julio de 2011; *Diamante y Pelliccioni contra San Marino*, no. 32250/08, §§ 146-47, 27 de septiembre de 2011; *AK y L. contra Croacia*, no. 37956/11, §§ 48-50, 8 de enero de 2013; y *Raw y otros contra Francia*, no. 10131/11, §§ 51-52, 7 de marzo de 2013). El criterio clave para el Tribunal en estos casos era el riesgo de que algunos de los intereses de los niños no fueran tenidos en cuenta y de que se les negara la protección efectiva de sus derechos bajo el Convenio.

95. Por último, el Tribunal adoptó recientemente un enfoque similar en el caso *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, antes citado, en relación con un joven de origen romaní, gravemente discapacitado y seropositivo, que falleció en el hospital antes de que se presentara la solicitud y no hubiera ningún pariente más cercano conocido ni un representante designado por el Estado. Dadas las circunstancias excepcionales del caso y la gravedad de los alegatos, el Tribunal reconoció que el Centro de Recursos Legales estaba legitimado para representar a Valentin Câmpeanu. El Tribunal enfatizó en que declarar lo contrario equivaldría a evitar que tan graves alegaciones de violación del Convenio fueran examinadas a nivel internacional (*ibid.*, § 112).

(b) Aplicación al presente caso

96. Los demandantes alegaron en nombre de Vincent Lambert una violación de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio (ver párrafo 80 arriba).

97. El Tribunal considera de entrada que la jurisprudencia relativa a las demandas presentadas en nombre de personas fallecidas no es aplicable en el presente caso, ya que Vincent Lambert no está muerto sino que se encuentra en un estado que el peritaje médico califica de vegetativo (ver párrafo 40 anterior). Por lo tanto, el Tribunal debe verificar si las circunstancias que se le presentan son del tipo por el que anteriormente se ha sostenido que una demanda podría presentarse en nombre y por cuenta de una persona



vulnerable sin que ésta haya emitido una autoridad válida para actuar o instrucciones a la persona que pretende actuar en su nombre (véanse los párrafos 93 a 95 anteriores).

98. Señala que ninguno de los supuestos en los que ha admitido, a modo de excepción, que un particular pueda actuar por cuenta de otro es comparable al presente caso. El caso del *Centro de Recursos Legales en nombre de Valentin Câmpeanu*, antes citado, debe distinguirse del presente caso en la medida en que la víctima directa estaba muerta y no tenía a nadie que lo representara. En el presente caso, si bien la víctima directa no puede expresar sus deseos, varios miembros de su familia cercana desean expresarse en su nombre, defendiendo puntos de vista diametralmente opuestos. Los demandantes se basan principalmente en el derecho a la vida protegido por el artículo 2, cuya “santidad” fue destacada por el Tribunal en *Pretty contra El Reino Unido* (n. ° 2346/02, § 65, ECHR 2002 III), mientras que los terceros intervinientes individuales (Rachel Lambert, François Lambert y Marie Geneviève Lambert) invocan el derecho al respeto de la vida privada y, en particular, el derecho de cada individuo, abarcando la noción de autonomía personal (ibid., § 61), a decidir de qué manera y en qué momento debe terminar su vida (ibid., § 67; ver también *Haas contra Suiza*, no. 31322/07, § 51, ECHR 2011, y *Koch*, citado anteriormente, § 52).

99. Los demandantes proponen que el Tribunal aplique los criterios establecidos en *Koch* (anteriormente citado, § 44), que, a su juicio, satisfacen por sus estrechos vínculos familiares, el hecho de tener suficiente interés personal o jurídico en el resultado del proceso y haber expresado previamente un interés en el caso.

100. Sin embargo, el Tribunal observa que en *Koch*, citado anteriormente, el demandante argumentó que el sufrimiento de su esposa y las circunstancias de su muerte lo habían afectado hasta el punto de constituir una violación de sus propios derechos en virtud del artículo 8 del Convenio (§ 43). Así, este fue el punto sobre el que el Tribunal de Justicia debía pronunciarse y, en ese contexto, consideró que conviene tener en cuenta también los criterios desarrollados en su jurisprudencia que permiten a un familiar o heredero ejercitar la acción ante él en nombre de la persona fallecida. (§ 44).

101. En opinión del Tribunal, estos criterios no son aplicables en el presente caso, ya que Vincent Lambert no está muerto y los demandantes pretenden presentar demandas *en su nombre*.



102. Una revisión de los casos en los que las instituciones del Convenio han aceptado que un tercero puede, en circunstancias excepcionales, actuar en nombre y en representación de una persona vulnerable (véanse los párrafos 93 a 95 supra) revela los dos criterios principales, que son los siguientes: el riesgo de que la víctima directa se vea privada de la protección efectiva de sus derechos, y la ausencia de conflicto de intereses entre la víctima y el solicitante.

103. Aplicando estos criterios al presente caso, el Tribunal no percibe riesgo alguno, en primer lugar, de que Vincent Lambert sea privado de la protección efectiva de sus derechos ya que, de acuerdo con su reiterada jurisprudencia (véanse los apartados 90 supra y 115 infra), los demandantes, como familiares cercanos de Vincent Lambert, pueden invocar ante el Tribunal, en su propio nombre, el derecho a la vida protegido por el artículo 2.

104. En cuanto al segundo criterio, el Tribunal de Justicia debe comprobar si existe una convergencia de intereses entre las demandantes y Vincent Lambert. En ese sentido, señala que uno de los aspectos clave del proceso interno consistió precisamente en determinar los deseos de Vincent Lambert, dado que la decisión del Dr. Kariger de 11 de enero de 2014 se basó en la certeza de que Vincent Lambert “no había deseado, antes de su accidente, vivir en tales condiciones”(véase el párrafo 22 anterior). En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* consideró, a la luz del testimonio de la esposa de Vincent Lambert y de uno de sus hermanos y de las declaraciones de varios de sus otros hermanos, que al basar su decisión en ese fundamento, el Dr. Kariger “[no puede] considerarse que haya interpretado incorrectamente los deseos expresados por el paciente antes de su accidente” (véase el párrafo 50 anterior). En consecuencia, el Tribunal no considera establecido que exista una convergencia de intereses entre las afirmaciones de las demandantes y lo que hubiera deseado Vincent Lambert.

105. El Tribunal concluye que los demandantes no están legitimados para presentar las demandas en virtud de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio en nombre y representación de Vincent Lambert.

106. De ello se desprende que estas quejas son incompatibles *ratione personae* con las disposiciones del Convenio en el sentido del artículo 35 § 3 (a) y deben ser rechazadas de conformidad con el artículo 35 § 4.



B. En relación a la legitimación de Rachel Lambert para actuar en nombre y representación de Vincent Lambert

1. Argumentos de las partes

107. En una carta de su abogado de fecha de 9 de julio de 2014, Rachel Lambert solicitó autorización para representar a su esposo Vincent Lambert como tercer interviniente en el procedimiento. En apoyo de su solicitud, proporcionó una sentencia del juez administrativo de Châlons-en-Champagne, de fecha 17 de diciembre de 2008, otorgándole autoridad para representar a su esposo en asuntos derivados de su régimen matrimonial, así como dos declaraciones de una hermana y de un medio hermano de Vincent Lambert. Según esas declaraciones, Vincent Lambert no hubiera deseado que la decisión en su caso la tomaran sus padres, de quienes estaba alejado moral y físicamente, sino su esposa, quien era su persona de confianza. También presentó una declaración de su madrastra, quien dijo que había acompañado a Rachel Lambert en julio de 2012 a una consulta con un profesor de medicina en el Hospital Universitario de Liège, a la que también asistieron los dos primeros solicitantes. Durante la consulta, ella y Rachel Lambert habían manifestado el deseo de Vincent Lambert de no vivir en un estado de incapacidad si surgiera tal situación, y la segunda demandante habría dicho que, si surgiera la cuestión de la eutanasia, dejaría la decisión a Rachel Lambert. En sus observaciones, Rachel Lambert sostuvo que, dado que fue informada de los deseos de su esposo, como corroboran las declaraciones que ella había presentado, ella era la única que tenía legitimación para actuar en nombre de Vincent Lambert y representarlo.

108. El Gobierno no presentó observaciones sobre este punto.

109. Los demandantes alegaron que la sentencia del juez de tutela presentada por Rachel Lambert no le otorgaba autoridad general para representar a su esposo, sino simplemente autoridad para representarlo en asuntos relacionados con la propiedad. Por tanto, no podía pretender ser la única persona que representaba a su marido ante el Tribunal. Las demandantes sostuvieron además que las declaraciones que ella había presentado no tenían valor legal; también cuestionaron el contenido de la declaración de la madrastra de Rachel Lambert. Señalaron que Vincent Lambert no había designado a una persona de confianza y concluyeron que, tal como estaba establecida la ley francesa



vigente y en ausencia de una orden de tutela total o parcial, Vincent Lambert no estaba representado por nadie en los procedimientos que le conciernen personalmente.

2. Evaluación del Tribunal

110. El Tribunal observa que ninguna disposición del Convenio permite que un tercero interviniente represente a otra persona ante el Tribunal. Además, de acuerdo con la Regla 44 § 3 (a) del Reglamento del Tribunal, un tercero interviniente es cualquier persona interesada “que no es el solicitante”.

111. En consecuencia, el Tribunal no puede sino rechazar la solicitud de Rachel Lambert.

C. Conclusión

112. El Tribunal ha concluido que los demandantes carecían de legitimación para alegar una violación de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio en nombre y representación de Vincent Lambert (ver párrafos 105 06 supra), y también ha rechazado la solicitud de Rachel Lambert de representar a su marido como tercer interviniente (véanse los apartados 110 a 11 supra).

No obstante, El Tribunal destaca que, pese a las constataciones que acaba de realizar en materia de admisibilidad, a continuación examinará todas las cuestiones de fondo que surgen en el presente caso en virtud del artículo 2 del Convenio, dado que fueron planteadas por los demandantes en su propio nombre.

II. SOBRE LA VIOLACIÓN ALEGADA DEL ARTÍCULO 2 DEL CONVENIO

113. Los demandantes alegaron que la retirada de la nutrición e hidratación artificiales de Vincent Lambert violaría las obligaciones del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio. Sostuvieron que la Ley Leonetti carecía de claridad y precisión y se quejaron del proceso que culminó con la decisión del médico del 11 de enero de 2014.

114. El Gobierno se opone a este argumento.



A. Con relación a la admisibilidad

115. El Tribunal reitera su jurisprudencia en el sentido de que los familiares de una persona cuya muerte presuntamente compromete la responsabilidad del Estado pueden alegar ser víctimas de una violación del artículo 2 del Convenio (ver párrafo 90 anterior). Aunque Vincent Lambert siga vivo, no hay duda de que si se retirara la nutrición y la hidratación artificiales, su muerte se produciría en poco tiempo. En consecuencia, incluso si la violación es potencial o futura (ver *Tauira y otros 18 contra Francia*, no. 28204/95, decisión de la Comisión de 4 de diciembre de 1995, Decisiones e informes 83-B, p. 112, en p. 131), el Tribunal considera que los demandantes, en su calidad de parientes cercanos de Vincent Lambert, pueden invocar el artículo 2.

116. El Tribunal observa que esta demanda no es manifiestamente infundada en el sentido del artículo 35 § 3 (a) del Convenio. Además, observa que no es inadmisibles por ningún otro motivo. Por tanto, la demanda debe declararse admisible.

B. Con relación al fondo

1. Sobre la norma aplicable

117. El Tribunal reitera que la primera frase del artículo 2, que se sitúa como una de las disposiciones más fundamentales del Convenio y consagra uno de los valores básicos de las sociedades democráticas que integran el Consejo de Europa (ver *McCann y otros contra Reino Unido*, 27 de septiembre de 1995, §§ 146-47, Serie A núm. 324), obliga al Estado no solo a abstenerse de quitar la vida “intencionalmente” (obligaciones negativas), sino también a tomar las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de aquellas personas dentro de su jurisdicción (obligaciones positivas) (ver *L.C.B. contra el Reino Unido*, 9 de junio de 1998, § 36, Informes de sentencias y decisiones 1998 III).

118. El Tribunal abordará estos dos aspectos sucesivamente y comenzará por examinar si el presente caso involucra las obligaciones negativas del Estado en virtud del artículo 2.



119. Si bien los demandantes reconocieron que la retirada de la nutrición y la hidratación podría ser legítima en casos de obstinación terapéutica, y aceptaron que existía una distinción legítima entre, por un lado, eutanasia y suicidio asistido y, por otro lado, “abstención terapéutica”, consistente en retirar o suspender un tratamiento que se había tornado irrazonable, sin embargo alegaron reiteradamente en sus observaciones que, en su opinión, al no cumplirse estos criterios, el presente caso se refería al suicidio intencional; se refirieron a este respecto a la noción de “eutanasia”.

120. El Gobierno subrayó que el objetivo de la decisión médica no era poner fin a la vida, sino interrumpir una forma de tratamiento que hubiera sido rechazada por el paciente o, cuando el paciente no pudiera expresar sus deseos, que constituyera, en opinión del médico, basada en factores médicos y no médicos, un ensañamiento terapéutico. Citaron al relator público ante el *Conseil d'État*, quien en sus escritos de 20 de junio de 2014 había señalado que, al suspender el tratamiento, un médico no estaba quitando la vida al paciente sino que estaba decidiendo retirarse cuando no había nada más que hacer (véase el párrafo 45 anterior).

121. El Tribunal observa que la Ley Leonetti no autoriza ni la eutanasia ni el suicidio asistido. Permite a los médicos, de acuerdo con un procedimiento prescrito, suspender el tratamiento solo si continuarlo demuestra un ensañamiento terapéutico. En sus observaciones al *Conseil d'État*, la Academia Nacional de Medicina reiteró la prohibición fundamental que prohíbe a los médicos quitar deliberadamente la vida a otro, lo que constituye la base de la relación de confianza entre médico y paciente. Esa prohibición está establecida en el artículo R. 4127-38 del Código de Salud Pública, que establece que los médicos no pueden quitar la vida intencionalmente (ver párrafo 55 anterior).

122. En la audiencia del 14 de febrero de 2014 ante el *Conseil d'État*, el relator público citó las declaraciones del Ministro de Salud a los miembros del Senado que examinaban el proyecto de ley Leonetti:

“Si bien el acto de retirar el tratamiento ... resulta en la muerte, la intención detrás del acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es particularmente importante para el personal de atención, cuya función no es quitar la vida”.



123. En el caso *Glass contra El Reino Unido* ((dec.), N. ° 61827/00, 18 de marzo de 2003), los demandantes se quejaron en virtud del artículo 2 del Convenio de que se le había administrado una dosis potencialmente letal de diamorfina a su hijo, sin su consentimiento, por los médicos del hospital donde estaba siendo atendido. El Tribunal señaló que los médicos no habían buscado deliberadamente matar al niño o acelerar su muerte, y examinó las quejas de los padres desde el punto de vista de las obligaciones positivas de las autoridades (véase también *Powell contra El Reino Unido* (dec.), Núm. .45305/99, ECHR 2000 V).

124. El Tribunal observa que tanto los demandantes como el Gobierno distinguen entre el asesinato intencional y la “abstención terapéutica” (véanse los párrafos 119 a 20 anteriores), y subraya la importancia de esa distinción. En el contexto de la legislación francesa, que prohíbe el suicidio intencional y permite que el tratamiento de soporte vital sea retirado o retenido solo en determinadas circunstancias específicas, el Tribunal considera que el presente caso no involucra las obligaciones negativas del Estado en virtud del artículo 2, y examinará las denuncias de los demandantes únicamente desde el punto de vista de las obligaciones positivas del Estado.

2. Sobre el respeto del Estado para con sus obligaciones positivas

(a) Los argumentos de las partes y de los terceros intervinientes

(i) Los demandantes

125. Los demandantes alegaron en primer lugar que la Ley Leonetti no era aplicable a Vincent Lambert, quien, en su opinión, no estaba enfermo ni al final de su vida, pero estaba gravemente discapacitado. Se quejaron de la "confusión" derivada de la Ley en los siguientes puntos: la noción de obstinación terapéutica (y en particular el criterio relativo al tratamiento que "no tiene otro efecto que el de sostener la vida artificialmente", que consideraban extremadamente impreciso), y la clasificación de la nutrición e hidratación artificiales como tratamiento más que como cuidado. Según ellos, la alimentación enteral de Vincent Lambert no era una forma de tratamiento que pudiera retirarse, y la noción de obstinación terapéutica no se aplicaba a su situación médica.



126. Alegaron que el proceso que condujo a la decisión del médico de 11 de enero de 2014 era incompatible con las obligaciones del Estado derivadas del artículo 2 del Convenio. En su opinión, el procedimiento no era verdaderamente colectivo, ya que implicaba buscar opiniones sobre una base puramente consultiva, siendo el médico quien tomaba la decisión solo. Sostuvieron que eran posibles sistemas alternativos que permitieran a otros médicos o familiares, en ausencia de una persona de confianza, participar en el proceso de toma de decisiones. Por último, argumentaron que la legislación debe tener en cuenta la posibilidad de desacuerdo entre los miembros de la familia y prever, como mínimo, la mediación.

(ii) El Gobierno

127. El Gobierno sostuvo que la Ley Leonetti estableció un equilibrio entre el derecho al respeto de la vida y el derecho de los pacientes a consentir o rechazar el tratamiento. La definición de obstinación terapéutica se basó en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia reiterados en la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de la vida" del Consejo de Europa. De acuerdo con esos principios, los profesionales de la salud tienen la obligación de brindar únicamente el tratamiento adecuado y deben guiarse únicamente por el beneficio para el paciente, que debe evaluarse en términos generales. A ese respecto, deben tenerse en cuenta tanto factores médicos como no médicos y, en particular, los deseos del paciente. Señalaron que cuando el proyecto de ley se debatió en el Parlamento, se rechazó una enmienda que buscaba excluir la nutrición y la hidratación artificiales del alcance del tratamiento. Hicieron hincapié en que el tratamiento también abarcaba métodos e intervenciones que responden a una deficiencia funcional en el paciente y que implica el uso de técnicas médicas intrusivas.

128. El Gobierno destacó que la legislación francesa preveía una serie de garantías procesales: la consideración de los deseos del paciente y de las opiniones de la persona de confianza, la familia o las personas cercanas al paciente y la implementación de un procedimiento colectivo en el que la familia y las personas cercanas al paciente estuvieran involucradas. Por último, la decisión del médico fue objeto de revisión por parte de un juez.



(iii) *Los terceros intervinientes*

(α) Rachel Lambert

129. Rachel Lambert sostuvo que la Ley Leonetti sometió la decisión del médico a numerosas garantías y equilibró el derecho de cada individuo a recibir la atención más adecuada con el derecho a no someterse a tratamiento en circunstancias que constituyan un ensañamiento terapéutico. Hizo hincapié en que el legislador no había buscado limitar el reconocimiento de los deseos expresados previamente por los pacientes a los casos en los que habían designado a una persona de confianza o redactado directivas anticipadas; cuando este no era el caso, se buscaban las opiniones de la familia para, ante todo, establecer lo que el paciente hubiera querido.

130. Refiriéndose al procedimiento colectivo implementado en el presente caso, señaló que el Dr. Kariger había consultado a seis médicos (tres de ellos ajenos al hospital), había convocado una reunión con prácticamente todo el personal de atención y todos los médicos y había mantenido dos reuniones con la familia. Su decisión había sido razonada en profundidad y atestiguaba la profesionalidad de su enfoque.

(β) François Lambert y Marie-Geneviève Lambert

131. François Lambert y Marie-Geneviève Lambert alegaron que la decisión del médico se había tomado de conformidad con la Ley Leonetti, antes mencionada, cuyas disposiciones recapitulaban. Destacaron que los datos arrojados por el peritaje médico ordenado por el *Conseil d'État* eran plenamente coherentes con la noción de tratamiento que sirve únicamente para sostener la vida artificialmente, observando que se trata de la incapacidad de Vincent Lambert para comer y beber por sí mismo, sin asistencia médica. en forma de nutrición e hidratación enteral, lo que provocaría su muerte.

132. Afirmaron que el proceso de toma de decisiones en el presente caso había sido particularmente largo, meticuloso y respetuoso de los derechos de todos los interesados, de las opiniones médicas y paramédicas solicitadas y de las opiniones de los familiares invitados a participar (especialmente de los solicitantes, que habían sido asistidos por un médico de su elección durante todo el proceso) y que habían sido informados plenamente en cada etapa. En su opinión, la decisión final se adoptó de conformidad con el proceso



exigido por la ley y el Convenio, tal como se establece en la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de la vida" del Consejo de Europa.

(γ) Unión Nacional de Asociaciones de Familias de Víctimas de Lesiones en la Cabeza y Daños Cerebrales (UNAFTC)

133. La UNAFTC se hizo eco de las preocupaciones de las familias y establecimientos que representaba, y argumentó que los pacientes en estado vegetativo crónico o de mínima conciencia no se encontraban en una situación de final de vida y no se los mantenía con vida artificialmente, y que cuando la condición de una persona no era potencialmente mortal, la alimentación y la hidratación artificiales no podían considerarse un tratamiento que pudiera retirarse. La UNAFTC sostuvo que los deseos de un paciente no podían establecerse sobre la base de los comentarios hablados informados por algunos de los miembros de la familia y, en caso de duda, la vida debería tener prioridad. En todo caso, en ausencia de directivas anticipadas y de una persona de confianza, no se podría tomar la decisión de retirar el tratamiento sin un consenso dentro de la familia.

(δ) Amrésó-Bethel

134. La asociación Amrésó-Bethel, que gestiona una unidad de atención para pacientes en estado vegetativo crónico o de conciencia mínima, proporcionó detalles sobre la atención brindada a sus pacientes.

(ε) Clínica de Derechos Humanos

135. En vista de la multitud de enfoques en todo el mundo sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida y las diferencias en cuanto a las circunstancias en las que se permitía la eutanasia pasiva, la Clínica de Derechos Humanos afirmó que se debería permitir a los Estados un margen de apreciación para lograr un equilibrio entre autonomía personal y la protección de sus vidas.



b) Apreciación del Tribunal

(i) Consideraciones generales

(α) Jurisprudencia existente

136. El Tribunal nunca se ha pronunciado sobre la cuestión objeto de la presente demanda, pero ha examinado varios casos relacionados con esta cuestión.

137. En un primer grupo de casos, los demandantes o sus familiares invocaron el derecho a morir apoyándose en varios artículos del Convenio.

En *Sanles Sanles*, previamente citado, la demandante afirmó, en nombre de su cuñado, que era tetraplégico y deseaba poner fin a su vida con la asistencia de terceros y que falleció antes de la presentación de la demanda, el derecho a morir con dignidad, basándose en los artículos 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 14 del Convenio. El Tribunal rechazó la solicitud por ser incompatible *ratione personae* con las disposiciones del Convenio.

En *Pretty*, citado anteriormente, la demandante se encontraba en las etapas terminales de una enfermedad neurodegenerativa incurable y denunció, basándose en los artículos 2, 3, 8, 9 y 14 del Convenio, que su esposo no podía ayudarla a suicidarse sin ser procesado por las autoridades del Reino Unido. El Tribunal no encontró ninguna violación de las disposiciones en cuestión.

Haas y Koch, antes citados, se referían al suicidio asistido, y los demandantes se basaron en el artículo 8 del Convenio. En *Haas*, el demandante, que había sufrido durante mucho tiempo un trastorno afectivo bipolar grave, deseaba poner fin a su vida y se quejaba de no poder obtener la sustancia letal necesaria para tal fin sin receta médica; el Tribunal sostuvo que no había habido violación del artículo 8. En *Koch*, el demandante alegó que la negativa a permitir que su esposa (que estaba paralizada y necesitaba ventilación artificial) adquiriera una dosis letal de medicación para que pudiera quitarse la vida había violado su derecho al respeto de su vida privada y familiar. También se quejó de la negativa de los tribunales nacionales a examinar sus denuncias sobre el fondo del asunto, y el Tribunal encontró una violación del artículo 8 sólo en ese punto.

138. En un segundo grupo de casos, los demandantes se opusieron a la administración o a la retirada del tratamiento.



En *Glass*, citado anteriormente, los demandantes se quejaron de que los médicos del hospital habían administrado diamorfina a su hijo enfermo sin su consentimiento, y de la orden de "no reanimar" que figuraba en sus notas médicas. En su decisión de 18 de marzo de 2003, antes citada, el Tribunal consideró que su demanda en virtud del artículo 2 del Convenio era manifiestamente infundada; en su sentencia de 9 de marzo de 2004 observó que se había producido una violación del artículo 8 del Convenio.

En *Burke contra El Reino Unido* ((dec.), N. ° 19807/06, 11 de julio de 2006), el demandante padecía una enfermedad cerebral degenerativa incurable y temía que las directrices aplicables en el Reino Unido pudieran conducir a su debido tiempo a la retirada de su nutrición e hidratación artificiales. El Tribunal declaró inadmisibles su demanda, presentada al amparo de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio, por ser manifiestamente infundada.

Finalmente, en su sentencia *Ada Rossi y otros*, previamente citada, el Tribunal declaró incompatible *ratione personae* una demanda interpuesta por particulares y asociaciones que denuncian, amparándose en los artículos 2 y 3 del Convenio, los efectos potencialmente adversos para ellos de la ejecución de una sentencia del Tribunal de Casación italiano autorizando la suspensión de la nutrición e hidratación artificiales de una joven en estado vegetativo¹.

139. El Tribunal observa que, con excepción de las violaciones al artículo 8 en *Glass* y *Koch*, antes citadas, no encontró violación del Convenio en ninguno de estos casos².

(β) Sobre el contexto

140. El artículo 2 requiere que el Estado adopte las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de quienes se encuentren dentro de su jurisdicción (véase *L.C.B. contra El Reino Unido*, citado anteriormente, § 36, y la decisión en *Powell*, citado anteriormente); en el ámbito de la salud pública, estas obligaciones positivas requieren que los Estados dicten regulaciones que obliguen a los hospitales, ya sean privados o públicos, a adoptar las medidas adecuadas para la protección de la vida de los pacientes

¹ Este párrafo ha sido corregido conforme con el artículo 81 del Reglamento del Tribunal.

² Este párrafo ha sido corregido conforme con el artículo 81 del Reglamento del Tribunal.



(ver *Calvelli y Ciglio contra Italia* [GC], no. 32967 / 96, § 49, ECHR 2002 I; *Glass*, citado anteriormente; *Vo contra Francia* [GC], no. 53924/00, § 89, ECHR 2004 VIII; y *Center for Legal Resources en nombre de Valentin Câmpeanu*, antes citado, § 130).

141. El Tribunal subraya que la cuestión que tiene ante sí en el presente caso no es la eutanasia, sino la retirada del tratamiento de soporte vital (véase el párrafo 124 anterior).

142. En *Haas* (citado anteriormente, § 54), el Tribunal reiteró que el Convenio debía leerse en su totalidad (ver, *mutatis mutandis*, *Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) contra Suiza* (no. 2) [GC], 32772/02, § 83, ECHR 2009). En *Haas* (citado anteriormente, § 54) el Tribunal consideró que era apropiado, en el contexto del examen de una posible violación del artículo 8, referirse al artículo 2 del Convenio. El Tribunal considera que también se aplica lo contrario: en un caso como el presente, debería hacerse referencia, al examinar una posible violación del artículo 2, al artículo 8 del Convenio y al derecho al respeto de la vida privada y la noción de autonomía personal que la misma engloba. En *Pretty* (citado anteriormente, § 67), el Tribunal no estaba dispuesto a excluir que impidiendo que la demandante, por ley, ejerciera su elección de evitar lo que ella consideraba un final indigno y angustioso para su vida, constituyera una interferencia con su derecho al respeto de su vida privada garantizada por el artículo 8 § 1 del Convenio. En *Haas* (citado anteriormente, § 51), afirmó que el derecho de una persona a decidir de qué manera y en qué momento debe terminar su vida es uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada.

El Tribunal se remite en particular a los apartados 63 y 65 de la sentencia *Pretty*, donde afirmó lo siguiente.

“... En la esfera del tratamiento médico, la negativa a aceptar un tratamiento en particular podría, inevitablemente, conducir a un desenlace fatal, sin embargo, la imposición de un tratamiento médico, sin el consentimiento de un paciente adulto mentalmente competente, interferiría con la integridad física de una persona de manera que podría hacer valer los derechos protegidos por el artículo 8 § 1 del Convenio. Como se reconoce en la jurisprudencia nacional, una persona puede reivindicar su derecho a optar por morir al negarse a dar su consentimiento a un tratamiento que podría tener el efecto de prolongar su vida ...



La esencia misma del Convenio es el respeto por la dignidad humana y la libertad humana. Sin negar en modo alguno el principio de santidad de la vida amparado por el Convenio, el Tribunal considera que es en el artículo 8 donde adquieren trascendencia las nociones de calidad de vida. En una era de creciente sofisticación médica combinada con una mayor esperanza de vida, a muchas personas les preocupa que se les obligue a permanecer en la vejez o en estados de decrepitud física o mental avanzada que entren en conflicto con ideas fuertemente arraigadas sobre su propia identidad personal. "

143. El Tribunal tendrá en cuenta estas consideraciones al examinar si el Estado cumplió con sus obligaciones positivas derivadas del artículo 2. Observa además que, al abordar la cuestión de la administración o retiro de tratamiento médico en *Glass y Burke*, antes citadas, tuvo en cuenta los siguientes factores:

a) la existencia en la legislación y la práctica nacionales de un marco normativo compatible con los requisitos del artículo 2 (véase *Glass*, antes citado);

(b) si se habían tenido en cuenta los deseos expresados previamente por el solicitante y los de las personas cercanas a él, así como las opiniones de otro personal médico (ver *Burke*, citado anteriormente);

(c) la posibilidad de acudir a los tribunales en caso de dudas sobre la mejor decisión a tomar en interés del paciente (ibid.).

El Tribunal tomará en consideración estos factores al examinar el presente caso. También tendrá en cuenta los criterios establecidos en la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de la vida" del Consejo de Europa (véanse los párrafos 60 a 68 anteriores).

(γ) El margen de apreciación

144. El Tribunal reitera que el artículo 2 se ubica como una de las disposiciones fundamentales del Convenio, la cual, por norma general, no admite derogación del artículo 15, y que interpreta estrictamente las excepciones en él definidas (ver, entre otras, *Giuliani y Gaggio contra Italia* [GC], núm. 23458/02, §§ 174-77, TEDH 2011). Sin embargo, en el contexto de las obligaciones positivas del Estado, al abordar cuestiones



científicas, legales y éticas complejas, relativas en particular al inicio o al final de la vida, y ante la falta de consenso entre los Estados miembros, el Tribunal ha reconocido que estos últimos tienen cierto margen de apreciación.

En primer lugar, el Tribunal observa que en *Vo* (que se refería a la absolución de un cargo de homicidio involuntario del médico responsable de la muerte del feto de la demandante), al examinar el punto en el que comienza la vida desde el punto de vista del artículo 2 del Convenio, concluyó que este asunto se encuentra dentro del margen de apreciación de los Estados en este ámbito. Tomó en cuenta la ausencia de un enfoque común entre los Estados contratantes y de un consenso europeo sobre la definición científica y jurídica del comienzo de la vida (citado anteriormente, § 82).

El Tribunal reiteró este enfoque en, *inter alia*, *Evans contra El Reino Unido* ([GC], no. 6339/05, §§ 54-56, ECHR 2007 I, en relación con el hecho de que el derecho interno permitía a la expareja del demandante retirar su consentimiento para el almacenamiento y uso de embriones creados conjuntamente por ellos) y en *A, B y C contra Irlanda* ([GC], no. 25579/05, § 237, ECHR 2010, en el que los solicitantes se quejaron esencialmente en virtud del artículo 8 del Convenio sobre la prohibición del aborto en Irlanda por motivos de salud y bienestar).

145. Sobre la cuestión del suicidio asistido, el Tribunal señaló, en el contexto del artículo 8 del Convenio, que no hubo consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa sobre el derecho de una persona a decidir de qué manera y en qué momento debe terminar su vida, y por lo tanto, concluyó que el margen de apreciación de los Estados en esta área era "considerable" (ver *Haas* , antes citado, § 55, y *Koch*, antes citado, § 70).

146. El Tribunal también declaró, en términos generales, en *Ciechońska contra Polonia* (núm. 19776/04, § 65, 14 de junio de 2011), en relación con la responsabilidad de las autoridades por la muerte accidental del marido de la demandante, que la elección de los medios para garantizar las obligaciones positivas en virtud del artículo 2 era, en principio, una cuestión que entraba dentro del margen de apreciación del Estado.

147. El Tribunal observa que no existe consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa a favor de permitir la retirada del tratamiento de soporte vital artificial, aunque la mayoría de los Estados parece permitirlo. Si bien los arreglos



detallados que rigen la retirada del tratamiento varían de un país a otro, existe consenso en cuanto a la importancia primordial de los deseos del paciente en el proceso de toma de decisiones, independientemente de cómo se expresen esos deseos (véanse los párrafos 74 a 75 supra).

148. En consecuencia, el Tribunal considera que en este ámbito del fin de la vida, como en el del comienzo de la vida, los Estados deben contar con un margen de apreciación, no solo en cuanto a permitir o no la retirada del tratamiento de soporte vital artificial y las disposiciones detalladas que regulan dicha retirada, sino también en lo que respecta a los medios para lograr un equilibrio entre la protección del derecho a la vida de los pacientes y la protección de su derecho al respeto de su vida privada y su autonomía personal (ver, *mutatis mutandis*, *A, B y C contra Irlanda*, antes citado, § 237). Sin embargo, este margen de apreciación no es ilimitado (*ibid.*, § 238) y el Tribunal se reserva la facultad de revisar si el Estado ha cumplido o no con sus obligaciones en virtud del artículo 2.

(ii) Aplicación al presente caso

149. Los demandantes alegaron que la Ley Leonetti carecía de claridad y precisión y se quejaron del proceso que culminó con la decisión del médico de 11 de enero de 2014. En su opinión, estas deficiencias se debieron al incumplimiento de las autoridades nacionales de su deber de protección establecidas en el artículo 2 del Convenio.

(α) El marco legislativo

150. Los demandantes se quejaron de una falta de precisión y claridad en la legislación, que, en su opinión, no era aplicable al caso de Vincent Lambert, quien no estaba enfermo ni al final de su vida. Sostuvieron además que la legislación no definía con suficiente precisión los conceptos de obstinación terapéutica y tratamiento que podía retirarse.

151. El Tribunal tiene en cuenta el marco legislativo establecido por el Código de Salud Pública (en adelante “el Código”) modificado por la Ley Leonetti (véanse los párrafos 52 a 54 supra). Reitera además que la interpretación es inherente a la labor del



poder judicial (véase, entre otras, *Nejdet Şahin y Perihan Şahin contra Turquía* [GC], no. 13279/05, § 85, 20 de octubre de 2011). Observa que, antes de las sentencias dictadas en el presente caso, nunca se había pedido a los tribunales franceses que interpretaran las disposiciones de la Ley Leonetti, aunque ésta había estado en vigor durante nueve años. En el presente caso, el *Conseil d'État* tenía la tarea de aclarar el ámbito de aplicación de la ley y definir los conceptos de "tratamiento" y "obstinación terapéutica" (véase más adelante).

El campo de aplicación de la ley

152. En su sentencia de 14 de febrero de 2014, el *Conseil d'État* determinó el ámbito de aplicación de la ley. Sostuvo que se desprende claramente de la propia redacción de las disposiciones aplicables, y de los procedimientos parlamentarios previos a la promulgación de la legislación, que las disposiciones en cuestión tienen un alcance general y son aplicables a todos los usuarios del sistema de salud, se encontrara el paciente o no en el final de su vida (véase el párrafo 33 anterior).

153. El Tribunal observa que en sus observaciones al *Conseil d'État*, el Sr. Jean Leonetti, ponente de la ley, afirmó en su calidad de *amicus curiae* que era aplicable a los pacientes que tuvieran daño cerebral y, por tanto, padecieran una enfermedad grave que era incurable en las etapas avanzadas, pero no necesariamente "al final de la vida". Por esa razón, el legislador, en el título de la ley, se había referido a "los derechos de los pacientes y las cuestiones relacionadas con el final de la vida" en lugar de "los derechos de los pacientes en situaciones de final de la vida" (véanse, en un sentido similar, las observaciones de Academia Nacional de Medicina, párrafo 44 supra).

El concepto de tratamiento

154. El *Conseil d'État*, en su sentencia de 14 de febrero de 2014, interpretó el concepto de tratamiento que puede ser retirado o limitado. Sostuvo, a la luz de los artículos L. 1110 5 y 1111 4 del Código, antes citados, y de los procedimientos parlamentarios, que el legislador había tenido la intención de incluir entre tales formas de tratamiento todos los actos que buscaran mantener artificialmente las funciones vitales del paciente, y que la



nutrición e hidratación artificiales entraban en esa categoría de actos. Las presentaciones de *amicus curiae* al Conseil d'État coincidieron en este punto.

155. El Tribunal observa que la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de la vida" del Consejo de Europa aborda estas cuestiones. La Guía especifica que el tratamiento cubre no solo las intervenciones cuyo objetivo es mejorar el estado de salud de un paciente actuando sobre las causas de la enfermedad, sino también las intervenciones que afectan únicamente a los síntomas y no a la etiología de la enfermedad, o que son respuestas a una disfunción orgánica. Según la Guía, la nutrición e hidratación artificiales se administran a un paciente siguiendo una indicación médica e implican opciones en cuanto a procedimientos y dispositivos médicos (perfusión, sondas de alimentación). La Guía observa que existen diferencias de enfoque entre países. Algunos consideran la nutrición e hidratación artificiales como una forma de tratamiento que puede ser limitado o retirado en las circunstancias y de acuerdo con las garantías previstas en la legislación nacional. Las consideraciones a tener en cuenta a este respecto son los deseos del paciente y si el tratamiento es adecuado o no en la situación en cuestión. En otros países, se consideran una forma de atención que satisface las necesidades básicas del individuo y que no puede retirarse a menos que el paciente, en la fase terminal de una situación al final de la vida, haya expresado un deseo en ese sentido (véase el párrafo 61 supra).

El concepto de obstinación terapéutica

156. Según los términos del artículo L. 1110 5 del Código, el trato equivaldrá a un ensañamiento terapéutico si es inútil o desproporcionado o no tiene "otro efecto que el de mantener la vida artificialmente" (véase el párrafo 53 anterior). Este último criterio es el que se aplicó en el presente caso y que los demandantes consideran impreciso.

157. En sus observaciones al *Conseil d'État* en calidad de *amicus curiae*, el Sr. Leonetti afirmó que esta redacción, que era más estricta que la redacción originalmente prevista (tratamiento "que prolonga la vida artificialmente"), era más restrictiva y se refería a sostener la vida artificialmente "en el sentido puramente biológico, en circunstancias en las que, en primer lugar, el paciente tiene un daño cerebral irreversible importante y, en segundo lugar, su condición no ofrece perspectivas de que vuelva a ser



consciente de sí mismo o de sus relaciones con los demás ”(véase el párrafo 44 anterior). En la misma línea, el Consejo Médico Nacional enfatizó la importancia de la noción de temporalidad, observando que donde una condición patológica se había vuelto crónica, resultando en el deterioro fisiológico de la persona y la pérdida de sus facultades cognitivas y relacionales, la obstinación en la administración del tratamiento podría considerarse irrazonable si no hubiera signos aparentes de mejora (ibid.)

158. En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* detalló los factores que debe tener en cuenta el médico para evaluar si se cumplen los criterios de obstinación terapéutica, dejando claro que cada situación concreta debe ser considerada con sus propias con sus propios hechos. Estos fueron: los factores médicos (que debían cubrir un período suficientemente largo, ser evaluados colectivamente y relacionar en particular con la condición actual del paciente, el cambio en esa condición, su grado de sufrimiento y el pronóstico clínico) y los factores no médicos, que serían los deseos del paciente, como quiera que se expresen, a los que el médico debe "conceder especial importancia", y las opiniones de la persona de confianza, la familia o las personas cercanas al paciente.

159. El Tribunal observa que el *Conseil d'État* estableció dos importantes salvaguardias en dicha sentencia. En primer lugar, afirmó que “el solo hecho de que una persona se encuentre en un estado de inconsciencia irreversible o, *a fortiori*, haya perdido su autonomía de manera irreversible y por lo tanto dependa de tal forma de nutrición e hidratación, no equivale por sí mismo a una situación en la que la continuación del tratamiento pudiera parecer injustificada por motivos de obstinación terapéutica ”. En segundo lugar, destacó que cuando se desconocen los deseos de un paciente, no se puede suponer que consisten en una negativa a ser mantenido con vida (véase el párrafo 48 supra).

160. Sobre la base de este análisis, el Tribunal no puede suscribir los argumentos de las demandantes. Considera que las disposiciones de la Ley Leonetti, interpretadas por el *Conseil d'État*, constituyen un marco jurídico suficientemente claro, a los efectos del artículo 2 del Convenio, para regular con precisión las decisiones tomadas por los médicos en situaciones tales como en el presente caso. Por lo tanto, el Tribunal concluye que el Estado implementó un marco normativo apto para garantizar la protección de la vida de los pacientes (ver párrafo 140 anterior).



(β) El proceso de toma de decisiones

161. Los demandantes denunciaron que el proceso de toma de decisiones, en su opinión, debería haber sido realmente colectivo o, al menos, haber previsto una mediación en caso de desacuerdo.

162. El Tribunal de Justicia observa de entrada que ni el artículo 2 ni su jurisprudencia pueden interpretarse en el sentido de que impongan requisitos sobre el procedimiento a seguir para llegar a un posible acuerdo. Señala que en *Burke*, previamente citado, consideró compatible con el artículo 2 el procedimiento consistente en determinar los deseos del paciente y consultar a sus allegados, así como a otro personal médico (véase el párrafo 143 supra).

163. El Tribunal observa que, si bien el procedimiento en el derecho francés se califica de “colectivo” e incluye varias fases de consulta (con el equipo de atención, al menos otro médico, la persona de confianza, la familia o las personas cercanas al paciente), es el médico a cargo del paciente quien toma la decisión. Los deseos del paciente deben tenerse en cuenta y la decisión en sí debe ir acompañada de motivos, añadiéndose al expediente médico del paciente.

164. En sus observaciones como *amicus curiae*, el señor Jean Leonetti señaló que la ley atribuía al médico la responsabilidad exclusiva de tomar la decisión de retirar el tratamiento y que se había decidido no traspasar esa responsabilidad a la familia, para evitar sentimientos o culpabilidad y asegurar que quedara identificada la persona que tomó la decisión.

165. De la información relativa a derecho comparado de la que dispone el Tribunal se desprende que en los países que autorizan la retirada del tratamiento, y donde el paciente no ha redactado ninguna directiva anticipada, existe una gran variedad de disposiciones que regulan la toma de la decisión final de retirar el tratamiento. Puede ser tomado por el médico (esta es la situación más común), conjuntamente por el médico y la familia, por la familia o representante legal, o por los tribunales (ver párrafo 75 anterior)

166. El Tribunal observa que el procedimiento colectivo en el presente caso duró desde septiembre de 2013 hasta enero de 2014 y que, en todas las etapas del su implementación, superó los requisitos establecidos por la ley. Considerando que el procedimiento prevé la consulta de otro médico y, en su caso, un segundo médico, el Dr.



Kariger consultó a seis médicos, uno de los cuales fue designado por los demandantes. Convocó una reunión de prácticamente todo el equipo de atención y mantuvo dos reuniones con la familia a las que asistieron la esposa de Vincent Lambert, sus padres y sus ocho hermanos. Después de esas reuniones, la esposa de Vincent Lambert y seis de sus hermanos y hermanas argumentaron a favor de retirar el tratamiento, al igual que cinco de los seis médicos consultados, mientras que los demandantes se opusieron a tal medida. El médico también mantuvo conversaciones con François Lambert, sobrino de Vincent Lambert. Su decisión, que tuvo una extensión de trece páginas (existiendo también una versión abreviada de siete páginas de la cual se leyó a la familia) proporcionó razones muy detalladas. El *Conseil d'État* declaró en su sentencia de 24 de junio de 2014 que no había incurrido en ninguna irregularidad (véase el apartado 50 supra).

167. El *Conseil d'État* concluyó que el médico había cumplido con el requisito de consultar a la familia y que le había sido lícito tomar su decisión en ausencia de unanimidad entre los familiares. El Tribunal observa que la legislación francesa, en su forma actual, prevé que se consulte a la familia (y no que participe en la adopción de la decisión), pero no prevé la mediación en caso de desacuerdo entre los miembros de la familia. Asimismo, no especifica el orden en que deben tenerse en cuenta las opiniones de los miembros de la familia, a diferencia de otros países.

168. El Tribunal observa la ausencia de consenso sobre este tema (ver párrafo 165 anterior) y considera que la organización del proceso de toma de decisiones, incluyendo la designación de la persona que toma la decisión final de retirar el tratamiento y los arreglos detallados para la toma de decisiones de la decisión, se encuentran dentro del margen de apreciación del Estado. Señala que el procedimiento en el presente caso fue largo y meticuloso, excediendo los requisitos establecidos por la ley, y considera que, si bien los demandantes no están de acuerdo con el resultado, dicho procedimiento cumplió con los requisitos que se desprenden del artículo 2 del Convenio (ver párr. 143 anterior).

(γ) Recursos judiciales

169. Por último, el Tribunal examinará los recursos de los que disponían los demandantes en el presente caso. Observa que el *Conseil d'État*, llamado por primera vez



para pronunciarse sobre un recurso contra una decisión de retirada del tratamiento en virtud de la Ley Leonetti, proporcionó algunas aclaraciones importantes en sus resoluciones de 14 de febrero y 24 de junio de 2014 sobre el alcance de la revisión realizada por el juez administrativo en casos como el presente.

170. Los demandantes habían presentado una solicitud urgente ante el tribunal administrativo para la protección de una libertad fundamental en virtud del artículo L. 521-2 del Código de Justicia Administrativa. Este artículo dispone que el juez, “al conocer de una demanda de este tipo justificada por especial urgencia, podrá ordenar las medidas necesarias para salvaguardar una libertad fundamental presuntamente violada de manera grave y manifiestamente ilícita por una autoridad administrativa”. Al tramitar una solicitud sobre esta base, el juez administrativo normalmente dictamina solo y con carácter de urgencia, y puede ordenar medidas provisionales sobre la base de una prueba "simple y obvia" (ilegalidad manifiesta).

171. El Tribunal observa que, según lo define el *Conseil d'État* (ver párrafo 32 supra), la función del juez administrativo implica la facultad no solo de suspender la ejecución de la decisión del médico, sino también de realizar una revisión completa de su licitud (y no sólo aplicar la prueba de ilegalidad manifiesta), si es necesario, decidirá como miembro de un tribunal de jueces y, si es preciso, después de ordenar un peritaje médico y recabar la opinión de personas que actúen en calidad de *amicus curiae*.

172. El *Conseil d'État* también precisó en su sentencia de 24 de junio de 2014 que el papel particular del juez en tales casos le obligaba a examinar - además de los alegatos que alegaban la ilegalidad de la decisión en cuestión - cualquier argumento en el sentido de que las disposiciones legislativas aplicadas eran incompatibles con el Convenio.

173. El Tribunal observa que el *Conseil d'État* examinó el caso en pleno (la Asamblea Judicial de diecisiete miembros), lo que es muy inusual en los procedimientos de orden judicial. En su sentencia de 14 de febrero de 2014, señaló que la evaluación realizada en el Hospital Universitario de Liège databa de hace dos años y medio y consideró necesario disponer de la información más completa posible sobre el estado de salud de Vincent Lambert. Por tanto, ordenó un informe médico pericial, que confió a tres reconocidos especialistas en neurociencia. Además, en vista de la escala y dificultad de las cuestiones planteadas por el caso, solicitó a la Academia Nacional de Medicina, al Comité Asesor



Nacional de Ética, al Consejo Médico Nacional y al Sr. Jean Leonetti que le presentaran observaciones generales como *amici curiae*, a fin de aclarar en particular los conceptos de obstinación terapéutica y mantenimiento de la vida artificialmente.

174. El Tribunal observa que el informe pericial fue elaborado con gran profundidad. Los peritos examinaron a Vincent Lambert en nueve ocasiones, realizaron una serie de pruebas y se familiarizaron con todo el expediente médico y con todos los elementos del expediente judicial de relevancia para su informe. Entre el 24 de marzo y el 23 de abril de 2014 también se reunieron con todas las partes interesadas (la familia, el equipo médico y asistencial, los médicos consultores y representantes de la UNAFTC y el hospital).

175. En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* comenzó examinando la compatibilidad de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública con los artículos 2, 8, 6 y 7 del Convenio (ver párrafo 47 supra), antes de evaluar la conformidad de la decisión del Dr. Kariger con las disposiciones del Código (véanse los párrafos 48 a 50 anteriores). Su revisión comprendió la licitud del procedimiento colectivo y el cumplimiento de las condiciones sustantivas previstas por la ley, que consideró cumplidas, especialmente a la luz de las conclusiones del informe pericial. En particular, señaló que de los hallazgos de los expertos se desprende claramente que el estado clínico de Vincent Lambert correspondía a un estado vegetativo crónico, que había sufrido lesiones graves y extensas cuya gravedad, sumada al período de cinco años y medio transcurrido desde el accidente, llevó a la conclusión de que era irreversible y de “mal pronóstico clínico”. En opinión del *Conseil d'État*, estas conclusiones confirmaron las realizadas por el Dr. Kariger.

176. El Tribunal observa además que el *Conseil d'État*, después de subrayar “la especial importancia” que el médico debe conceder a los deseos del paciente (véase el párrafo 48 supra), trató de determinar cuáles habían sido los deseos de Vincent Lambert. Dado que este último no había redactado ninguna directiva anticipada ni designado una persona de confianza, el *Conseil d'État* tuvo en cuenta el testimonio de su esposa, Rachel Lambert. Señaló que ella y su esposo, que eran enfermeros con experiencia en pacientes en reanimación y con discapacidades múltiples, habían hablado a menudo de sus experiencias profesionales y que en varias de esas ocasiones Vincent Lambert había expresado el deseo de no ser mantenidos con vida artificialmente en un estado de alta



dependencia. (ver párrafo 50 arriba). El *Conseil d'État* determinó que esas observaciones, cuyo tenor fue confirmado por uno de los hermanos de Vincent Lambert, habían sido informadas por Rachel Lambert con precisión y con las fechas correspondientes. También tomó en cuenta el hecho de que varios de los otros hermanos de Vincent Lambert habían declarado que estos comentarios estaban en consonancia con la personalidad de su hermano, su experiencia y opiniones pasadas, y señaló que los demandantes no afirmaron que él hubiera expresado comentarios en sentido contrario. El *Conseil d'État* observó, por último, que se había realizado la consulta a la familia prescrita por la ley (ibíd.).

177. Los demandantes alegaron, basándose en el artículo 8 del Convenio, que el *Conseil d'État* no debería haber tenido en cuenta las declaraciones habladas de Vincent Lambert, que consideraban demasiado generales.

178. El Tribunal señala en primer lugar que es el paciente quien es la parte principal en el proceso de toma de decisiones y cuyo consentimiento debe permanecer en su núcleo; esto es cierto incluso cuando el paciente no puede expresar sus deseos. La “Guía sobre el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de la vida” del Consejo de Europa recomienda que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones mediante cualquier deseo expresado previamente, que pueda haber sido confiado oralmente a un miembro de la familia o un amigo cercano (véase el párrafo 63 anterior).

179. El Tribunal también observa que, de acuerdo con los materiales de derecho comparado de que dispone, en ausencia de directivas anticipadas o de “testamento vital”, varios países exigen que se realicen esfuerzos para conocer los presuntos deseos del paciente, por una variedad de medios (declaraciones del representante legal o de la familia, otros factores que den fe de la personalidad y creencias del paciente, etc.).

180. Por último, el Tribunal señala que en su sentencia *Pretty* (citada anteriormente, § 63), reconoció el derecho de cada individuo a negarse a consentir un tratamiento que pudiera tener el efecto de prolongar su vida. En consecuencia, considera que el *Conseil d'État* tenía derecho a considerar que el testimonio que se le presentó era suficientemente preciso para establecer cuáles habían sido los deseos de Vincent Lambert con respecto a la retirada o continuación de su tratamiento.



(δ) Consideraciones finales

181. El Tribunal es muy consciente de la importancia de las cuestiones planteadas por el presente caso, que se refiere a cuestiones médicas, legales y éticas de extrema complejidad. En las circunstancias del caso, el Tribunal reitera que correspondía principalmente a las autoridades internas verificar si la decisión de retirar el tratamiento era compatible con la legislación interna y el Convenio, y establecer los deseos del paciente de conformidad con la legislación nacional. El papel de el Tribunal consistió en verificar si el Estado había cumplido con sus obligaciones positivas en virtud del artículo 2 del Convenio.

Sobre la base de ese enfoque, el Tribunal ha considerado que tanto el marco legislativo establecido por el derecho interno, según lo interpretado por el *Conseil d'État*, como el proceso de toma de decisiones, que se llevó a cabo de manera meticulosa en el presente caso, son compatibles con los requisitos del artículo 2. En cuanto a los recursos judiciales de que disponían los demandantes, el Tribunal ha llegado a la conclusión de que el presente caso fue objeto de un examen en profundidad en el que pudieron expresarse todos los puntos de vista. y todos los aspectos fueron cuidadosamente considerados, a la luz tanto de un informe médico experto detallado como de las observaciones generales de los órganos médicos y éticos de más alto rango.

En consecuencia, el Tribunal concluye que las autoridades internas cumplieron con sus obligaciones positivas derivadas del artículo 2 del Convenio, dado el margen de apreciación que les queda en el presente caso.

(ε) Conclusión

182. De ello se desprende que no habría violación del artículo 2 del Convenio en caso de ejecución de la sentencia del *Conseil d'État* de 24 de junio de 2014.



III. SOBRE LA VIOLACIÓN ALEGADA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 8 DEL CONVENIO

183. Los demandantes sostuvieron que fueron potencialmente víctimas de una violación de su derecho al respeto de la vida familiar con su hijo y hermano, en violación del artículo 8 del Convenio.

184. El Tribunal considera que esta demanda es absorbida por las planteadas por los demandantes en virtud del artículo 2 del Convenio. En vista de su conclusión sobre dicho artículo (ver párrafo 182 anterior), el Tribunal considera que no es necesario pronunciarse por separado sobre esta denuncia.

IV. SOBRE LA VIOLACIÓN ALEGADA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 6 DEL CONVENIO

185. Los demandantes se quejaron además de que el médico que tomó la decisión del 11 de enero de 2014 no fue imparcial, ya que anteriormente había tomado la misma decisión, y que el peritaje médico ordenado por el *Conseil d'État* no había sido plenamente contradictorio.

Se ampararon en el artículo 6 § 1 del Convenio, cuyas partes pertinentes disponen:

“Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa ... por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil”

186. Aun suponiendo que el artículo 6 § 1 sea aplicable al procedimiento que dio lugar a la decisión del médico de 11 de enero de 2014, el Tribunal considera que estas denuncias, en la medida en que no han sido ya abordadas en virtud del artículo 2 del Convenio (ver párrafos 150 a 181 supra), son manifiestamente infundadas.

187. De ello se desprende que este aspecto de la solicitud debe ser rechazado de conformidad con el artículo 35 §§ 3 (a) y 4 del Convenio.



POR ESTOS MOTIVOS, EL TRIBUNAL

1. *Declara*, por unanimidad, que la demanda es admisible en lo que respecta a la denuncia de los demandantes planteada con arreglo al artículo 2 en su propio nombre;

2. *Declara*, por doce votos contra cinco, el resto de la demanda inadmisibile;

3. *Rechaza*, por unanimidad, la solicitud de Rachel Lambert de representar a Vincent Lambert como tercer interviniente;

4. *Declara*, por doce votos contra cinco, que no habría violación del artículo 2 del Convenio en caso de ejecución de la sentencia en *Conseil d'État* de 24 de junio de 2014;

5. *Resuelve*, por doce votos contra cinco, que no es necesario pronunciarse por separado sobre la demanda relativa al artículo 8 del Convenio.

Redactado en francés e inglés y pronunciado en audiencia pública en el Palacio de Derechos Humanos de Estrasburgo, el 5 de junio de 2015.

Erik Fribergh

Secretario

Dean Spielmann

Presidente

De conformidad con el artículo 45 § 2 del Convenio y el artículo 74 § 2 del Reglamento del Tribunal, se adjunta a la presente sentencia la opinión separada de los jueces Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano y Griçco.

D.S.

E.F.



VOTO PARTICULAR DE LOS JUECES HAJIYEV, ŠIKUTA, TSOTSORIA, DE
GAETANO Y GRIȚCO

1. Lamentamos tener que desvincularnos de la opinión mayoritaria expresada en los puntos dispositivos 2, 4 y 5 del presente caso. Después de una reflexión considerable, consideramos que una vez que todo está dicho y escrito en esta sentencia, después de haber hecho todas las sutiles distinciones legales y demasiado minuciosas, lo que se está proponiendo es nada más y nada menos que una persona severamente discapacitada que es incapaz de comunicar sus deseos sobre su condición actual puede, sobre la base de una serie de supuestos cuestionables, verse privado de dos necesidades básicas para el sustento de la vida, a saber, alimentos y agua, y además que el Convenio es impotente frente a esta realidad. Consideramos que esa conclusión no solo es aterradora, sino que — y lamentamos mucho tener que decirlo— equivale a un retroceso en el grado de protección que el Convenio y el Tribunal han otorgado hasta ahora a las personas vulnerables

2. Al llegar a la conclusión del párrafo 112 de la presente Sentencia, la mayoría procede a revisar los casos existentes en los que las instituciones del Convenio han aceptado que un tercero puede, en circunstancias excepcionales, actuar en nombre y representación de una persona vulnerable, incluso si este último no ha manifestado expresamente su deseo de presentar una solicitud. La mayoría deduce de esa jurisprudencia dos criterios principales a aplicar en tales casos: el riesgo de que la víctima directa sea privada de la protección efectiva de sus derechos, y la ausencia de conflicto de intereses entre la víctima y el demandante (véase párrafo 102 de la presente Sentencia). Si bien estamos de acuerdo con estos dos criterios como tales, discrepamos completamente con la forma en que la mayoría los aplica en las circunstancias particulares del presente caso.

Con respecto al primer criterio, es cierto que las demandantes pueden invocar el artículo 2 en su propio nombre, y lo hicieron. Sin embargo, ahora que el Tribunal ha reconocido el *locus standi* de una organización no gubernamental para representar a una persona fallecida (ver *Center for Legal Resources en nombre de Valentin Câmpeanu*



contra Rumanía [GC], no. 47848/08, ECHR 2014), no encontramos ninguna razón válida para no seguir el mismo enfoque con respecto a las demandantes en el presente caso. De hecho, como parientes cercanos de Vincent Lambert, tienen, *a fortiori*, una justificación aún más sólida para actuar en su nombre ante el Tribunal.

En cuanto al segundo criterio, la mayoría considera que, dado que las decisiones internas impugnadas se basaron en la certeza de que Vincent Lambert no hubiera querido ser mantenido con vida en las condiciones en las que se encuentra ahora, no se “establece que haya una convergencia de intereses entre las afirmaciones de las demandantes y lo que hubiera deseado Vincent Lambert ”(véase el apartado 104 de la presente sentencia). Esta afirmación sería correcta sólo si - y en la medida en que - los demandantes alegaran una violación del derecho de Vincent Lambert a la autonomía personal en virtud del artículo 8 del Convenio, que, según la jurisprudencia de nuestro Tribunal, comprende el derecho del individuo a decidir de qué manera y en qué momento debe terminar su vida (ver *Haas contra Suiza*, no. 31322/07, § 51, ECHR 2011). Sin embargo, aunque los demandantes se basan en el artículo 8, lo hacen en un contexto completamente diferente; es la integridad física de Vincent Lambert, y no su autonomía personal, lo que buscan defender ante el Tribunal. Las principales demandas planteadas en nombre de Vincent Lambert se basan en los artículos 2 y 3 del Convenio. A diferencia del artículo 8, que protege una gama extremadamente amplia de acciones humanas basadas en elecciones personales y que van en diversas direcciones, los artículos 2 y 3 del Convenio son claramente unidireccionales en el sentido de que no implican ningún aspecto negativo. El artículo 2 protege el derecho a la vida pero no el derecho a morir (véase *Pretty contra el Reino Unido*, no. 2346/02, §§ 39-40, ECHR 2002-III). Asimismo, el artículo 3 garantiza un derecho positivo a no ser sometido a malos tratos, pero ningún "derecho" de ningún tipo a renunciar a este derecho y ser, por ejemplo, golpeado, torturado o muerto de hambre. En pocas palabras, tanto el artículo 2 como el artículo 3 son "vías unidireccionales". Siendo el derecho a no morir de hambre el único derecho que el propio Vincent Lambert podría haber reclamado válidamente en virtud de los artículos 2 y 3, no vemos cómo es lógicamente posible encontrar una falta de "convergencia de intereses" entre él y los demandantes en el presente caso, ni albergar la más mínima duda sobre este punto.



En estas circunstancias, estamos convencidos de que los demandantes sí tenían legitimación para actuar en nombre y representación de Vincent Lambert, y que sus respectivas demandas deberían haber sido declaradas compatibles *ratione personae* con las disposiciones de el Convenio.

3. Nos gustaría dejar claro desde el principio que si este hubiera sido un caso en el que la persona en cuestión - Vincent Lambert en este caso - hubiera expresado claramente su deseo de que no se le permitiera seguir viviendo debido a su severa discapacidad física y el dolor asociado a la misma, o, en vista de esa situación, si hubiera rechazado claramente la comida y el agua, no habríamos encontrado objeciones a que la hidratación y la alimentación fueran detenidas o interrumpidas si la legislación nacional lo dispusiera (y respetando siempre el derecho de los miembros de la profesión médica a negarse a ser parte en dicho procedimiento por motivo de objeción de conciencia). Uno podría no estar de acuerdo con tal ley, pero en esta situación, dos derechos del Convenio están, por así decirlo, enfrentados: el derecho a la vida (con el correspondiente deber del Estado de proteger la vida) por un lado - Artículo 2 - y el derecho a la autonomía personal que está subsumido en el artículo 8. En tal contienda se puede estar de acuerdo en que puede prevalecer el “respeto por la dignidad humana y la libertad humana” (enfático en *Pretty*, citado anteriormente, § 65). Pero esa no es la situación de Vincent Lambert.

4. Vincent Lambert se encuentra, según la evidencia disponible, en un estado vegetativo persistente, con conciencia mínima, si la hay. Sin embargo, no tiene muerte cerebral - hay un fallo de funcionamiento en un nivel del cerebro, pero no en todos los niveles. De hecho, puede respirar por sí mismo (sin la ayuda de una máquina de soporte vital) y puede digerir los alimentos (el tracto gastrointestinal está intacto y funcionando), pero tiene dificultad para tragar, para mover los alimentos sólidos por el esófago. Más críticamente, no hay evidencia, convincente o no, de que tenga dolor (a diferencia de la evidente incomodidad de estar constantemente en la cama o en una silla de ruedas). Nos llama la atención especialmente una declaración realizada por los demandantes ante este Tribunal en sus observaciones de 16 de octubre de 2014 sobre la admisibilidad y el fondo (véanse los párrafos 51 y 52), y que realmente no ha sido impugnada por el Gobierno, en el siguiente sentido:



“El Tribunal debe darse cuenta de que, como cualquier persona en un estado de conciencia gravemente disminuida, al Sr. Lambert se le puede levantar de la cama, vestir, poner en una silla de ruedas y sacar de su habitación. Muchos pacientes en una condición comparable a la suya residen en un hogar de ancianos especializado y pueden pasar fines de semana y algunas vacaciones con sus familias ... y es precisamente el método enteral utilizado para alimentarlos lo que hace posible esta forma de autonomía.

En septiembre de 2012, el doctor Kariger aceptó que los padres de Vincent Lambert lo llevaran de vacaciones al sur de Francia. Eso fue seis meses antes de que se tomara la primera decisión de dejar de alimentarlo ... y no había habido cambios en su condición en el ínterin".

De las pruebas presentadas ante este Tribunal, la alimentación enteral implica una mínima invasión física, no causa dolor al paciente y, con un entrenamiento mínimo, dicha alimentación puede seguir siendo administrada por la familia o parientes del señor Lambert (y los demandantes se han ofrecido a realizarla) - aunque la mezcla de alimentos a administrar sigue siendo algo que debe prepararse en una clínica u hospital. En este sentido, la alimentación e hidratación enteral (independientemente de que por el momento se denomine "tratamiento" o "cuidados" o simplemente "alimentación") es totalmente proporcional a la situación en la que se encuentra Vincent Lambert. En este contexto, no somos conscientes, incluso después de escuchar las declaraciones relativas a este caso, sobre por qué el traslado de Vincent Lambert a una clínica especializada - el hogar de ancianos Bethel³ - donde puede ser atendido (aliviando así al Hospital Universitario de Reims de ese deber) ha sido bloqueado por las autoridades.

En otras palabras, Vincent Lambert está vivo y está siendo cuidado. También está siendo alimentado, y la comida y el agua son dos necesidades básicas para sustentar la vida y están íntimamente vinculadas a la dignidad humana. Este vínculo íntimo se ha

³ Véanse las observaciones de la asociación de terceros intervinientes Amrés-Bethel.



afirmado repetidamente en numerosos documentos internacionales⁴. Preguntamos, por lo tanto, ¿qué puede justificar que un Estado permita a un médico - el Dr. Kariger o, desde que renunció y abandonó el Hospital Universitario de Reims⁵, algún otro médico - en este caso no tanto para "desconectar" (Vincent Lambert no está en ninguna máquina de soporte vital) *como para retirar o interrumpir la alimentación e hidratación para, en efecto, matar de hambre a Vincent Lambert?* ¿Cuál es la imperiosa razón, en las circunstancias del presente caso, que justifica que el Estado no intervenga para proteger la vida? ¿Son consideraciones financieras? En este caso no se ha adelantado ninguna. ¿Es porque la persona tiene un dolor considerable? No hay evidencia al respecto. ¿Es porque la persona ya no es de mayor utilidad o importancia para la sociedad, de hecho ya no es una persona y solo tiene “vida biológica”?

5. Como ya se ha señalado, no hay una indicación clara o segura de cuáles son (o incluso fueron) realmente los deseos de Vincent Lambert con respecto a la continuación o no de su alimentación e hidratación en la situación en la que ahora se encuentra. Aunque era miembro de la profesión de enfermería antes del accidente que lo redujo a su estado actual, nunca formuló ninguna “directiva anticipada” ni nombró “una persona de confianza” a los efectos de las diversas disposiciones del Código de Salud Pública. El *Conseil d'État*, en su decisión de 24 de junio de 2014, dio demasiada importancia a las conversaciones evidentemente casuales que Vincent Lambert había tenido con su esposa (y aparentemente en una ocasión también con su hermano, Joseph Lambert) y llegó a la conclusión de que “[no se puede] considerar que el Dr. Kariger haya interpretado incorrectamente los deseos expresados por el paciente antes del accidente”⁶. En asuntos de tal gravedad, nada menos que la certeza absoluta debería haber sido suficiente. “Interpretar” *ex post facto* lo que las personas pueden haber dicho o no años antes (y cuando se encuentran en perfecto estado de salud) en conversaciones casuales claramente expone al sistema a graves arbitrariedades. Incluso si, por el bien de la argumentación, Vincent Lambert hubiera expresado la opinión de que se habría negado a ser mantenido

⁴ Basta referirse a la Observación general No. 12 y la Observación general No. 15 aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en sus períodos de sesiones vigésimo y vigésimo noveno, respectivamente.

⁵ Véanse las observaciones de las demandantes, apartado 164.

⁶ Véase el párrafo 30 de dicha decisión, citado en el párrafo 50 de la presente Sentencia.



en un estado de gran dependencia, tal declaración no ofrece, en nuestra opinión, un grado suficiente de certeza con respecto a su deseo de ser privado de comida y agua. Como señalan los demandantes en los párrafos 153 y 154 de sus observaciones, algo que nuevamente no ha sido negado ni contradecido por el Gobierno demandado:

“Si el Sr. Vincent Lambert realmente hubiera querido que su vida terminara, si realmente se hubiera 'rendido' psicológicamente, si realmente hubiera querido morir, [él] ya estaría muerto a estas alturas. No habría sobrevivido durante treinta y un días sin comida (entre la primera vez que se interrumpió su nutrición el 10 de abril de 2013 y la primera orden del Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne, de 11 de mayo de 2013, ordenando la reanudación de su nutrición) si algo dentro de él, una fuerza interior, no lo hubiera hecho luchar por mantenerse con vida. Nadie sabe qué es esta fuerza de vida. ¿Quizás, inconscientemente, es el hecho de que es padre y el deseo de ver a su hija? Quizás sea otra cosa. Lo que es innegable es que con sus acciones el Sr. Vincent Lambert ha demostrado una voluntad de vivir que sería un error ignorar.

Por el contrario, cualquier persona que trabaje con pacientes en un estado de alteración de su conciencia le dirá que una persona en su condición que renuncia a la vida muere en diez días. En el caso que nos ocupa, el Sr. Lambert sobrevivió durante treinta y un días sin alimentos y solo con 500 ml de líquido al día”.

Sin embargo, todo este énfasis en los presuntos deseos o intenciones de Vincent Lambert resta valor a otra cuestión importante, a saber, el hecho de que según la ley francesa aplicable en el presente caso, cuando un paciente está inconsciente y no ha emitido instrucciones anticipadas, sus deseos y las opiniones o deseos de su familia sólo complementan el análisis de lo que el médico a cargo del paciente percibe como una realidad médica. En otras palabras, los deseos del paciente, en tal situación, de ninguna manera determinan el resultado final. Los tres criterios establecidos en el artículo L. 1110-5 del Código de Salud Pública - inutilidad, desproporción y mantenimiento de la vida artificialmente - son los únicos criterios relevantes. Como ha señalado el *Conseil d'État*, cualquier deseo expresado por el paciente debe tenerse en cuenta y debe concederse especial importancia a dichos deseos (véanse los apartados 47 a 48 de la presente Sentencia), pero esos deseos nunca son decisivos. Es decir, una vez que el



médico responsable, como en el presente caso, ha decidido que se aplica el tercer criterio, la suerte está echada y el procedimiento colectivo es esencialmente una mera formalidad.

6. De ninguna manera se puede considerar que Vincent Lambert se encuentre en una situación de "fin de vida". Lamentablemente, pronto estará en esa situación, después de que la alimentación y la hidratación sean retiradas o interrumpidas. Las personas en una situación aún peor que Vincent Lambert no se encuentran en una condición inminentemente terminal (siempre que no exista otra patología concurrente). Su nutrición, independientemente de si se considera un tratamiento o un cuidado, tiene un propósito de sustento de la vida. Por tanto, sigue siendo un medio ordinario de sustento de la vida y, en principio, debería continuar.

7. Las cuestiones relativas al hecho de suplir la2 nutrición e hidratación suelen ser calificadas con el término "artificial" y esto, como ha ocurrido en este caso, conduce a una confusión innecesaria. Toda forma de alimentación, ya sea colocando un biberón en la boca del bebé o usando cubiertos en el refectorio para llevar la comida a la boca, es, hasta cierto punto, artificial, ya que la ingestión de la comida está mediada. Pero cuando se trata de un paciente en la condición de Vincent Lambert, la verdadera pregunta que debe hacerse (en el contexto de los conceptos de proporcionalidad y razonabilidad que sustentan la noción de las obligaciones positivas del Estado en virtud del artículo 2) es la siguiente: ¿es la hidratación y nutrición beneficiosa para la persona sin causar una carga indebida de dolor o sufrimiento o un gasto excesivo de recursos? Si la respuesta es sí, entonces existe la obligación positiva de preservar la vida. Si las cargas superan los beneficios, la obligación del Estado puede cesar, en los casos apropiados. En este contexto, agregaríamos, además, que el margen de apreciación de un Estado, al que se refiere el párrafo 148 de la presente Sentencia, no es ilimitado y, por amplio que sea, debe considerarse siempre a la luz de los valores que sustentan el Convención, la principal de las cuales es el valor de la vida.

El Tribunal ha señalado a menudo que el Convenio debe leerse en su conjunto (un principio al que se hace referencia en el párrafo 142) e interpretarse (y diríamos que también aplicarse) de manera que se promueva la coherencia y armonía internas entre sus diversas disposiciones y los diversos valores allí consagrados (véase, aunque en diferentes contextos, *Stec y otros contra el Reino Unido* (dec.) [GC], núms. 65731/01 y



65900/01, § 48, ECHR 2005-X, y *Austin y otros contra Reino Unido* [GC], núms. 39692/09, 40713/09 y 41008/09, § 54, TEDH 2012). Al evaluar este margen de apreciación en las circunstancias del presente caso y el método elegido por las autoridades francesas para "equilibrar" los intereses en conflicto, el Tribunal debería haber dado más peso al valor de la vida. También debe recordarse que no nos encontramos aquí en una situación en la que se pueda decir legítimamente que puede haber alguna duda sobre si existe o no vida o "vida humana" (como en los casos relacionados con la fertilidad y los embriones humanos – cuya cuestión es “cuándo comienza la vida humana”). Tampoco es un caso en el que haya alguna duda sobre si Vincent Lambert está vivo o no. En nuestra opinión, una persona en la condición de Vincent Lambert es una persona con una dignidad humana fundamental y, por lo tanto, de acuerdo con los principios que sustentan el artículo 2, debe recibir cuidados o tratamientos ordinarios y proporcionados que incluyen la administración de agua y alimentos.

8. Coincidimos con los demandantes en que la ley en cuestión carece de claridad⁷: sobre lo que es un trato ordinario y extraordinario, sobre lo que equivale a un ensañamiento terapéutico y, más críticamente, sobre lo que equivale a prolongar (o sostener) la vida artificialmente. Es cierto que corresponde ante todo a los tribunales nacionales interpretar y aplicar la ley, pero también nos queda claro que el *Conseil d'État*, en su sentencia de 24 de junio de 2014, adoptó acriticamente la interpretación del señor Leonetti y, además, resolvió superficialmente la cuestión de la compatibilidad del derecho interno con los artículos 2 y 8 de la Convención (véase párrafo 47 de la presente Sentencia), dando importancia únicamente al hecho de que “se había cumplido el procedimiento”. Es cierto que este Tribunal no debe actuar como un tribunal de cuarta instancia y que se debe respetar el principio de subsidiariedad, pero no hasta el punto de abstenerse de afirmar el valor de la vida y la dignidad inherente incluso a las personas que se encuentran en estado vegetativo, gravemente paralizado y que no puede comunicar sus deseos a los demás.

9. Estamos de acuerdo en que, conceptualmente, existe una distinción legítima entre la eutanasia y el suicidio asistido, por un lado, y la abstención terapéutica, por el otro. Sin

⁷ También hay un indicio de esto en el párrafo 56.



embargo, por la manera en que se ha interpretado el derecho interno y la forma en que se ha aplicado a los hechos del caso que se examina, discrepamos rotundamente de lo expresado en el párrafo 141 de la presente Sentencia. El caso ante este Tribunal es sobre eutanasia, aunque sea con un nombre diferente. En principio, nunca es aconsejable utilizar adjetivos o adverbios fuertes en los documentos judiciales, pero en el presente caso ciertamente es absolutamente contradictorio que el Gobierno demandado insista en que la ley francesa prohíbe la eutanasia y que, por lo tanto, la eutanasia no entra en la ecuación en este caso. No podemos sostener lo contrario cuando está claro que los criterios de la Ley Leonetti, interpretados por el más alto tribunal administrativo, cuando se aplican a una persona inconsciente y sometida a un "tratamiento" que no es realmente terapéutico sino simplemente una cuestión de cuidados de enfermería, en realidad da lugar a una muerte precipitada que de otro modo no ocurriría en el futuro previsible.

10. Se informa que el relator público ante el *Conseil d'État* (en los párrafos 31 y 122 de la presente Sentencia) dijo (citando al Ministro de Salud mientras se estaba aprobando el Proyecto de Ley Leonetti en el Senado) que "mientras el acto de retirar el tratamiento ... resulte en la muerte, la intención detrás del acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es particularmente importante para el personal de atención, cuya función no es quitar la vida". Tanto el *Conseil d'État* como este Tribunal han hablado mucho de esta declaración. No compartimos su opinión. Aparte del hecho de que, como ya hemos dicho, no hay evidencia en el presente caso de que el señor Lambert esté sufriendo de alguna manera, esa afirmación sería correcta si, y solo si, se hiciera una distinción adecuada entre atención ordinaria (o tratamiento) y cuidados (o tratamientos) extraordinarios. Alimentar a una persona, incluso por vía enteral, es un acto de cuidado ordinario, y al interrumpir o retirar alimentos y agua se produce inevitablemente la muerte (que de otro modo no habría ocurrido en el futuro previsible). Uno puede no querer la muerte del sujeto en cuestión, pero al querer el acto u omisión que uno sabe que con toda probabilidad conducirá a esa muerte, uno realmente tiene la intención de matar a ese sujeto de todos modos. Después de todo, ésta es toda la noción de intención indirecta positiva como una de las dos ramas de la noción de *dolus* en el derecho penal.

11. En 2010, para conmemorar su 50º aniversario, el Tribunal aceptó el título de *La Conciencia de Europa* al publicar un libro con ese mismo título. Suponiendo, en aras del



MINISTERIO
DE JUSTICIA

argumento, que una institución, a diferencia de los individuos que la integran, puede tener conciencia, dicha conciencia no solo debe estar bien informada, sino que también debe sustentarse en altos valores morales o éticos. Estos valores deben ser siempre la guía, independientemente del “debate jurídico” que pueda producirse durante el curso del análisis de un caso. No basta con reconocer, como se hace en el párrafo 181 de la presente Sentencia, que un caso “se refiere a cuestiones médicas, legales y éticas de extrema complejidad”; es de la esencia misma de una conciencia, basada en la *recta ratio*, que se permita que las cuestiones éticas moldeen y orienten el razonamiento jurídico hacia su destino final adecuado. De eso se trata la conciencia. Lamentamos que el Tribunal, con esta sentencia, haya perdido el título antes mencionado.