

# EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

# GRAN CÁMARA

# **CASO LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA**

(Solicitud n° 46043/14)

# **SENTENCIA**

Esta versión fue rectificada el 25 de junio de 2015 en virtud del artículo 81 del Reglamento del Tribunal.

**ESTRASBURGO** 

5 de junio de 2015

Esta sentencia es firme.





### En el asunto Lambert y otros contra Francia,

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

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 Grițco,

Egidijus Kūris, Jueces, y

Erik Fribergh, Secretario,

Habiendo deliberado en privado los días 7 de enero y 23 de abril de 2015, Dicta la siguiente sentencia, adoptada en la fecha mencionada en último lugar:

### **PROCEDIMIENTO**

- 1. El asunto tiene su origen en una demanda (n.º 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 de las Libertades Fundamentales ("el Convenio") por cuatro nacionales 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 estuvieron representados por los Sres. J. Paillot, abogado en ejercicio en Estrasburgo, y 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 del Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional.
- 3. Los demandantes alegaron, en particular, que la retirada de la alimentación e hidratación artificiales a Vincent Lambert constituiría una violación de las obligaciones del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio, que constituiría un maltrato equivalente a tortura en el sentido del artículo 3 del Convenio y que, por lo tanto, la retirada de la alimentación e hidratación artificiales a Vincent Lambert constituiría una violación de las obligaciones del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio.



Convención y atentaría contra su integridad física, infringiendo el artículo 8 de la Convención.

- 4. La demanda fue atribuida a la Sección Quinta del Tribunal (artículo 52 § 1 del Reglamento del Tribunal). El 24 de junio de 2014, la Sala correspondiente decidió aplicar la regla 39, notificar la demanda al Gobierno y concederle prioridad.
- 5. El 4 de noviembre de 2014, una Sala de la Sección Quinta integrada 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 Sección, renunció a su competencia en favor de la Gran Sala, sin que ninguna de las partes se opusiera a la renuncia (artículo 30 del Convenio y regla 72).
- 6. La composición de la Gran Sala se determinó con arreglo a lo dispuesto en los apartados 4 y 5 del artículo 26 del Convenio y en el artículo 24 del Reglamento.
- 7. Los demandantes y el Gobierno presentaron sendas observaciones sobre la admisibilidad y el fondo del asunto.
- 8. También se recibieron observaciones de Rachel Lambert, François Lambert y Marie-Geneviève Lambert, esposa, sobrino y hermanastra respectivamente de Vincent Lambert, y de la Unión Nacional de Asociaciones de Familias de Víctimas de Daño Craneal y Cerebral, la asociación Amréso-Bethel y la Clínica de Derechos Humanos del Instituto Internacional de Derechos Humanos, a todos los cuales el Presidente había autorizado a intervenir como terceros en el procedimiento escrito (artículo 36 § 2 del Convenio y artículo 44 § 3 (a)). Rachel Lambert, François Lambert y Marie-Geneviève Lambert también fueron admitidos a participar en la vista.
- 9. El 7 de enero de 2015 se celebró una audiencia pública en el Edificio de Derechos Humanos de Estrasburgo (artículo 59 § 3).

### Compareció ante el Tribunal:

### (a) para el Gobierno

Sr. F. ALABRUNE, Director de Asuntos Jurídicos, Ministerio de Asuntos Exteriores e Internacionales. Desarrollo,

Agente,

Sra. E. JUNG, Oficial de Redacción, Sección de Derechos Humanos, Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional, Sr. R. FÉRAL, Oficial de Redacción, Sección de Derechos Humanos, Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional, Sra. S. RIDEAU, Asesora, Dirección de Asuntos Jurídicos, Ministerio de Asuntos Sociales, Sanidad y Derechos de la Mujer,



Sra. I. ERNY, Consejera Jurídica, División de Derechos de los Usuarios, Asuntos Jurídicos y Éticos, Ministerio de Asuntos Sociales, Sanidad y Derechos de la Mujer, Sra. P. ROUAULT-CHALIER, Directora Adjunta de Contencioso y Asuntos Jurídicos, Ministerio de Justicia,

Sra. M. LAMBLING, Redactora, Individual

Oficina de Derechos y Derecho de Familia, Ministerio de Justicia,

Asesores;

(b) para los solicitantes

Sr. J. PAILLOT, abogado,

Sr. J. TRIOMPHE, abogado,

abogado,

Sr. G. PUPPINCK,

Prof.X.

DUCROCQ,

DrB . JEANBLANC,

Asesores;

(c) en nombre de Rachel Lambert, tercero coadyuvante

MrL . PETTITI, abogado,

abogado,

Dr OPORTUS,

Dr SIMON,

Asesores;

(d) en nombre de François y Marie-Geneviève

Lambert, terceros coadyuvantes

MrM. MUNIER-APAIRE, miembro del

Conseil d'État y el Colegio de Abogados del Tribunal de Casación,

MrB . LORIT, abogado,

asesores.

También asistieron los demandantes, a excepción del primer demandante, así como Rachel Lambert, François Lambert y Marie-Geneviève Lambert, terceros coadyuvantes.

El Tribunal escuchó las intervenciones de los Sres. Alabrune, Paillot, Triomphe, Munier-Apaire y 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 respectivamente en 1929 y 1945 y residentes en Reims, el Sr. David Philippon, nacido en 1971 y residente en Mourmelon, y la Sra. Anne Tuarze, nacida en 1978 y residente en Reims.

4

vive en Milizac. Son padres, medio hermano y hermana respectivamente de Vincent Lambert, nacido el 20 de septiembre de 1976.

- 11. Vincent Lambert sufrió graves lesiones en la cabeza en un accidente de tráfico el 29 de septiembre de 2008, que le dejaron tetrapléjico y en estado de dependencia total. Según el informe médico pericial encargado por el *Conseil d'État* el 14 de febrero de 2014, se encuentra en estado vegetativo crónico (véase el apartado 40 infra).
- 12. De septiembre de 2008 a 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 presta cuidados de seguimiento y rehabilitación a pacientes en estado vegetativo o mínimamente conscientes, donde permanece hasta la fecha. La unidad tiene capacidad para ocho pacientes. Vincent Lambert recibe nutrición e hidratación artificial 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 Lieja, el Coma Science Group, que concluyó que se encontraba en un estado neurovegetativo crónico caracterizado como "mínimamente consciente plus". Siguiendo las recomendaciones del Grupo de Ciencias del Coma, recibió sesiones diarias de fisioterapia desde septiembre de 2011 hasta finales de octubre de 2012, que no dieron ningún resultado. También recibió ochenta y siete sesiones de logopedia entre marzo y septiembre de 2012, en un intento infructuoso de establecer un código de comunicación. 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 relacionadas con el final de la vida

- 14. Como los cuidadores de Vincent Lambert habían observado en 2012 signos crecientes de lo que creían que era resistencia por su parte a los cuidados diarios, el equipo médico inició a principios de 2013 el procedimiento colectivo previsto por la Ley de 22 de abril de 2005 sobre los derechos de los pacientes y las cuestiones relacionadas con el final de la vida (la llamada "Ley Leonetti" véase el párrafo 54 más adelante). Rachel Lambert, esposa del paciente, participó en el procedimiento.
- 15. El procedimiento desembocó en la decisión del Dr. Kariger, médico responsable de Vincent Lambert y jefe del departamento en el que está hospitalizado, de retirar la alimentación del paciente y reducir su hidratación. La decisión se hizo efectiva el 10 de abril de 2013.

#### B. Requerimiento judicial de 11 de mayo de 2013

16. El 9 de mayo de 2013, los demandantes se dirigieron al juez de medidas urgentes del Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne basándose en los siguientes argumentos



- Artículo L. 521-2 del Código de los Tribunales Administrativos (demanda urgente de protección de una libertad fundamental (*référé liberté*)), que tiene por objeto que se ordene al hospital, bajo pena de multa coercitiva, reanudar la alimentación e hidratación normales de Vincent Lambert y prestarle los cuidados que requiera su estado.
- 17. En un auto fechado el 11 de mayo de 2013, el juez de medidas urgentes accedió a sus peticiones. El juez consideró que, dado que Vincent Lambert no había formulado 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 que esta estaba dividida en cuanto a lo que debía ser del paciente. El juez señaló que, si bien la esposa de Vincent Lambert había participado en el procedimiento, del examen del caso se desprendía claramente que sus padres no habían sido informados de que se había aplicado, y que la decisión de retirar la alimentación y limitar la hidratación, cuya naturaleza y motivos no se les habían comunicado, no había respetado sus deseos.
- 18. En consecuencia, el juez consideró que estos vicios de procedimiento constituían una violación grave y manifiestamente ilícita de una libertad fundamental, a saber, el derecho al respeto de la vida, y ordenó al hospital que reanudara la alimentación e hidratación normales de Vincent Lambert y que le prestara los cuidados que su estado requiriera.

# 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, tres de ellos ajenos al hospital (un neurólogo, un cardiólogo y un anestesista con experiencia en medicina paliativa) elegidos respectivamente por los padres de Vincent Lambert, su esposa y el equipo médico. También tuvo en cuenta una contribución escrita de un médico responsable de un centro especializado de cuidados prolongados dentro de una residencia de ancianos.
- 20. El Dr. Kariger también 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 se pronunciaron a favor de la interrupción de la alimentación e hidratación artificiales, mientras que los demandantes se mostraron a favor de su continuación.
- 21. El 9 de diciembre de 2013 el Dr. Kariger convocó a una reunión a todos los médicos y a casi todos los miembros del equipo asistencial. Tras esa reunión, el Dr. Kariger y cinco de los seis médicos consultados se declararon favorables a la retirada del tratamiento.
- 22. Al término del procedimiento de consulta, el Dr. Kariger anunció el 11 de enero de 2014 su intención de interrumpir la alimentación e hidratación artificiales el 13 de enero, a reserva de un recurso ante el tribunal administrativo. Su decisión, que constaba de un informe motivado de trece páginas, un



El informe médico, cuyo resumen de siete páginas fue leído a la familia, observaba en particular que el estado de Vincent Lambert se caracterizaba por lesiones cerebrales irreversibles y que el tratamiento parecía inútil y desproporcionado y no tenía otro efecto que mantener la vida artificialmente. Según el informe, el médico no tenía ninguna duda de que Vincent Lambert no había deseado, antes de su accidente, vivir en tales condiciones. El Dr. Kariger concluyó que prolongar la vida del paciente continuando su nutrición e hidratación artificiales equivalía a una obstinación irrazonable.

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

- 23. El 13 de enero de 2014, los demandantes presentaron ante el Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne una nueva demanda urgente de protección de una libertad fundamental, con arreglo al artículo L. 521-2 del Código de los Tribunales Administrativos, solicitando que se prohibiera al hospital y al médico en cuestión retirar la alimentación y la hidratación a Vincent Lambert, y que se ordenara su traslado inmediato a un centro especializado de cuidados prolongados en Oberhausbergen, gestionado por la asociación Amréso-Bethel (véase el apartado 8 supra). Rachel Lambert y François Lambert, sobrino de Vincent Lambert, intervinieron en el procedimiento en calidad de terceros.
- 24. El Tribunal Administrativo, reunido en pleno de nueve jueces, celebró una vista el 15 de enero de 2014. En sentencia de 16 de enero de 2014, suspendió la ejecución de la resolución del Dr. Kariger de 11 de enero de 2014.
- 25. El Tribunal Administrativo comenzó observando que el artículo 2 del Convenio no impedía a los Estados adoptar disposiciones para que los particulares pudieran oponerse a un tratamiento potencialmente prolongador de la vida, o para que el médico encargado de un paciente que no pudiera expresar su voluntad y cuyo tratamiento el médico considerara, tras aplicar una serie de salvaguardias, que equivalía a una obstinación irrazonable, pudiera retirarle dicho tratamiento, bajo la supervisión del Consejo Médico, del comité de ética del hospital, en su caso, y de los tribunales administrativos y penales.
- 26. A continuación, el Tribunal Administrativo consideró que de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública, en su versión modificada a raíz de la Ley Leonetti y dilucidada por los trabajos parlamentarios, se desprendía claramente que la nutrición y la hidratación enterales artificiales -que estaban sujetas, al igual que los medicamentos, al monopolio de distribución de las farmacias, estaban destinadas a suministrar nutrientes específicos a los pacientes con disfunciones y cuya administración requería el recurso a técnicas invasivas- constituían una forma de tratamiento.
- 27. Observando que la decisión del Dr. Kariger se había basado en el deseo aparentemente expresado por Vincent Lambert de no ser mantenido con vida en estado de gran dependencia, y que éste no había redactado ninguna instrucción anticipada ni designado a 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, con independencia de su experiencia profesional con pacientes en una situación similar. El tribunal consideró además que el hecho de que Vincent Lambert hubiera tenido una relación conflictiva con sus padres, ya que no compartía sus valores morales ni su compromiso religioso, no permitía considerar que hubiera expresado una voluntad clara de rechazar toda forma de tratamiento, y añadió que de su aparente resistencia a los cuidados dispensados no podía extraerse ninguna conclusión inequívoca sobre su deseo o no de ser mantenido con vida. El Tribunal Administrativo consideró que el Dr. Kariger había apreciado erróneamente la voluntad de Vincent Lambert.

28. El Tribunal Administrativo señaló asimismo que, según el informe elaborado en 2011 por el Hospital Universitario de Lieja (véase el apartado 13 supra), Vincent Lambert se encontraba en un estado de consciencia mínima, lo que implicaba la presencia continuada de percepción emocional y la existencia de posibles respuestas a su entorno. Por consiguiente, la administración de alimentación e hidratación artificiales no tenía por objeto mantenerle artificialmente con vida. Por último, el tribunal consideró que, en la medida en que el tratamiento no le causaba estrés ni sufrimiento, no podía calificarse de fútil o desproporcionado. Por tanto, consideró que la decisión del Dr. Kariger había constituido una violación grave y manifiestamente ilegal del derecho a la vida de Vincent Lambert. Dictó una orden de suspensión de la ejecución de la decisión, rechazando al mismo tiempo la solicitud de traslado del paciente al centro especializado de cuidados prolongados de Oberhausbergen.

### E. Sentencia 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 recurrieron dicha sentencia ante el juez de apelaciones urgentes del *Conseil d'État*. Los demandantes interpusieron un recurso cruzado, solicitando el traslado inmediato de Vincent Lambert al centro especializado de cuidados prolongados. La Unión Nacional de Asociaciones de Familias de Víctimas de Traumatismos Craneales y Daño Cerebral (UNAFTC, véase el apartado 8 supra) solicitó intervenir como tercero.
- 30. En la vista sobre la solicitud urgente celebrada el 6 de febrero de 2014, el Presidente de la Sala Judicial del *Conseil d'État* decidió remitir el caso al pleno del tribunal, reunido en Asamblea Judicial de diecisiete miembros.
- 31. La vista ante el pleno tuvo lugar el 13 de febrero de 2014. En sus alegaciones ante el *Conseil d'État*, el ponente público citó, *entre otras cosas*, las observaciones formuladas por el Ministro de Sanidad a los miembros del Senado que examinaban el proyecto de ley conocido como "proyecto Leonetti":

8

"Aunque el acto de retirar el tratamiento... provoca la muerte, la intención que subyace al acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es especialmente importante para el personal asistencial, cuya función no es quitar la vida".

32. El Conseil d'État dictó sentencia el 14 de febrero de 2014. Tras adherirse a las demandas y admitir la intervención de la UNAFTC, el Conseil d'État definió en los siguientes términos el papel del juez de urgencia llamado a pronunciarse sobre la base del artículo L. 521-2 del Código de la jurisdicción contencioso-administrativa.

"En virtud del [artículo L. 521-2], el juez de lo contencioso-administrativo, cuando conoce de una demanda de este tipo justificada por una urgencia particular, puede ordenar todas las medidas necesarias para salvaguardar una libertad fundamental supuestamente violada de manera grave y manifiestamente ilegal por una autoridad administrativa. Estas disposiciones legislativas confieren al juez de urgencia, que normalmente decide solo y que ordena medidas de carácter provisional de conformidad con el artículo

L. 511-1 del Código de los Tribunales Administrativos, la facultad de ordenar, sin demora y sobre la base de una prueba "clara y evidente", las medidas necesarias para proteger las libertades fundamentales.

No obstante, el juez de medidas urgentes deberá ejercer sus competencias de manera particular cuando conozca de una demanda en virtud del artículo L. 521-2... relativa a una decisión adoptada por un médico sobre la base del Código de la Salud Pública, que supondría la interrupción o la suspensión de un tratamiento por obstinación irrazonable y cuya ejecución causaría un perjuicio irreversible a la vida. En tales circunstancias, el juez, en su caso como miembro de un colegio de jueces, debe adoptar las medidas cautelares necesarias para impedir que se ejecute la decisión en cuestión cuando ésta no pueda ampararse en uno de los supuestos previstos por la ley, manteniendo al mismo tiempo un equilibrio entre las libertades fundamentales en cuestión, a saber, el derecho al respeto de la vida y el derecho del paciente a consentir un tratamiento médico y a no someterse a un tratamiento que sea resultado de una obstinación irrazonable. En tal caso, el juez de medidas urgentes o el tribunal al que haya remitido el asunto podrá, según proceda, tras suspender provisionalmente la ejecución de la medida y antes de pronunciarse sobre la demanda, ordenar un informe médico pericial y, en aplicación del artículo R. 625-3 del Código de la jurisdicción contencioso-administrativa, recabar la opinión de cualquier persona cuya experiencia o conocimientos puedan informar útilmente la decisión del tribunal".

33. El Conseil d'État consideró 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 de los procedimientos parlamentarios se desprendía claramente que las disposiciones en cuestión tenían un alcance general y se aplicaban a Vincent Lambert al igual que a todos los usuarios del servicio sanitario. El Conseil d'État declaró lo siguiente.

"De estas disposiciones se desprende que cada persona debe recibir los cuidados más adecuados a su estado y que los actos preventivos o exploratorios realizados y los cuidados administrados no deben someter al paciente a riesgos desproporcionados en relación con los beneficios previstos. Dichos actos no deben proseguirse con obstinación irrazonable y pueden interrumpirse o retenerse cuando parezcan fútiles o desproporcionados o no tengan otro efecto que mantener artificialmente la vida, tanto si el paciente se encuentra en una situación terminal como si no. Cuando el paciente no pueda expresar sus deseos, el médico no podrá tomar la decisión de limitar o retirar el tratamiento basándose en que su continuación supondría una obstinación irrazonable,



cuando tal medida pueda poner en peligro la vida del paciente, sin que se haya seguido el procedimiento colectivo definido en el Código de Deontología Médica y las normas de consulta establecidas en el Código de Salud Pública. Si el médico toma una decisión de este tipo, debe en cualquier caso preservar la dignidad del paciente y dispensarle cuidados paliativos.

Por otra parte, de las disposiciones de los artículos L. 1110-5 y L. 1111-4 del Código de la Salud Pública, tal y como se desprende de los trabajos parlamentarios previos a la aprobación de la Ley de 22 de abril de 2005, se desprende que el legislador ha querido incluir entre las formas de tratamiento que pueden limitarse o retirarse por obstinación irrazonable todos los actos que tienen por objeto mantener artificialmente las funciones vitales del paciente. La alimentación y la hidratación artificiales entran en esta categoría de actos y, por consiguiente, pueden retirarse cuando su continuación suponga una obstinación irrazonable."

- 34. A continuación, el *Conseil d'État* consideró que su misión consistía en cerciorarse, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso, de que se cumplían los requisitos legales de toda decisión de retirada de un tratamiento cuya continuación constituyera una obstinación irrazonable. Para ello, debía disponer de la información más completa posible, en particular sobre el estado de salud de Vincent Lambert. En consecuencia, consideró necesario, antes de pronunciarse sobre la demanda, ordenar la elaboración de un informe médico pericial por parte de facultativos de reconocida experiencia en neurociencias. Los expertos -que actuaron de forma independiente y colectiva, tras examinar al paciente, entrevistarse con el equipo médico y el personal sanitario y familiarizarse con todo el expediente médico del paciente- debían emitir su dictamen sobre el estado actual de Vincent Lambert y facilitar al *Conseil d'État* toda la información pertinente sobre las perspectivas de cambio.
- 35. El Conseil d'État decidió confiar el informe pericial a un panel de tres médicos nombrados por el Presidente de la División Judicial a propuesta, respectivamente, del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, del Presidente del Comité Consultivo Nacional de Deontología y del Presidente del Consejo Médico Nacional. El mandato del grupo de expertos, que debía presentar un informe en un plazo de dos meses a partir de su constitución, era el siguiente.
  - "i) Describir el estado clínico actual del Sr. Lambert y cómo ha cambiado desde la revisión realizada en julio de 2011 por el Grupo de Ciencias del Coma del Hospital Universitario de Lieja;
  - (ii) Emitir 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 le rodean;
  - (iv) Evaluar si existen indicios que sugieran en el momento actual que el Sr. Lambert reacciona a los cuidados que se le dispensan y, en caso afirmativo, si esas reacciones pueden interpretarse como un rechazo de dichos cuidados, como sufrimiento, como un deseo de que se retire el tratamiento de mantenimiento de la vida o, por el contrario, como un deseo de que continúe el tratamiento."



- 36. El Conseil d'État también consideró necesario, en vista de la magnitud 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 los Tribunales Administrativos, solicitar a la Academia Nacional de Medicina, al Comité Consultivo Nacional de Deontología y al Consejo Médico Nacional, así como al Sr. Jean Leonetti, ponente de la Ley de 22 de abril de 2005, que le presentaran, antes de finales de abril de 2014, observaciones generales escritas destinadas a aclararle la aplicación de los conceptos de obstinación irrazonable y de mantenimiento artificial de la vida a efectos del artículo L. 1110-5, con especial atención a las personas que, como Vincent Lambert, se encontraban en un estado de consciencia mínima.
- 37. Por último, el *Conseil d'État* desestimó la solicitud de los demandantes de que Vincent Lambert fuera trasladado a un centro especializado de cuidados prolongados (véase el apartado 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 Grupo Científico del Coma de Lieja (véase el apartado 13 supra), el expediente de tratamiento y el expediente administrativo, y tuvieron acceso a todas las pruebas de diagnóstico por imagen. También consultaron todos los elementos del expediente judicial pertinentes 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 consultores médicos y los representantes de la UNAFTC y del 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 que formularan sus observaciones. Su informe final, presentado el 26 de mayo de 2014, ofrecía 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 expertos consideraron que el estado clínico de Vincent Lambert correspondía a un estado vegetativo, sin signos que indicaran un estado de mínima conciencia. Además, subrayaron que tenía dificultades para tragar y presentaba graves alteraciones de las funciones motoras de las cuatro extremidades, con una importante retracción de los tendones. Señalaron que su estado de conciencia se había deteriorado desde la evaluación realizada en Lieja en 2011.

#### (b) Carácter irreversible del daño cerebral y pronóstico clínico

41. Los expertos señalaron que los dos factores principales que debían tenerse 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 el presente caso, observaron que habían transcurrido cinco años y medio desde el traumatismo craneoencefálico inicial y que las pruebas de imagen mostraban una atrofia cerebral grave que atestiguaba la pérdida permanente de neuronas, la destrucción casi total de regiones estratégicas como ambas partes del tálamo y la parte superior del tronco encefálico, y graves daños en las vías de comunicación del cerebro. Concluyeron que el daño cerebral era irreversible. Añadieron que el largo periodo de progresión, el deterioro clínico del paciente desde julio de 2011, su actual estado vegetativo, la naturaleza destructiva y la extensión del daño cerebral y los resultados de las pruebas funcionales, junto con la gravedad del deterioro motor de las cuatro extremidades, apuntaban a un mal pronóstico clínico.

#### (c) La capacidad de Vincent Lambert para comunicarse con los que le rodean

42. A la vista de las pruebas realizadas, y en particular teniendo en cuenta que el curso de logopedia realizado 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 las personas de su entorno.

# (d) Existencia de indicios que sugieren que Vincent Lambert reaccionó a la atención prestada, e interpretación de dichos indicios.

43. Los peritos observaron que Vincent Lambert reaccionó a los cuidados prestados y a los estímulos dolorosos, pero concluyeron que se trataba de respuestas no conscientes. En su opinión, no era posible interpretarlas como un conocimiento consciente del sufrimiento o como la expresión de cualquier intención o deseo con respecto a la retirada o 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, ponente de la Ley de 22 de abril de 2005, de la Academia Nacional de Medicina y del Comité Consultivo Nacional de Ética.

El Consejo Médico Nacional precisó en particular que, al utilizar la expresión "sin otro efecto que mantener artificialmente la vida" en el artículo L. 1110-5 del Código de Salud Pública, el legislador había querido abordar la situación de los pacientes que no sólo se mantenían con vida únicamente mediante el uso de métodos y técnicas que sustituían funciones vitales esenciales, sino también, y sobre todo, cuyas funciones cognitivas y relacionales estaban profunda e irreversiblemente deterioradas. Subrayaba la importancia de la noción de temporalidad, haciendo hincapié en que cuando un estado patológico se había cronificado, provocando el deterioro fisiológico de la persona y la pérdida de sus facultades cognitivas y relacionales, la obstinación en administrar



El tratamiento podría considerarse poco razonable si no se apreciaran signos de mejoría.

El Sr. Leonetti subraya que la Ley de 22 de abril de 2005 es aplicable a los pacientes que sufren lesiones cerebrales y, por tanto, padecen una enfermedad grave que, en estado avanzado, es incurable, pero que no se encuentran 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 irrazonable y los factores utilizados para evaluarla y declaró que la referencia al tratamiento que no tiene "otro efecto que mantener la vida artificialmente", que era más estricta que la redacción originalmente prevista (a saber, el tratamiento "que prolonga la vida artificialmente") era más restrictiva y se refería a mantener la vida artificialmente "en el sentido puramente biológico, en circunstancias en las que, en primer lugar, el paciente tiene un dano cerebral irreversible importante y, en segundo lugar, su estado no ofrece ninguna perspectiva de retorno a la conciencia de sí mismo o a las relaciones con los demás". Recuerda que la Ley de 22 de abril de 2005 atribuye al médico la responsabilidad exclusiva de la decisión de retirar el tratamiento y que se ha decidido no transmitir esta responsabilidad a la familia, para evitar cualquier sentimiento de culpabilidad y garantizar la identificación de la persona que ha tomado la decisión.

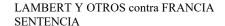
La Academia Nacional de Medicina reiteró la prohibición fundamental que prohíbe a los médicos acabar deliberadamente con la vida de otra persona, que constituye la base de la relación de confianza entre médico y paciente. La Academia reiteró su posición de siempre, según la cual la Ley Leonetti es aplicable no sólo a las diversas situaciones de "final de la vida", sino también a las situaciones que plantean la muy difícil cuestión ética del "final de la vida" en el caso de pacientes en modo de "supervivencia", en estado de mínima conciencia o vegetativo crónico.

El Comité Consultivo Nacional de Ética analizó en profundidad las dificultades en torno a las nociones de obstinación irrazonable, tratamiento y mantenimiento artificial de la vida, resumió los datos médicos relativos a los estados de mínima conciencia y abordó las cuestiones éticas que plantean estas situaciones. Recomendó, en particular, un proceso de reflexión destinado a garantizar que los debates colectivos condujeran a un auténtico proceso de toma de decisiones colectiva y que, cuando no se pudiera alcanzar un consenso, existiera la posibilidad de una 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 ponente público destacó, en particular, lo siguiente:

... [E]l legislador no deseaba imponer a los profesionales de la asistencia la carga de salvar la distancia que existe entre dejar que la muerte siga su curso cuando ya no puede evitarse y provocar activamente la muerte administrando un...".



sustancia letal. Al interrumpir el tratamiento, el médico no está quitando la vida al paciente, sino que resuelve retirarse cuando ya no hay nada que hacer".

El Conseil d'État dictó sentencia el 24 de junio de 2014. Tras admitir la intervención en calidad de tercero de Marie-Geneviève Lambert, hermanastra de Vincent Lambert, y reiterar las disposiciones pertinentes del Derecho interno comentadas y dilucidadas en las observaciones generales recibidas, el Conseil d'État examinó sucesivamente 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 lo contencioso-administrativo debía conocer de una demanda con arreglo al artículo L. 521-2 del Código de los Tribunales Administrativos (solicitud urgente de protección de una libertad fundamental) relativa a una decisión adoptada por un médico en virtud del Código de Salud Pública que daría lugar a la interrupción o la suspensión de un tratamiento por obstinación irrazonable, y cuya ejecución causaría un daño irreversible a la vida, el juez estaba obligado a examinar cualquier alegación de que las disposiciones en cuestión eran incompatibles con el Convenio (véase el apartado 32 supra).
- 47. En el asunto que se le sometió, 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 definen un marco jurídico que reafirma el derecho de toda persona a recibir los cuidados más apropiados, el derecho a que se respete su voluntad de rechazar cualquier tratamiento y el derecho a no someterse a un tratamiento médico resultante de una obstinación irrazonable. Estas disposiciones no permiten a un médico tomar una decisión que ponga en peligro la vida de una persona incapaz de expresar su voluntad de limitar o retirar el tratamiento, salvo con la doble y estricta condición de que la continuación de dicho tratamiento suponga una obstinación irrazonable y de que se respeten las garantías exigidas, 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, a la familia o a otra persona cercana al paciente. Cualquier decisión de este tipo por parte de un médico puede recurrirse ante los tribunales para que se revise el cumplimiento de las condiciones establecidas por la ley.

Por lo tanto, las disposiciones controvertidas del Código de Salud Pública, consideradas en su conjunto, habida cuenta de su finalidad y de las condiciones que conlleva su aplicación, no pueden considerarse incompatibles con las exigencias del artículo 2 del Convenio ... ni con las del artículo 8...".

El Conseil d'État también rechazó los argumentos de los 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 derivado del artículo 6, y que el artículo 7, que se aplicaba a las condenas penales, no era pertinente en el caso que se le había sometido.

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

"Aunque la alimentación y la hidratación artificiales figuren entre las formas de tratamiento que pueden retirarse en los casos en que su continuación equivalga a una obstinación irrazonable, el solo hecho de que una persona se encuentre en un estado irreversible de inconsciencia o, *a fortiori*, haya perdido su autonomía de manera irreversible y dependa, por tanto, de tal forma...".



de nutrición e hidratación, no equivale por sí misma a una situación en la que la continuación del tratamiento parezca injustificada por motivos de obstinación irrazonable.

Para valorar si se cumplen las condiciones para la retirada de la alimentación e hidratación artificiales en el caso de un paciente con daño cerebral grave, cualquiera que sea su causa, que se encuentra en estado vegetativo o de consciencia mínima y que, por tanto, no puede expresar su voluntad, y que depende de dicha alimentación e hidratación como medio de soporte vital, el médico responsable del paciente debe basar su decisión en una serie de factores médicos y no médicos cuyo peso relativo no puede determinarse de antemano, sino que dependerá de las circunstancias de cada paciente, de modo que el médico debe valorar cada situación por sí misma. Además de los factores médicos -que deben abarcar un período suficientemente largo, evaluarse colectivamente y referirse en particular al estado actual del paciente, a la evolución de dicho estado desde que se produjo el accidente o la enfermedad, a su grado de sufrimiento y al pronóstico clínico-, el médico debe conceder especial importancia a los deseos que el paciente haya podido expresar anteriormente, cualquiera que sea su forma o tenor. A este respecto, cuando no se conozcan dichos deseos, no puede considerarse que consistan en una negativa del paciente a que se le mantenga con vida en las condiciones actuales. El médico también debe tener en cuenta la opinión 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, tratando de establecer un consenso. Al evaluar la situación particular del paciente, el médico debe guiarse ante todo por la preocupación de actuar con la máxima beneficencia hacia el paciente..."

49. A continuación, el *Conseil d'État* consideró que le correspondía comprobar, a la luz de todas las circunstancias del caso y de los elementos aportados en el marco del procedimiento contradictorio del que conocía, en particular el informe médico pericial, si la decisión adoptada por el Dr. Kariger el 11 de enero de 2014 había respetado los requisitos legales impuestos a toda decisión de retirada de un tratamiento cuya continuación equivaldría a una obstinación irrazonable.

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

"En primer lugar, del examen del asunto se desprende que el procedimiento colectivo llevado a cabo por el Dr. Kariger [...], previo a la adopción de la decisión de 11 de enero de 2014, se realizó de conformidad con las exigencias del artículo R. 4127-37 del Código de Salud Pública e implicó la consulta de seis médicos, aunque dicho artículo se limita a exigir que se recabe la opinión de un médico y, en su caso, de un segundo. El Dr. Kariger no estaba jurídicamente obligado a permitir que a 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. Del examen del caso tampoco se desprende que algunos miembros del equipo asistencial fueran deliberadamente excluidos de esa reunión. Además, el Dr. Kariger tenía derecho a hablar con el Sr. François Lambert, sobrino del paciente. El hecho de que el Dr. Kariger se opusiera a una solicitud de que se retirara del caso del Sr. Lambert y de que el paciente fuera trasladado a otro establecimiento, y el hecho de que expresara públicamente su opinión, no suponen, habida cuenta de todas las circunstancias del presente asunto, un incumplimiento de las obligaciones implícitas en el principio de imparcialidad, que el Dr. Kariger respetó. Por consiguiente, contrariamente a 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 estuvo viciado por ninguna irregularidad.



En segundo lugar, las conclusiones de los expertos indican que "el estado clínico actual del Sr. Lambert corresponde a un estado vegetativo", con "dificultades para deglutir, graves alteraciones motoras de las cuatro extremidades, algunos signos de disfunción del tronco encefálico" y "capacidad continua para respirar sin ayuda". Los resultados de las pruebas realizadas del 7 al 11 de abril de 2014 para evaluar la estructura y función cerebral del paciente [...] resultaron ser coherentes con dicho estado vegetativo". Los expertos consideraron que la evolución clínica, caracterizada por la desaparición de las fluctuaciones del estado de conciencia del Sr. Lambert registradas durante la evaluación realizada en julio de 2011 por el Grupo Científico del Coma del Hospital Universitario de Lieja y por el fracaso de las terapias activas recomendadas en el momento de dicha evaluación, eran indicativas de "un deterioro del estado de conciencia [del paciente] desde entonces".

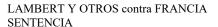
Además, según las conclusiones del informe de los expertos, las pruebas exploratorias realizadas revelaron lesiones cerebrales graves y extensas, que se manifestaban, en particular, por una "alteración grave de la estructura y el metabolismo de las regiones subcorticales de importancia crucial para la función cognitiva" y una "disfunción estructural importante de las vías de comunicación entre las regiones del cerebro implicadas en la conciencia". La gravedad de la atrofia cerebral y de los daños observados, unida al periodo de cinco años y medio transcurrido desde el accidente inicial, llevó a los expertos a concluir que los daños cerebrales eran irreversibles.

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

Por último, si bien señalaron que el Sr. Lambert era capaz de reaccionar a los cuidados administrados y a determinados estímulos, los peritos indicaron que las características de dichas reacciones sugerían que se trataba de respuestas no conscientes. Los peritos no consideraron posible interpretar estas reacciones comportamentales como la prueba de una "conciencia de sufrimiento" o como la expresión de una intención o de un deseo con respecto a la retirada o a la continuación del tratamiento que mantenía con vida al paciente.

Estas conclusiones, a las que los expertos llegaron por unanimidad tras una evaluación colectiva en el curso de la cual se examinó al paciente en nueve ocasiones distintas, se realizaron pruebas cerebrales exhaustivas, se celebraron reuniones con el equipo médico y el personal asistencial implicado y se examinó todo el expediente, confirman las conclusiones extraídas por el Dr. Kariger en cuanto al carácter irreversible de los daños y el pronóstico clínico del Sr. Lambert. Los intercambios que tuvieron lugar en el procedimiento contradictorio ante el *Conseil d'État con* posterioridad a la presentación del informe pericial no invalidan en absoluto las conclusiones de los peritos. Si bien del informe pericial se desprende, como se acaba de indicar, que las reacciones del Sr. Lambert a los cuidados no son susceptibles de interpretación y, por tanto, no puede considerarse que expresen un deseo en cuanto a la retirada del tratamiento, el Dr. Kariger indicó de hecho en la resolución impugnada que el comportamiento en cuestión se prestaba a diversas interpretaciones, todas las cuales debían tratarse con gran cautela, y no incluyó este aspecto en la motivación de su resolución.

En tercer lugar, las disposiciones del Código de Salud Pública permiten tener en cuenta los deseos de un paciente expresados de forma distinta a las voluntades anticipadas. Del examen del caso, y en particular del testimonio de la Sra. Rachel Lambert, se desprende que ella y su marido, ambos enfermeros, habían hablado a menudo de sus respectivas experiencias profesionales en el trato con pacientes sometidos a reanimación y con discapacidades múltiples, y que el Sr. Lambert, en varias de esas ocasiones, había manifestado claramente lo siguiente





expresó su deseo de no ser mantenido con vida artificialmente si se encontraba en un estado de gran dependencia. El tenor de esas observaciones, relatadas por la Sra. Rachel Lambert con todo detalle y con las fechas correspondientes, fue confirmado por uno de los hermanos del Sr. Lambert. Si bien estas observaciones no se hicieron en presencia de los padres del Sr. Lambert, éstos no alegaron que su hijo no hubiera podido hacerlas o que hubiera expresado deseos en sentido contrario, y varios hermanos del Sr. Lambert declararon que las observaciones en cuestión eran acordes con la personalidad, la experiencia pasada y las opiniones personales de su hermano. Por consiguiente, al indicar 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 interpretara erróneamente los deseos expresados por el paciente antes de su accidente.

En cuarto lugar, el médico encargado del paciente está obligado, en virtud de las disposiciones del Código de Salud Pública, a recabar la opinión de la familia del paciente antes de tomar cualquier decisión de retirar el tratamiento. El Dr. Kariger cumplió este requisito al consultar a la esposa, los padres y los hermanos del Sr. Lambert en el transcurso de las dos reuniones antes mencionadas. Mientras que los padres del Sr. Lambert y algunos de sus hermanos y hermanas se opusieron a la interrupción 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 opiniones divergentes. En las circunstancias del caso, concluyó que el hecho de que los miembros de la familia no fueran unánimes en cuanto a la decisión que debía tomarse no constituía un impedimento para su decisión.

De todas las consideraciones anteriores se desprende que, en el caso del Sr. Vincent Lambert y a la luz del procedimiento contradictorio ante el *Conseil d'État*, puede considerarse que se cumplen los diversos requisitos impuestos por la ley para que el médico encargado del paciente pueda adoptar cualquier decisión de retirada de un tratamiento que no tiene otro efecto que el de mantener artificialmente la vida y cuya continuación equivaldría, por tanto, a una obstinación irrazonable. En consecuencia, la decisión adoptada por el Dr. Kariger el 11 de enero de 2014 de retirar la alimentación e hidratación artificiales al 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. LEGISLACIÓN Y PRÁCTICAS NACIONALES PERTINENTES

#### A. 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 a que se respete su dignidad, mientras que el artículo L. 1110-9 garantiza a toda persona cuyo estado lo requiera el derecho a recibir cuidados paliativos. Estos se definen en el artículo L. 1110-10 como los cuidados activos y continuos destinados 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 las cuestiones relacionadas con el final de la vida, conocida como "Ley Leonetti" en honor a su ponente, el Sr. Jean Leonetti (véase el apartado 44 anterior), modificó varios artículos del Código.



La Ley se aprobó tras los trabajos de una comisión parlamentaria presidida por el Sr. Leonetti y encargada de explorar toda la gama de cuestiones relacionadas con el final de la vida y estudiar posibles modificaciones legislativas o reglamentarias. En el transcurso de sus trabajos, la comisión parlamentaria escuchó a numerosas 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 prescrito, interrumpir el tratamiento sólo si su continuación demostraría una obstinación irrazonable (en otras palabras, si supusiera llevarlo a extremos irrazonables (acharnement thérapeutique)).

Los artículos pertinentes del Código, modificados por la Ley, rezan como sigue.

#### Artículo L. 1110-5

"Toda persona, teniendo en cuenta su estado de salud y la urgencia del tratamiento requerido, tendrá derecho a recibir los cuidados más apropiados y a que se le administre el tratamiento más seguro que la ciencia médica conozca en ese momento como eficaz. Los actos o cuidados preventivos o exploratorios no deben, en la medida en que la ciencia médica pueda garantizarlo, someter al paciente a riesgos desproporcionados en relación con los beneficios esperados.

Tales actos no deben continuarse con obstinación irrazonable. Cuando parezcan fútiles o desproporcionados o no tengan otro efecto que mantener la vida artificialmente, podrán suspenderse o retenerse. En tales casos, el médico preservará la dignidad del paciente moribundo y garantizará su calidad de vida dispensándole los cuidados contemplados en el artículo L. 1110-10 ...

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

Los profesionales de la salud adoptarán todas las medidas a su alcance para que cada persona pueda llevar una vida digna hasta su muerte...".

### Artículo L. 1111-4

"Cada persona, junto con el profesional sanitario y a la luz de la información facilitada y de las recomendaciones formuladas por éste, tomará las decisiones relativas a su propia salud.

El médico debe respetar los deseos de la persona tras informarle de las consecuencias de las decisiones tomadas...

No puede administrarse ningún acto o tratamiento médico sin el consentimiento libre e informado del paciente, que puede retirarlo en cualquier momento.

Cuando la persona no pueda expresar su voluntad, no podrá efectuarse ninguna intervención o examen, salvo en caso de urgencia o imposibilidad, sin que se haya consultado a la persona de confianza mencionada en el artículo L. 1111-6, a la familia o, en su defecto, a una persona cercana al paciente.



Cuando la persona no esté en condiciones de expresar su voluntad, no podrá tomarse ninguna decisión de limitación o de retirada de tratamiento, cuando tal medida pudiera poner en peligro la vida del paciente, sin que se haya seguido el procedimiento colectivo definido en el Código de Deontología Médica y sin que se haya consultado a la persona de confianza mencionada en el artículo L. 1111-6, a la familia o, en su defecto, a una persona cercana al paciente, y sin que se hayan examinado las voluntades anticipadas emitidas por el paciente. La decisión de limitar o retirar el tratamiento, junto con los motivos que la justifican, se hará constar en el expediente del paciente..."

#### Artículo L. 1111-6

"Toda persona mayor de edad podrá designar a una persona de su confianza, que podrá ser un familiar, otra persona cercana al adulto o su médico habitual, y que será consultada en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad y recibir la información necesaria para ello. La designación se hará por escrito y podrá revocarse en cualquier momento. Si el paciente lo desea, la persona de confianza podrá prestarle apoyo y asistir con él a las consultas médicas para ayudarle en la toma de decisiones.

Siempre que sea ingresado en un establecimiento sanitario, se ofrecerá al paciente la posibilidad de designar a una persona de confianza en las condiciones previstas en el apartado anterior. La designación será válida mientras dure la hospitalización del paciente, salvo que éste decida lo contrario..."

#### Artículo L. 1111-11

"Toda persona mayor de edad puede redactar un documento de voluntades anticipadas en caso de que se vea incapacitada para expresar sus deseos. En ellas se indicarán los deseos de la persona interesada en cuanto a las condiciones en que puede limitarse o retirarse el tratamiento en una situación de final de vida. Pueden revocarse en cualquier momento.

Siempre que hayan sido elaborados menos de tres años antes de que el individuo haya perdido el conocimiento, el médico deberá tenerlos en cuenta en cualquier decisión de realizar exámenes, intervenciones o tratamientos con respecto a la persona afectada...".

- 54. El procedimiento colectivo previsto en el párrafo quinto del artículo L. 1111-4 del Código se describe detalladamente en el artículo R. 4127-37, que forma parte del Código de Deontología Médica y reza como sigue:
  - "I. El médico se esforzará en todo momento por aliviar el sufrimiento por los medios más adecuados al estado del paciente y por proporcionarle apoyo moral. Se abstendrá de toda obstinación irrazonable en la realización de exámenes o tratamientos y podrá decidir retener o interrumpir tratamientos que parezcan fútiles o desproporcionados o cuya única finalidad o efecto sea mantener la vida artificialmente.
  - II. En los casos contemplados en el párrafo quinto del artículo L. 1111-4 y en el párrafo primero del artículo L. 1111-13, la decisión de limitar o retirar el tratamiento administrado sólo podrá adoptarse previa puesta en marcha de un procedimiento colectivo. El médico podrá poner en marcha el procedimiento colectivo por iniciativa propia. Deberá hacerlo a la vista de las eventuales voluntades anticipadas otorgadas por el paciente y presentadas por una de las personas en posesión de las mismas mencionadas en el artículo R. 1111-19, o a petición de la persona de confianza, de la familia o, en su defecto, de otra persona próxima al paciente. Las personas en posesión de las voluntades anticipadas del paciente, la persona de confianza, la familia o, en su caso, otra persona próxima al paciente serán informadas en cuanto se haya tomado la decisión de aplicar el procedimiento colectivo.



La decisión de limitar o retirar el tratamiento será adoptada por el médico responsable del paciente, previa consulta con el equipo asistencial, cuando exista, y sobre la base del dictamen motivado de al menos un médico consultor. No debe existir ningún vínculo jerárquico entre el médico responsable del paciente y el consultor. Estos médicos recabarán 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 los deseos expresados previamente por el paciente, en particular en forma de voluntades anticipadas, si se han redactado, la opinión de la persona de confianza que el paciente pueda haber designado y la de la familia o, en su defecto, de otra persona cercana al paciente. ...

Toda decisión de limitar o retirar un tratamiento deberá ser motivada. Las opiniones recibidas, la naturaleza y el tenor de las consultas realizadas en el seno del equipo asistencial y los motivos de la decisión se registrarán en el expediente del paciente. Se informará a la persona de confianza, si se ha designado una, a la familia o, en su defecto, a otra persona cercana al paciente, 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 en virtud del artículo L. 1110-5 y de los artículos L. 1111-4 o L. 1111-13, en las circunstancias previstas en los puntos I y II del presente artículo, el médico, aun cuando no pueda evaluarse el sufrimiento del paciente debido a su estado cerebral, instaurará el tratamiento necesario, en particular analgésico y sedante, para sostener al paciente conforme a los principios y condiciones previstos en el artículo R. 4127-38. Asimismo, velará por que las personas cercanas al paciente sean informadas de la situación y reciban el apoyo necesario."

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

"El médico debe apoyar al moribundo hasta el momento de la muerte, garantizar, mediante tratamientos y medidas adecuadas, la calidad de vida a medida que se acerca su final, preservar la dignidad del paciente y reconfortar a sus allegados.

Los médicos no tienen derecho a quitar la vida intencionadamente".

#### B. Proyecto de ley de diputados de 21 de enero de 2015

- 56. Dos diputados (el Sr. Leonetti y el Sr. Claeys) presentaron el 21 de enero de 2015 un proyecto de ley ante la Asamblea Nacional en el que proponían, en particular, las siguientes modificaciones de la Ley de 22 de abril de 2005:
- La sección 2 del proyecto de ley especifica que la nutrición y la hidratación artificiales constituyen una forma de tratamiento;
- Las voluntades anticipadas serán vinculantes para el médico y dejarán de tener un plazo de validez (actualmente son válidas durante tres años), su redacción estará sujeta a un procedimiento prescrito y serán más accesibles.
  A falta de voluntades anticipadas, se precisa el papel de la persona de confianza (su misión es expresar la voluntad del paciente y su testimonio prevalece sobre cualquier otro);
- el proyecto de ley reconoce expresamente que toda persona tiene "derecho a rechazar o no someterse a cualquier tratamiento" y que el médico no puede insistir en que continúe con él (redacción anterior). No obstante, el médico debe



seguir prestando apoyo al paciente, sobre todo en forma de cuidados paliativos;

- se reconoce el derecho a no sufrir (el médico debe aplicar todos los analgésicos y sedantes disponibles para hacer frente al sufrimiento en las fases 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 una sedación profunda y continua hasta la muerte: la retirada de un tratamiento (incluida la alimentación y la hidratación artificiales) debe ir siempre acompañada de una sedación. En caso de que el paciente sea incapaz de expresar su voluntad, el proyecto de ley prevé -siempre que se tengan en cuenta los deseos del paciente y de acuerdo con un procedimiento colectivoque el médico esté obligado a interrumpir o retener un tratamiento que "no tenga otro efecto que mantener la vida artificialmente" (en la redacción actual, el médico *puede* interrumpir dicho tratamiento). Si se cumplen estos criterios, el paciente tiene derecho a una sedación profunda y continua hasta que se produzca 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. Código de los Tribunales Administrativos

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

"En caso de urgencia, el juez de medidas urgentes podrá ordenar las medidas necesarias para proteger una libertad fundamental presuntamente violada de forma grave y manifiestamente ilegal por una entidad de derecho público o una organización de derecho privado encargada de la gestión de un servicio público, en el ejercicio de sus competencias. El juez de urgencia resolverá en un plazo de cuarenta y ocho horas".

#### 58. El artículo R. 625-3 del mismo Código establece:

"El órgano jurisdiccional que conoce del asunto puede solicitar a cualquier persona cuya experiencia o conocimientos puedan ser útiles para la resolución del asunto que presente observaciones generales sobre los puntos controvertidos.

El dictamen se presentará por escrito. Se comunicará a las partes .."

## III. MATERIALES DEL CONSEJO DE EUROPA

### A. Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina

59. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina



(conocido como Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina), que se adoptó 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 pertinentes son las siguientes:

# Artículo 1 - Finalidad y objeto

"Las Partes en el presente Convenio protegerán la dignidad y la identidad de todos los seres humanos y garantizarán a toda persona, sin discriminación, el respeto de su integridad y de sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a la aplicación de la biología y la medicina. "

#### Artículo 5 - Norma general

"Una intervención en el ámbito sanitario sólo puede llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona afectada.

Esta persona recibirá previamente información adecuada sobre la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus consecuencias y riesgos.

La persona interesada puede retirar libremente su consentimiento en cualquier momento".

#### Artículo 6 - Protección de las personas incapaces de dar su consentimiento

"1. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 17 y 20 siguientes, sólo podrá efectuarse una intervención en una persona que no tenga capacidad para dar su consentimiento, en su beneficio directo.

...

3. Cuando, según la ley, un adulto no tenga capacidad para consentir una intervención debido a una discapacidad mental, una enfermedad o por razones similares, la intervención sólo podrá llevarse a cabo con la autorización de su representante o de una autoridad o persona u organismo previsto por la ley.

En la medida de lo posible, el interesado participará en el procedimiento de autorización.

- 4. El representante, la autoridad, la persona o el organismo mencionados en los apartados 2 y 3 anteriores recibirán, en las mismas condiciones, la información mencionada en el artículo 5.
- 5. La autorización a que se refieren los apartados 2 y 3 anteriores podrá retirarse en cualquier momento en interés del interesado."

#### Artículo 9 - Deseos expresados con anterioridad

"Se tendrán en cuenta los deseos expresados previamente en relación con una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad".

# B. La "Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones de final de vida"

60. La presente Guía ha sido elaborada por el Comité de Bioética del Consejo de Europa en el marco de sus trabajos 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 aplicación del proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en situaciones de final de vida, reunir obras de referencia tanto normativas como éticas y elementos relativos a la buena práctica médica que puedan ser útiles para los profesionales sanitarios que se ocupan de la aplicación del proceso de toma de decisiones, y contribuir, mediante la clarificación que aporta, al debate general sobre el tema.

61. La Guía cita como marcos de referencia éticos y jurídicos para el proceso de toma de decisiones los principios de autonomía (consentimiento libre, informado y previo del paciente), beneficencia y no maleficencia, y justicia (acceso equitativo a la asistencia sanitaria). Especifica que los médicos no deben dispensar tratamientos innecesarios o desproporcionados habida cuenta de los riesgos y limitaciones que conllevan. Debe dispensar al paciente un tratamiento proporcionado y adaptado a su situación. También tienen el deber de cuidar de sus pacientes, aliviar su sufrimiento y proporcionarles apoyo.

El tratamiento abarca las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud del paciente actuando sobre las causas de la enfermedad, pero también las intervenciones que no tienen relación con la etiología de la enfermedad sino que actúan sobre los síntomas, o que son respuestas a una disfunción orgánica. Bajo el epígrafe "Cuestiones controvertidas", la Guía indica lo siguiente.

#### "La cuestión de limitar, retirar o retener la hidratación y nutrición artificiales

La comida y la bebida que se dan a los pacientes que todavía pueden comer y beber por sí mismos son contribuciones externas que cubren necesidades fisiológicas, que siempre deben satisfacerse. Son elementos esenciales de la asistencia que deben proporcionarse a menos que el paciente los rechace.

La nutrición y la hidratación artificiales se administran a un paciente siguiendo una indicación médica e implican decisiones relativas a procedimientos y dispositivos médicos (perfusión, sondas de alimentación).

La alimentación y la hidratación artificiales se consideran en varios países como formas de tratamiento que, por lo tanto, pueden limitarse o retirarse en las circunstancias y de acuerdo con las garantías estipuladas para la limitación o la retirada del tratamiento (rechazo del tratamiento expresado por el paciente, rechazo de la obstinación irrazonable o del tratamiento desproporcionado evaluado por el equipo asistencial y aceptado en el marco de un procedimiento colectivo). Las consideraciones que deben tenerse en cuenta a este respecto son los deseos del paciente y el carácter apropiado del tratamiento en la situación de que se trate.

En otros países, sin embargo, se considera que la nutrición y la hidratación artificiales no constituyen un tratamiento que pueda limitarse o retirarse, sino 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 de final de vida, haya expresado su deseo en ese sentido.

La cuestión de la naturaleza adecuada, en términos médicos, de la nutrición e hidratación artificiales en la fase terminal es en sí misma objeto de debate. Algunos opinan que





implementar o continuar la hidratación y nutrición artificiales son necesarias para el confort de un paciente en situación terminal. Para otros, el beneficio de la hidratación y nutrición artificiales para el paciente en fase terminal, teniendo en cuenta la investigación en cuidados paliativos, es cuestionable."

- 62. La Guía se refiere al proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento médico en lo que respecta a las situaciones de final de la vida (incluida su aplicación, modificación, adaptación, limitación o retirada). No aborda las cuestiones de la eutanasia o el suicidio asistido, que algunas legislaciones nacionales autorizan.
- 63. Aunque en el proceso de toma de decisiones intervienen otras partes, la Guía subraya que la parte principal es el propio paciente. Cuando el paciente no pueda o ya no pueda participar en la toma de decisiones, éstas serán tomadas por un tercero según los procedimientos establecidos en la legislación nacional pertinente. No obstante, el paciente debe participar en el proceso de toma de decisiones mediante los deseos que haya expresado previamente. La Guía enumera las distintas formas que pueden adoptar: el paciente puede haber confiado sus intenciones verbalmente a un miembro de su familia, un amigo íntimo o una persona de confianza designada como tal; o pueden estar establecidas formalmente, en las voluntades anticipadas o 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 implicadas en el proceso de toma de decisiones pueden ser el representante legal del paciente o una persona a la que se haya otorgado un poder notarial, los familiares y amigos íntimos, y los cuidadores. La Guía subraya que los médicos desempeñan un papel fundamental, por no decir primordial, debido a su capacidad para valorar la situación del paciente desde un punto de vista médico. Cuando el paciente no puede, o ya no puede, expresar su voluntad, el médico es la persona que, en el marco del proceso colectivo de toma de decisiones, tras haber implicado a todos los profesionales sanitarios afectados, tomará la decisión clínica guiada por el interés superior del paciente. Para ello, habrán tomado nota de todos los elementos pertinentes (consulta de familiares, allegados, 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 son los médicos los que deben velar por que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo correctamente.
- 65. La Guía reitera que el paciente debe estar siempre en el centro de todo proceso de toma de decisiones, que adquiere una dimensión colectiva cuando el paciente ya no quiere o no puede participar en él directamente. La Guía identifica tres fases principales en el proceso de toma de decisiones: una fase individual (cada parte elabora sus argumentos a partir de la información recabada), una fase colectiva (las distintas partes participan en intercambios y debates) y una fase final (cuando se toma la decisión propiamente dicha).
- 66. La Guía señala que a veces, cuando las posiciones divergen significativamente o la cuestión es muy compleja o específica, puede haber una



necesidad de prever la consulta a terceros, ya sea para contribuir al debate, superar un problema o resolver un conflicto. Por ejemplo, puede ser conveniente consultar a un comité de ética clínica. Al final del debate colectivo, debe llegarse a un acuerdo. Debe extraerse y validarse colectivamente una conclusión y, a continuación, formalizarse por escrito.

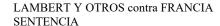
- 67. Si la decisión la toma el médico, debe adoptarse sobre la base de las conclusiones del debate colectivo y anunciarse, en su caso, al paciente, a la persona de confianza y/o al entorno del paciente, al equipo asistencial y a los terceros interesados que hayan participado en el proceso. La decisión también debe formalizarse (en forma de resumen escrito de los motivos) y conservarse en un lugar identificado.
- 68. La Guía destaca el carácter controvertido del uso de la sedación profunda en la fase terminal, que puede tener como efecto acortar el tiempo de vida restante. Por último, sugiere una evaluación del proceso de toma de decisiones tras su aplicación.

#### C. Recomendación del Comité de Ministros

69. En la Recomendación CM/Rec(2009)11 sobre los principios relativos a los poderes continuos y las voluntades anticipadas en caso de incapacidad, el Comité de Ministros recomendó a los Estados miembros que promovieran estas prácticas y definió una serie de principios para ayudar a los Estados miembros a regularlas.

#### D. Material 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 autodeterminación, adoptando al mismo tiempo las medidas necesarias:
- (i) velar por que se respeten las voluntades anticipadas de los pacientes o los testamentos vitales de rechazo de tratamientos médicos específicos, cuando los pacientes ya no puedan expresar sus deseos;
- (ii) garantizar que, sin perjuicio de la responsabilidad terapéutica última del médico, se tengan en cuenta los deseos que hayan expresado respecto a determinadas formas de tratamiento, siempre que ello no atente contra su dignidad humana.
- 71. La Resolución 1859 (2012) de la Asamblea Parlamentaria, titulada "Proteger los derechos humanos y la dignidad teniendo en cuenta los deseos expresados previamente por los pacientes", reitera los principios de autonomía personal y consentimiento consagrados en el Convenio de Oviedo (véase el apartado 59 supra), según los cuales nadie puede ser obligado a someterse a ningún tratamiento médico





tratamiento contra su voluntad. La Resolución establece directrices para los parlamentos nacionales en relación con las voluntades anticipadas, los testamentos vitales y los poderes continuos.

#### IV. DERECHO COMPARADO

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

- 72. Según la información de que dispone el Tribunal sobre treinta y nueve de los cuarenta y siete Estados miembros del Consejo de Europa, no existe consenso en la práctica a favor de autorizar la retirada de un tratamiento destinado únicamente a prolongar artificialmente la vida. En la mayoría de los países, el tratamiento puede retirarse bajo ciertas condiciones. En otros países, la legislación prohíbe la retirada o no se pronuncia al respecto.
- 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 deontología médica. En Italia, a falta de un marco jurídico, la retirada del tratamiento ha sido reconocida por la jurisprudencia de los tribunales.
- 74. Aunque las modalidades 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. Dado que el principio del consentimiento a la atención médica es uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada, los Estados han establecido diferentes procedimientos para garantizar que se expresa el consentimiento o para verificar su existencia.
- 75. Todas las legislaciones que permiten la retirada de un tratamiento prevén la posibilidad de que el paciente expida un documento de voluntades anticipadas. En su defecto, la decisión corresponde a un tercero, ya sea el médico que trata al paciente, sus allegados o su representante legal, o incluso los tribunales. En todos los casos, es posible la participación de las personas cercanas al paciente, aunque la legislación no elige entre ellas en caso de desacuerdo. Sin embargo, algunos países aplican una jerarquía entre las personas cercanas al paciente y dan prioridad a los deseos del cónyuge.
- 76. Además del requisito de solicitar el consentimiento del paciente, la retirada del tratamiento también está sujeta a otras condiciones. Dependiendo del país, el paciente debe estar moribundo o padecer una enfermedad con consecuencias médicas graves e irreversibles, el tratamiento debe haber dejado de ser lo mejor para el paciente, debe ser inútil o la retirada debe ir precedida de una fase de observación de duración suficiente y de una revisión del estado del paciente.



#### B. Observaciones de la Clínica de Derechos Humanos

- 77. La Human Rights Clinic, tercera parte interviniente (véase el apartado 8 anterior), presentó una visión general de la legislación y la práctica nacionales relativas a la eutanasia activa y pasiva y al suicidio asistido en Europa y América.
- 78. La encuesta concluye que actualmente no existe consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa, ni 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 la permiten. A este respecto, cada país establece en su legislación criterios para determinar el momento en que puede practicarse la eutanasia, a la luz del estado del paciente y con el fin de asegurarse de que éste ha dado su consentimiento a la medida. No obstante, estos criterios varían sensiblemente de un país a otro.

### LA LEY

# I. LEGITIMACIÓN PARA ACTUAR EN NOMBRE Y POR CUENTA DE VINCENT LAMBERT

- 80. Los demandantes afirmaron que la retirada de la nutrición e hidratación artificial de Vincent Lambert constituiría una violación de las obligaciones del Estado en virtud del artículo 2 del Convenio. En su opinión, privarle de nutrición e hidratación constituiría un maltrato equivalente a tortura en el sentido del artículo 3 del Convenio. Sostuvieron además que la falta de fisioterapia desde octubre de 2012 y la falta de terapia para restablecer el reflejo de deglución equivalían a un trato inhumano y degradante en violación de dicha disposición. Por último, alegaron que la retirada de la nutrición y la hidratación también vulneraría la integridad física de Vincent Lambert, en violación del artículo 8 del Convenio.
  - 81. Los artículos 2, 3 y 8 del Convenio rezan como sigue.

#### Artículo 2

"1. El derecho de toda persona a la vida estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida intencionadamente..."

#### Artículo 3

"Nadie será sometido a torturas 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 del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás."

# A. Legitimación de los demandantes para actuar en nombre y por cuenta de Vincent Lambert

1. Alegaciones de las partes

### (a) El Gobierno

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

#### (b) Los solicitantes

- 83. Los demandantes sostienen que cualquier persona, independientemente de su discapacidad, debe 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 habían sido cuestionados ante los tribunales nacionales, ya que la legislación francesa otorgaba a la familia de una persona cuyo tratamiento se proponía retirar el derecho a pronunciarse sobre la medida en cuestión. Ello implica necesariamente la legitimación para actuar ante los tribunales no sólo en nombre propio, sino también en nombre del paciente.
- 84. Citando los criterios establecidos por el Tribunal en el asunto *Koch c. Alemania* (nº 497/09, §§ 43 y ss., 19 de julio de 2012), los demandantes alegaron que dichos criterios se cumplían en el presente caso porque el asunto se refería a una cuestión de interés general y debido a sus estrechos lazos familiares y a su interés personal en el procedimiento. Destacaron que habían acudido a los órganos jurisdiccionales internos y después al Tribunal para hacer valer los derechos fundamentales de Vincent Lambert en virtud de los artículos 2 y 3, lo que él mismo no podía hacer y que su esposa tampoco podía hacer puesto que había aceptado la decisión médica controvertida.

#### (c) Los terceros coadyuvantes 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 cuando las reclamaciones planteaban una cuestión de interés general.



relativas al "respeto de los derechos humanos" y el interesado, como heredero, tenía un interés legítimo en tramitar la solicitud, o sobre la base de la afectación directa de los propios derechos del solicitante. Sin embargo, en *Sanles Sanles c. España* ((dec.), no. 48335/99, TEDH 2000-XI), el Tribunal había considerado que los derechos invocados por la demandante en virtud de los artículos 2, 3, 5 y 8 del Convenio pertenecían a la categoría de derechos intransferibles y había estimado que la demandante, que era cuñada y heredera legítima del difunto, no podía alegar ser víctima de una violación en nombre de su difunto cuñado.

86. Sobre la cuestión de la representación, observa que es esencial que los representantes demuestren que han recibido instrucciones específicas y explícitas de la presunta víctima. Este no era el caso de los 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 llevada a la confianza de su marido e informada de sus deseos, como lo corroboraban las declaraciones presentadas ante los tribunales nacionales.

87. François Lambert y Marie-Geneviève Lambert, sobrino 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 invocar en su propio nombre; en segundo lugar, los demandantes no eran los representantes legales de Vincent Lambert, que era un adulto nacido en 1976; y, en tercer lugar, su demanda contravenía la libertad de conciencia de Vincent Lambert y su propio derecho a la vida y vulneraba su intimidad. François Lambert y Marie-Geneviève Lambert observaron que, si bien el Tribunal había aceptado, con carácter excepcional, que los padres pudieran actuar en nombre y en lugar de una víctima para alegar una violación del artículo 3 del Convenio, ello sólo se producía en caso de desaparición o fallecimiento de la víctima y en determinadas circunstancias específicas. Estas condiciones no se cumplían en el presente caso, por lo que la solicitud era inadmisible. Alegaron que el Tribunal había tenido ocasión de reafirmar esta inadmisibilidad en casos de fin de vida similares al presente (se refirieron a Sanles Sanles, citado anteriormente, y a Ada Rossi y otros contra Italia (dec.), nos. 55185/08, 55483/08, 55516/08, 55519/08, 56010/08, 56278/08 y 58424/08, de 16 de diciembre de 2008).

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



29

# 2. Valoración del Tribunal

#### (a) Recapitulación de los principios

89. En los recientes asuntos *Nencheva y otros c . Bulgaria* (núm. 48609/06, de 18 de junio de 2013) y *Centre for Legal Resources en nombre de Valentin Câmpeanu c. Rumania* ([GC], núm. 47848/08, TEDH 2014), el Tribunal reiteró los siguientes principios.

Para poder invocar el artículo 34 del Convenio, un demandante debe poder alegar ser víctima de una violación del Convenio. Según la jurisprudencia reiterada del Tribunal, el concepto de "víctima" debe interpretarse de forma autónoma y con independencia de conceptos internos como los relativos a un interés o a la capacidad de obrar (véase Nencheva y otros, antes citada, § 88). La persona afectada debe poder demostrar que se ha visto "directamente afectada" por la medida denunciada (véase Centro de Recursos Jurídicos en nombre de Valentin Câmpeanu, antes citada, § 96, con referencias adicionales).

- 90. Se hace una excepción a este principio cuando la supuesta violación o violaciones del Convenio están estrechamente vinculadas a una muerte o desaparición en circunstancias que supuestamente comprometen la responsabilidad del Estado. En tales casos, el Tribunal ha reconocido la legitimación de los familiares de la víctima para presentar una demanda (véase Nencheva y otros, antes citada, § 89, y Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu, antes citada, § 98-99, con referencias adicionales).
- 91. Cuando la solicitud no es presentada por las propias víctimas, el artículo 45 § 3 del Reglamento del Tribunal exige que se presente un poder escrito para actuar, debidamente firmado. Es esencial 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 c. los Países Bajos (dec.), nº 21727/08, 20 de enero de 2009; Nencheva y otros, antes citada, § 83; y Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu, antes citada, § 102). Sin embargo, las instituciones del Convenio han sostenido que pueden surgir consideraciones especiales en el caso de víctimas de supuestas violaciones de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio a manos de las autoridades nacionales. Así, se han declarado admisibles solicitudes presentadas por particulares en nombre de la víctima o víctimas, aunque no se haya presentado ningún poder válido (véase la sentencia Centro de Recursos Jurídicos en nombre de Valentin Câmpeanu, antes citada, § 103).
- 92. Se ha tenido especialmente en cuenta la vulnerabilidad de las víctimas en razón de su edad, sexo o discapacidad, que las incapacitaba para presentar una denuncia sobre el asunto ante el Tribunal, prestándose también la debida atención a los vínculos entre la persona que presenta la solicitud y la víctima (ibíd.).
- 93. Por ejemplo, en *S.P.*, *D.P.* y *A.T.* contra el Reino Unido (nº 23715/94, Decisión de la Comisión de 20 de mayo de 1996, no publicada en el Diario Oficial), que

30

que se refiere, en *particular*, *al* artículo 8 del Convenio, la Comisión declaró admisible una demanda presentada por un abogado en nombre de los niños a los que había representado en el procedimiento interno, en el que había sido encargado por el tutor *ad litem*, tras comprobar, en particular, que la madre de éstos no había mostrado ningún interés, que las autoridades locales habían sido criticadas en la demanda y que no existía ningún conflicto de intereses entre el abogado y los niños.

En İ1h a n c. Turquia ([GC], n° 22277/93, §§ 54-55, TEDH 2000-VII), en el que la víctima directa, Abdüllatif İlhan, había sufrido graves lesiones como consecuencia de los malos tratos sufridos a manos de las fuerzas de seguridad, el Tribunal consideró que podía considerarse que su hermano había presentado válidamente la demanda, basándose en los artículos 2 y 3 del Convenio, ya que de los hechos se desprendía que Abdüllatif İlhan había dado su consentimiento al procedimiento, no existía conflicto de intereses entre él y su hermano, que había estado estrechamente relacionado con el incidente, y se encontraba en una situación especialmente vulnerable debido a sus lesiones.

En el asunto Y.F. contra Turquía (nº 24209/94, § 31, TEDH 2003-IX), en el que un marido alegó, en virtud del artículo 8 del Convenio, que su esposa había sido obligada a someterse a un examen ginecológico tras su detención bajo custodia policial, el Tribunal consideró que la demandante, en su calidad de pariente cercana de la víctima, podía presentar una denuncia relativa a las alegaciones por ella formuladas de violaciones del Convenio, en particular teniendo en cuenta su posición vulnerable en las circunstancias especiales del caso.

94. Siempre 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 pudieran dirigirse a él en nombre de sus hijos menores (véanse, en particular, *Scozzari y Giunta c. Italia* [GC], núms. 39221/98 y 41963/98, §§ 138-39, TEDH 2000-VIII; *Šneersone y Kampanella c. Italia*, núm. 14737/09, § 61, 12 de julio de 2011; *Diamante y Pelliccioni c. San Marino*, núm. 32250/08, §§ 146-47, 27 de septiembre de 2011; *A.K. y L. c. Croacia*, no. 37956/11, §§ 48-50, 8 de enero de 2013; y *Raw y otros c. Francia*, nº 10131/11, §§ 51-52, 7 de marzo de 2013). El criterio clave para el Tribunal en estos casos fue el riesgo de que algunos de los intereses de los niños no fueran puestos en su conocimiento y de que se les negara la protección efectiva de sus derechos en virtud del Convenio.

95. Por último, el Tribunal adoptó recientemente un enfoque similar en el asunto Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu, antes citado, relativo a un joven de origen romaní, gravemente discapacitado y seropositivo, que falleció en el hospital antes de que se presentara la demanda y no tenía parientes conocidos ni representante designado por el Estado. Dadas las circunstancias excepcionales del caso y la gravedad de las alegaciones, el Tribunal reconoció que el Centro de Recursos Jurídicos estaba legitimado para representar a Valentin Câmpeanu. El Tribunal subrayó que declarar lo contrario equivaldría a impedir que unas alegaciones tan graves 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 (véase el apartado 80 supra).

97. Con carácter preliminar, el Tribunal de Justicia considera que la jurisprudencia relativa a las solicitudes presentadas en nombre de personas fallecidas no es aplicable en el presente asunto, ya que Vincent Lambert no ha fallecido, sino que se encuentra en un estado calificado de vegetativo por el informe médico pericial (véase el apartado 40 supra). Por consiguiente, el Tribunal de Primera Instancia debe comprobar si las circunstancias que se le han sometido son del tipo de las que anteriormente han permitido considerar que puede presentarse una solicitud en nombre y por cuenta de una persona vulnerable sin que ésta haya otorgado un poder válido para actuar o dado instrucciones a la persona que pretende actuar en su nombre (véanse los apartados 93 a 95 supra).

98. Señala que ninguno de los casos en los que ha admitido, con carácter excepcional, que un particular pueda actuar en nombre de otro es comparable al presente asunto. El asunto Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu, antes citado, debe distinguirse del presente asunto en la medida en que la víctima directa había fallecido y no tenía a nadie que la representara. En el presente asunto, mientras que la víctima directa no puede expresar sus deseos, varios miembros de su familia cercana desean expresarse en su nombre, aunque defienden puntos de vista diametralmente opuestos. Los demandantes se basan principalmente en el derecho a la vida protegido por el artículo 2, cuya "inviolabilidad" fue subrayada por el Tribunal en el asunto Pretty c. el Reino Unido (nº 2346/02, § 65, TEDH 2002-III), mientras que los terceros coadyuvantes individuales (Rachel Lambert, François Lambert y Marie-Geneviève Lambert) se basan en el derecho al respeto de la vida privada y, en particular, en el derecho de cada individuo, englobado en la noción de autonomía personal (ibid., § 61), a decidir de qué manera y en qué momento su vida debe terminar (ibid., § 67; véase también Haas v. Switzerland, no. 31322/07, § 51, TEDH 2011, y Koch, antes citada, § 52).

99. Los demandantes proponen que el Tribunal de Primera Instancia aplique los criterios establecidos en la sentencia *Koch* (antes citada, apartado 44), que, en su opinión, cumplen debido a sus estrechos vínculos familiares, al hecho de que tienen un interés personal o jurídico suficiente en el resultado del procedimiento y al hecho de que han manifestado previamente su interés en el asunto.

100. Sin embargo, el Tribunal observa que en la sentencia *Koch*, antes citada, el demandante alegaba que los sufrimientos de su esposa y las circunstancias de su fallecimiento le habían afectado hasta el punto de constituir una violación *de sus propios derechos* en virtud del artículo 8 del Convenio (§ 43). Así pues, era sobre este punto sobre el que el Tribunal debía pronunciarse, y fue en este contexto en el que consideró que también debían tenerse en cuenta los criterios desarrollados en su jurisprudencia que permiten a un pariente o heredero interponer un recurso ante él en nombre de la persona fallecida (§ 44).



- 101. En opinión del Tribunal de Primera Instancia, estos criterios no son aplicables en el presente asunto, puesto que Vincent Lambert no ha fallecido y los demandantes pretenden presentar reclamaciones *en su nombre*.
- 102. El examen de los casos en los que las instituciones del Convenio han aceptado que un tercero pueda, en circunstancias excepcionales, actuar en nombre y por cuenta de una persona vulnerable (véanse los apartados 93 a 95 supra) revela los dos criterios principales 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 asunto, el Tribunal no aprecia riesgo alguno, en primer lugar, de que Vincent Lambert se vea privado de la protección efectiva de sus derechos, ya que, de conformidad con su jurisprudencia reiterada (véanse los apartados 90 supra y 115 infra), los demandantes, en su calidad de 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. Por lo que respecta al segundo criterio, el Tribunal debe comprobar a continuación si existe una convergencia de intereses entre los demandantes y Vincent Lambert. A este respecto, señala que uno de los aspectos clave del procedimiento interno consistía precisamente en determinar la voluntad de Vincent Lambert, dado que la resolución del Dr. Kariger de 11 de enero de 2014 se basaba en la certeza de que Vincent Lambert "no había deseado, antes de su accidente, vivir en tales condiciones" (véase el apartado 22 supra). En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* consideró, a la luz de los testimonios 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 motivo, el Dr. Kariger "[no] podía considerarse que hubiera interpretado erróneamente los deseos expresados por el paciente antes de su accidente" (véase el apartado 50 supra). Por consiguiente, el Tribunal de Primera Instancia no considera probado que exista una convergencia de intereses entre las afirmaciones de los demandantes y lo que Vincent Lambert habría deseado.
- 105. El Tribunal concluye que los demandantes carecen de legitimación activa para formular las quejas previstas en los artículos 2, 3 y 8 del Convenio en nombre y por cuenta de Vincent Lambert.
- 106. De ello se deduce que estas denuncias son incompatibles *ratione personae* con las disposiciones del Convenio en el sentido del artículo 35 § 3 (a) y debe rechazarse de conformidad con el artículo 35 § 4.

# B. Legitimación de Rachel Lambert para actuar en nombre y por cuenta de Vincent Lambert.

### 1. Alegaciones de las partes

107. En un escrito de su abogado fechado el 9 de julio de 2014, Rachel Lambert solicitó autorización para representar a su marido Vincent Lambert como tercero



parte coadyuvante en el procedimiento. En apoyo de su solicitud, aportó una sentencia del juez de tutelas de Châlons-en-Champagne, de 17 de diciembre de 2008, por la que se la facultaba para representar a su marido en las cuestiones derivadas de su régimen matrimonial, así como dos declaraciones de una hermana y de un hermanastro de Vincent Lambert. Según estas declaraciones, Vincent Lambert no habría deseado que una decisión sobre su caso fuera adoptada por sus padres, de los que estaba moral y fisicamente distanciado, sino por su esposa, que era su persona de confianza. También aportó una declaración de su madrastra, quien afirmó haber acompañado a Rachel Lambert en julio de 2012 a una consulta con un profesor de medicina del Hospital Universitario de Lieja a la que también acudieron los dos primeros demandantes. Durante la consulta, ella y Rachel Lambert habían manifestado el deseo de Vincent Lambert de no vivir en un estado de incapacidad en caso de que se produjera tal situación, y la segunda demandante habría dicho que, en caso de que se planteara la cuestión de la eutanasia, dejaría la decisión en manos de Rachel Lambert. En sus observaciones, Rachel Lambert alegó que, dado que estaba informada de la voluntad de su marido, como corroboraban las declaraciones que había presentado, sólo ella estaba legitimada para actuar en nombre de Vincent Lambert y representarle.

- 108. El Gobierno no presentó alegaciones sobre este punto.
- 109. Los demandantes alegaron que la resolución del juez de tutela presentada por Rachel Lambert no le otorgaba autoridad general para representar a su marido, sino únicamente autoridad para representarle en asuntos relacionados con la propiedad. Por tanto, no podía pretender ser la única persona que representara a su marido ante el Tribunal. Los demandantes sostuvieron además que las declaraciones que había presentado carecían de valor jurídico; también impugnaron 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, en el estado actual del Derecho francés y a falta de una orden de tutela total o parcial, Vincent Lambert no estaba representado por nadie en los procedimientos que le concernían personalmente.

### 2. Valoración del Tribunal

- 110. El Tribunal señala que ninguna disposición del Convenio permite a un tercero coadyuvante representar a otra persona ante el Tribunal. Además, según la letra a) del apartado 3 del artículo 44 del Reglamento del Tribunal de Justicia, un tercero coadyuvante es cualquier persona interesada "que no sea el demandante".
  - 111. En consecuencia, el Tribunal no puede sino denegar la solicitud de Rachel Lambert.

#### C. Conclusión

112. El Tribunal ha considerado que los demandantes carecían de legitimación para alegar una violación de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio en nombre y por cuenta de Vincent Lambert (véanse los apartados 105-06 supra), y también ha rechazado



La solicitud de Rachel Lambert de representar a su marido como tercero coadyuvante (véanse los apartados 110-11 supra).

No obstante, el Tribunal subraya que, a pesar de las apreciaciones que acaba de formular sobre la admisibilidad, examinará a continuación todas las cuestiones de fondo que se plantean en el presente asunto en virtud del artículo 2 del Convenio, dado que fueron planteadas por los demandantes en su propio nombre.

# II. PRESUNTA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 2 DE LA CONVENCIÓN

113. Los demandantes alegaron que la retirada de la nutrición e hidratación artificial de Vincent Lambert sería contraria a 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 de 11 de enero de 2014.

114. El Gobierno rebatió este argumento.

#### A. Admisibilidad

- 115. El Tribunal reitera su jurisprudencia en el sentido de que los familiares de una persona cuya muerte compromete presuntamente la responsabilidad del Estado pueden alegar ser víctimas de una violación del artículo 2 del Convenio (véase el párrafo 90 supra). Aunque Vincent Lambert sigue vivo, no cabe duda de que si se le retirara la nutrición e hidratación artificiales, su muerte se produciría en un breve plazo de tiempo. En consecuencia, aunque la violación sea potencial o futura (véase *Tauira y otros 18 c. Francia*, nº 28204/95, Decisión de la Comisión de 4 de diciembre de 1995, Decisiones e Informes 83-B,
- p. 112, p. 131), el Tribunal considera que los demandantes, en su condición de parientes cercanos de Vincent Lambert, pueden invocar el artículo 2.
- 116. El Tribunal observa que esta queja no es manifiestamente infundada en el sentido del artículo 35 § 3 (a) del Convenio. Señala además que no es inadmisible por ningún otro motivo. Por consiguiente, la reclamación debe declararse admisible.

#### B. Méritos

#### 1. Norma aplicable

117. El Tribunal reitera que la primera frase del artículo 2, que es una de las disposiciones más fundamentales del Convenio y consagra uno de los valores básicos de las sociedades democráticas que componen el Consejo de Europa (véase *McCann y otros c. el Reino Unido*, 27 de septiembre de 1995, §§ 146-47, Serie A nº 324), obliga al Estado no sólo a abstenerse de quitar la vida "intencionadamente" (obligaciones negativas), sino también a tomar las medidas necesarias para evitar que se produzcan actos de terrorismo.



medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas bajo su jurisdicción (obligaciones positivas) (véase *L.C.B. contra el Reino Unido*, 9 de junio de 1998, § 36, *Reports of Judgments and Decisions* 1998-III).

- 118. El Tribunal abordará estos dos aspectos sucesivamente y empezará examinando si el presente caso se refiere a las obligaciones negativas del Estado en virtud del artículo 2.
- 119. Aunque los demandantes reconocen que la retirada de la alimentación y la hidratación puede ser legítima en casos de obstinación irrazonable, y aceptan que existe una distinción legítima entre, por una parte, la eutanasia y el suicidio asistido y, por otra, la "abstención terapéutica", consistente en retirar o retener un tratamiento que se ha vuelto irrazonable, argumentan no obstante repetidamente en sus observaciones que, dado que, en su opinión, no se cumplen estos criterios, el presente caso se refiere a la privación intencionada de la vida; se refieren 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 había sido rechazada por el paciente o -cuando el paciente no podía expresar sus deseos- que constituía, en opinión del médico basada en factores médicos y no médicos, una obstinación irrazonable. Citaron al ponente público ante el *Conseil d'État*, quien en sus alegaciones de 20 de junio de 2014 había señalado que, al interrumpir el tratamiento, un médico no estaba quitando la vida al paciente, sino que resolvía retirarse cuando ya no había nada que hacer (véase el apartado 45 supra).
- 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, interrumpir el tratamiento sólo si su continuación demuestra una obstinación irrazonable. En sus observaciones al *Conseil d'État*, la Academia Nacional de Medicina reiteró la prohibición fundamental de que los médicos quiten deliberadamente la vida a otra persona, que constituye la base de la relación de confianza entre médico y paciente. Dicha prohibición está recogida en el artículo R. 4127-38 del Código de Salud Pública, que establece que los médicos no pueden quitar la vida intencionadamente (véase el apartado 55 supra).
- 122. En la audiencia del 14 de febrero de 2014 ante el *Conseil d'État*, el ponente público citó las declaraciones del ministro de Sanidad a los miembros del Senado que examinaban el proyecto de ley Leonetti:
  - "Aunque el acto de retirar el tratamiento... provoca la muerte, la intención que subyace al acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es especialmente importante para el personal asistencial, cuya función no es quitar la vida".
- 123. En el asunto *Glass c. el Reino Unido* ((dec.), nº 61827/00, 18 de marzo de 2003), los demandantes denunciaron, en virtud del artículo 2 del Convenio, que los médicos del hospital habían administrado a su hijo, sin su consentimiento, una dosis potencialmente letal de diamorfina.



donde estaba siendo tratado. El Tribunal observó que los médicos no habían intentado 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 v. the United Kingdom* (dec.), no. 45305/99, ECHR 2000-V).

124. El Tribunal observa que tanto los demandantes como el Gobierno hacen una distinción entre la privación intencionada de la vida y la "abstención terapéutica" (véanse los párrafos 119-20 supra), y subraya la importancia de dicha distinción. En el contexto de la legislación francesa, que prohíbe la privación intencionada de la vida y permite la retirada o la suspensión del tratamiento de mantenimiento de la vida sólo en determinadas circunstancias específicas, el Tribunal considera que el presente caso no afecta a las obligaciones negativas del Estado en virtud del artículo 2, y examinará las quejas de los demandantes únicamente desde el punto de vista de las obligaciones positivas del Estado.

## 2. Si el Estado cumplió sus obligaciones positivas

#### (a) Alegaciones de las partes y de los terceros coadyuvantes

(i) Los solicitantes

125. Los demandantes alegaron en primer lugar que la Ley Leonetti no era aplicable a Vincent Lambert, quien, en su opinión, no estaba ni enfermo ni al final de la vida, sino gravemente discapacitado. Se quejaron de la "confusión" derivada de la Ley en los siguientes puntos: la noción de obstinación irrazonable (y en particular el criterio relativo al tratamiento que no tiene "otro efecto que mantener artificialmente la vida", que consideraron extremadamente impreciso), y la clasificación de la nutrición y la hidratación artificiales como tratamiento y no como cuidados. En su opinión, la alimentación enteral de Vincent Lambert no era una forma de tratamiento que pudiera retirarse, y el concepto de obstinación irrazonable 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 la búsqueda de opiniones sobre una base puramente consultiva, siendo el médico el único que tomaba la decisión. Sostienen que son posibles sistemas alternativos que permitan a otros médicos o a los miembros de la familia, en ausencia de una persona de confianza, participar en el proceso de toma de decisiones. Por último, sostienen que la legislación debería 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 afirmó que la Ley Leonetti establecía 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 irrazonable se basaba en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia reiterados en la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones al final de la vida" del Consejo de Europa. De acuerdo con estos principios, los profesionales sanitarios tienen la obligación de administrar únicamente el tratamiento adecuado y deben guiarse únicamente por el beneficio para el paciente, que debe evaluarse en términos globales. A este respecto, deben tenerse en cuenta tanto los factores médicos como los no médicos y, en particular, los deseos del paciente. Señalan que en el debate parlamentario del proyecto de ley se rechazó una enmienda que pretendía excluir la alimentación y la hidratación artificiales del ámbito del tratamiento. Subrayaron que el tratamiento también abarca métodos e intervenciones que responden a una deficiencia funcional del paciente y que implican el uso de técnicas médicas intrusivas.

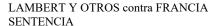
128. El Gobierno subraya que la legislación francesa prevé una serie de garantías de procedimiento: consideración de la voluntad del paciente y de la opinión de la persona de confianza, de la familia o de las personas cercanas al paciente y aplicación de un procedimiento colectivo en el que participan la familia y las personas cercanas al paciente. Por último, la decisión del médico estaba sujeta al control de un juez.

#### (iii) Los terceros coadyuvantes

## (a) Rachel Lambert

129. Rachel Lambert afirma que la Ley Leonetti somete la decisión del médico a numerosas garantías y equilibra el derecho de cada persona a recibir los cuidados más adecuados con el derecho a no someterse a un tratamiento en circunstancias que equivalen a una obstinación irrazonable. Subraya que el legislador no ha querido limitar el reconocimiento de la voluntad expresada previamente por el paciente a los casos en los que éste ha designado a una persona de confianza o ha redactado un documento de voluntades anticipadas; cuando no es así, se recaba la opinión de la familia para determinar, en primer lugar, lo que el paciente habría querido.

130. Refiriéndose al procedimiento colectivo aplicado 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 asistencial y todos los médicos y había celebrado dos reuniones con la familia. Su decisión fue ampliamente motivada y demuestra la profesionalidad de su enfoque.





- (β) François Lambert y Marie-Geneviève Lambert
- 131. François Lambert y Marie-Geneviève Lambert afirmaron que la decisión del médico se había adoptado de conformidad con la Ley Leonetti, antes citada, cuyas disposiciones recapitularon. Subrayaron que los datos que se desprendían del informe médico pericial encargado por el *Conseil d'État* eran plenamente coherentes con la noción de tratamiento que sirve únicamente para mantener la vida artificialmente, observando que era la incapacidad de Vincent Lambert para comer y beber por sí mismo, sin asistencia médica en forma de nutrición e hidratación enterales, lo que causaría su muerte.
- 132. Afirmaron que el proceso de toma de decisiones en el presente caso había sido especialmente largo, meticuloso y respetuoso con los derechos de todos los implicados, con las opiniones médicas y paramédicas solicitadas y con las opiniones de los miembros de la familia que habían sido invitados a participar (especialmente los demandantes, que habían sido asistidos por un médico de su elección durante todo el proceso) y a los que se había mantenido plenamente informados en cada fase. En su opinión, la decisión final se había adoptado de conformidad con el proceso exigido por la ley y por el Convenio, tal como se establece en la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativo al tratamiento médico en situaciones de final de vida" del Consejo de Europa.
  - (γ) Unión Nacional de Asociaciones de Familiares de Lesionados Craneales y Víctimas de Daño Cerebral (UNAFTC)
- 133. La UNAFTC se hizo eco de las preocupaciones de las familias y los establecimientos que representaba, y argumentó que los pacientes en estado vegetativo crónico o mínimamente conscientes no se encontraban en una situación de final de vida y no se les mantenía con vida artificialmente, y que cuando el estado de una persona no ponía en peligro su vida, no podía considerarse que la alimentación y la hidratación artificiales constituyeran un tratamiento que pudiera retirarse. La UNAFTC afirmó que los deseos de un paciente no podían establecerse sobre la base de los comentarios verbales comunicados por algunos de los miembros de la familia y que, en caso de duda, debía primar la vida. En cualquier caso, en ausencia de voluntades anticipadas y de una persona de confianza, no podía tomarse ninguna decisión de retirada de tratamiento en ausencia de consenso en el seno de la familia.
  - (δ) Amréso-Bethel
- 134. La asociación Amréso-Bethel, que gestiona una unidad de cuidados para pacientes en estado vegetativo mínimo consciente o crónico, facilitó detalles de los cuidados dispensados a sus pacientes.
  - (ε) Clínica de Derechos Humanos
- 135. Teniendo en cuenta la multitud de enfoques que existen en todo el mundo sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida y las diferencias en cuanto a las circunstancias en las que se permite la eutanasia pasiva, la Clínica de Derechos Humanos afirmó que





Los Estados deben tener un margen de apreciación para encontrar un equilibrio entre la autonomía personal del paciente y la protección de su vida.

#### (b) Valoración del Tribunal

- (i) Consideraciones generales
  - (α) Jurisprudencia existente
- 136. El Tribunal nunca se ha pronunciado sobre la cuestión objeto del presente recurso, pero ha examinado varios asuntos relativos a cuestiones conexas.
- 137. En un primer grupo de casos, los demandantes o sus familiares invocaron el derecho a morir, basándose en diversos artículos del Convenio.

En el asunto *Sanles Sanles*, antes citado, la demandante hizo valer, en nombre de su cuñado, que era tetrapléjico y deseaba poner fin a su vida con la asistencia de terceros y que falleció antes de que se presentara la demanda, el derecho a morir dignamente, invocando los artículos 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 14 del Convenio. El Tribunal desestimó la demanda por ser incompatible *ratione personae* con las disposiciones del Convenio.

En el asunto *Pretty*, antes citado, la demandante se encontraba en la fase terminal de una enfermedad neurodegenerativa incurable y se quejaba, invocando los artículos 2, 3, 8, 9 y 14 del Convenio, de que su marido no podía ayudarla a suicidarse sin ser perseguido por las autoridades del Reino Unido. El Tribunal no constató violación alguna de las disposiciones en cuestión.

Haas y Koch, citados anteriormente, se referían al suicidio asistido, y los demandantes invocaban el artículo 8 del Convenio. En Haas, el demandante, que padecía desde hacía tiempo un grave trastorno afectivo bipolar, deseaba poner fin a su vida y se quejaba de no poder obtener la sustancia letal necesaria para ello sin prescripción médica; el Tribunal consideró 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 vulnerado el derecho de ella y de él al respeto de su vida privada y familiar. También se quejó de la negativa de los tribunales nacionales a examinar sus quejas en cuanto al fondo, y el Tribunal concluyó que se había producido una violación del artículo 8 únicamente en ese punto.

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

En el asunto *Glass, antes citado*, los demandantes se quejaban de que los médicos del hospital habían administrado diamorfina a su hijo enfermo sin su consentimiento, y de la orden de "no reanimar" que constaba en sus notas médicas. En su decisión de 18 de marzo de 2003, citada anteriormente, el Tribunal consideró que su denuncia en virtud del artículo 2 del Convenio era manifiestamente infundada; en



en su sentencia de 9 de marzo de 2004, declaró que se había producido una violación del artículo 8 del Convenio.

En *Burke c. el Reino Unido* ((dec.), nº 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 alimentación e hidratación artificiales. El Tribunal declaró su demanda, presentada en virtud de los artículos 2, 3 y 8 del Convenio, inadmisible por estar manifiestamente infundada.

Por último, en su sentencia *Ada Rossi y otros*, antes citada, el Tribunal de Justicia declaró incompatible *ratione personae* una demanda presentada por particulares y asociaciones que se quejaban, en virtud de los artículos 2 y 3 del Convenio, de los efectos potencialmente perjudiciales para ellos de la ejecución de una sentencia del Tribunal de Casación italiano que autorizaba la interrupción de la alimentación e hidratación artificiales de una joven en estado vegetativo. <sup>1</sup>

139. El Tribunal observa que, a excepción de las violaciones del artículo 8 en *Glass* y *Koch*, citadas anteriormente, no constató ninguna violación del Convenio en ninguno de estos casos. <sup>2</sup>

#### (β) El contexto

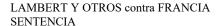
140. El artículo 2 exige que el Estado adopte las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción (véase *L.C.B. c. el Reino Unido*, antes citada, § 36, y la decisión en el asunto *Powell*, antes citado); en el ámbito de la salud pública, estas obligaciones positivas exigen que los Estados establezcan normativas que obliguen a los hospitales, ya sean privados o públicos, a adoptar las medidas adecuadas para la protección de la vida de los pacientes (véase *Calvelli y Ciglio c. Italia* [GC], no. 32967/96, § 49, TEDH 2002-I; *Glass*, citado anteriormente; *Vo v. France* [GC], no. 53924/00, § 89, TEDH 2004-VIII; y *Centro de Recursos Jurídicos en nombre de Valentin Câmpeanu, citada* anteriormente, § 130).

141. El Tribunal subraya que la cuestión que se le plantea en el presente asunto no es la de la eutanasia, sino la de la retirada de un tratamiento de mantenimiento de la vida (véase el apartado 124 supra).

142. En *Haas* (citado anteriormente, § 54), el Tribunal reiteró que el Convenio debía leerse en su conjunto (véase, *mutatis mutandis*, *Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) c. Suiza (n° 2)* [GC], nº. 32772/02, § 83, ECHR 2009). En la sentencia *Haas* (antes citada, § 54), el Tribunal consideró que era apropiado, en el contexto del examen de una posible violación del artículo 8, remitirse al artículo 2 del Convenio. El Tribunal considera que lo contrario también es aplicable: en un caso como el presente debe 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 a la noción de autonomía personal que engloba. En *Pretty* (citado anteriormente, § 67) el Tribunal

<sup>1.</sup> Este apartado ha sido rectificado en virtud del artículo 81 del Reglamento del Tribunal.

<sup>2.</sup> Este apartado ha sido rectificado en virtud del artículo 81 del Reglamento del Tribunal.







no estaba dispuesto a excluir que impedir por ley a la demandante ejercer su opción de evitar lo que ella consideraba que sería un final indigno y penoso de su vida constituyera una injerencia en su derecho al respeto de su vida privada garantizado en el artículo 8 § 1 del Convenio. En *Haas* (citada anteriormente, § 51), afirmó que el derecho de un individuo a decidir de qué manera y en qué momento debe terminar su vida era 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 en el asunto

Pretty, donde decía lo siguiente.

"... En el ámbito del tratamiento médico, la negativa a aceptar un determinado tratamiento podría, inevitablemente, conducir a un resultado 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 una manera capaz de comprometer los derechos protegidos en virtud del artículo 8 § 1 del Convenio. Como reconoce la jurisprudencia nacional, una persona puede pretender ejercer su opción de morir negándose a consentir un tratamiento que pueda tener por efecto prolongar su vida...

La esencia misma del Convenio es el respeto de la dignidad y la libertad humanas. Sin negar en modo alguno el principio de la inviolabilidad de la vida protegido por el Convenio, el Tribunal considera que es en virtud del artículo 8 donde las nociones de calidad de vida adquieren importancia. En una era de creciente sofisticación médica combinada con una mayor esperanza de vida, a muchas personas les preocupa que no se les obligue a permanecer en la vejez o en estados de avanzada decrepitud física o mental que entren en conflicto con ideas fuertemente arraigadas sobre sí mismas y su 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 retirada de tratamiento médico en *Glass* y *Burke*, citados anteriormente, 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*, citado anteriormente);
- (b) si se habían tenido en cuenta los deseos expresados previamente por el demandante y los de sus allegados, así como las opiniones de otro personal médico (véase la sentencia *Burke*, antes citada);
- (c) la posibilidad de acudir a los tribunales en caso de dudas sobre la mejor decisión a tomar en interés del paciente (ibíd.).

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

## (γ) El margen de revalorización

144. El Tribunal reitera que el artículo 2 es una de las disposiciones más fundamentales del Convenio que, en tiempo de paz, no admite ninguna excepción en virtud del artículo 15, y que interpreta estrictamente las excepciones que en él se definen (véanse, entre otras, las sentencias *Giuliani* 

# LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA



Gaggio c. Italia [GC], nº 23458/02, §§ 174-77, TEDH 2011). Sin embargo, en el marco de las obligaciones positivas del Estado, al abordar cuestiones científicas, jurídicas y éticas complejas relativas, en particular, al comienzo o al final de la vida, y a falta de consenso entre los Estados miembros, el Tribunal ha reconocido que estos últimos disponen de un cierto margen de apreciación.

En primer lugar, el Tribunal observa que en el asunto Vo (que se refería a la absolución por homicidio involuntario del médico responsable de la muerte del hijo no nacido de la demandante), al examinar el momento en que comienza la vida desde el punto de vista del artículo 2 del Convenio, concluyó que esta cuestión entraba dentro del margen de apreciación de los Estados en este ámbito. Tomó en consideración 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, entre otros, en Evans c. el Reino Unido ([GC], nº 6339/05, §§ 54-56, TEDH 2007-I, en relación con el hecho de que la legislación nacional permitía a la ex pareja del demandante retirar su consentimiento para el almacenamiento y uso de embriones creados conjuntamente por ellos) y en A, B y C c. Irlanda ([GC], nº 25579/05, § 237, TEDH 2010, en el que los demandantes se quejaban esencialmente en virtud del artículo 8 del Convenio de la prohibición del aborto en Irlanda por razones de salud y bienestar). Irlanda ([GC], nº 25579/05, § 237, TEDH 2010, en el que los demandantes se quejaban esencialmente en virtud del artículo 8 del Convenio de la prohibición del aborto en Irlanda por razones de salud y bienestar).

145. Sobre la cuestión del suicidio asistido, el Tribunal señaló, en el contexto del artículo 8 del Convenio, que no había consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa en cuanto al 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 este ámbito era "considerable" (véase *Haas, citada* anteriormente, § 55, y *Koch, citada* anteriormente, § 70).

146. El Tribunal también declaró, en términos generales, en *Ciechońska c. Polonia* (nº 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 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 artificial de mantenimiento de la vida, aunque la mayoría de los Estados parecen permitirlo. Aunque las modalidades de la retirada del tratamiento varían de un país a otro, existe un consenso sobre la importancia primordial de la voluntad del paciente en el proceso de toma de decisiones, independientemente de cómo se exprese (véanse los apartados 74-75 supra).

148. En consecuencia, el Tribunal de Justicia considera que, en este ámbito relativo al final de la vida, al igual que en el relativo al principio de la vida, debe concederse a los Estados un margen de apreciación, no sólo en cuanto a permitir o no la retirada del tratamiento artificial de mantenimiento de la vida y a las modalidades de dicha retirada, sino también en cuanto a



LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA SENTENCIA

los medios de



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 de su autonomía personal (véase, *mutatis mutandis*, la sentencia *A*, *B y C contra Irlanda*, antes citada,

§ 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 las obligaciones que le impone el 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 eran el resultado del incumplimiento por parte de las autoridades nacionales de su deber de protección en virtud del artículo 2 del Convenio.

#### (α) El marco legislativo

- 150. Los demandantes se quejaban de la falta de precisión y claridad de la legislación, que, en su opinión, no era aplicable al caso de Vincent Lambert, que no estaba enfermo ni al final de su vida. Sostuvieron además que la legislación no definía con suficiente precisión los conceptos de obstinación irrazonable y de 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 apartados 52-54 supra). Además, reitera que la interpretación es inherente a la labor del poder judicial (véase, entre otras autoridades, *Nejdet Şahin y Perihan Şahin c. Turquía* [GC], nº 13279/05, § 85, 20 de octubre de 2011). Observa que, antes de las sentencias dictadas en el presente asunto, los tribunales franceses nunca habían tenido que interpretar las disposiciones de la Ley Leonetti, pese a que llevaba nueve años en vigor. En el presente asunto, el *Conseil d'État* tuvo que aclarar el ámbito de aplicación de la Ley y definir los conceptos de "trato" y "obstinación irrazonable" (véase más adelante).

#### Ámbito 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. Consideró que de la propia redacción de las disposiciones aplicables, así como de los trabajos parlamentarios previos a la promulgación de la legislación, se desprendía claramente que las disposiciones en cuestión tenían un alcance general y eran aplicables a todos los usuarios del sistema sanitario, independientemente de que el paciente se encontrara o no en situación de final de vida (véase el apartado 33 supra).
- 153. El Tribunal señala que, en sus observaciones al *Conseil d'État*, el Sr. Jean Leonetti, ponente de la Ley, declaró en calidad *de amicus curiae* que ésta era aplicable a los pacientes que presentaban lesiones cerebrales y, por tanto



padecían una enfermedad grave incurable en fase avanzada, pero que no se encontraban necesariamente "al final de la vida". Por ese motivo, 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 a "los derechos de los pacientes *en* situaciones de final de la vida" (véanse, en el mismo sentido, las observaciones de la Academia Nacional de Medicina, apartado 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 podía retirarse o limitarse. Consideró, a la luz de los artículos L. 1110-5 y 1111-4 del Código, antes citados, y de los trabajos parlamentarios, que el legislador había querido incluir entre tales formas de tratamiento todos los actos destinados a mantener artificialmente las funciones vitales del paciente, y que la nutrición y la hidratación artificiales entraban en esa categoría de actos. Los amicus curiae presentados ante el Conseil d'État coincidieron en este punto.
- 155. El Tribunal señala que la "Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones de final de vida" del Consejo de Europa aborda estas cuestiones. La Guía especifica que el tratamiento abarca no sólo 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 sólo inciden en los síntomas y no en la etiología de la enfermedad, o que son respuestas a una disfunción orgánica. Según la Guía, la nutrición y la hidratación artificiales se administran a un paciente siguiendo una indicación médica e implican decisiones relativas a procedimientos y dispositivos médicos (perfusión, sondas de alimentación). La Guía observa que existen diferencias de enfoque entre países. Algunos consideran la alimentación y la hidratación artificiales como una forma de tratamiento que puede limitarse o retirarse en función de las circunstancias y de acuerdo con las garantías previstas en la legislación nacional. Las consideraciones que deben tenerse en cuenta a este respecto son los deseos del paciente y si el tratamiento es apropiado o no en la situación de que se trate. En otros países se consideran una forma de asistencia que satisface las necesidades básicas del individuo y que no puede retirarse a menos que el paciente, en la fase terminal de una situación de final de vida, haya expresado su deseo en ese sentido (véase el apartado 61 supra).

## El concepto de obstinación irrazonable

- 156. En virtud del artículo L. 1110-5 del Código, el tratamiento equivaldrá a una obstinación irrazonable si es fútil o desproporcionado o no tiene "otro efecto que mantener artificialmente la vida" (véase el apartado 53 supra). Es este último criterio el que se aplicó en el presente caso y que los demandantes consideran impreciso.
- 157. En sus observaciones al *Conseil d'État* en un *amicus curiae* capacidad, el Sr. Leonetti declaró que esta redacción, más estricta que la



La redacción originalmente prevista (tratamiento "que prolonga la vida artificialmente") era más restrictiva y se refería al mantenimiento artificial de la vida "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 estado no ofrece perspectivas de recuperar la conciencia de sí mismo o las relaciones con los demás" (véase el apartado 44 supra). En la misma línea, el Consejo Médico Nacional subrayó la importancia de la noción de temporalidad, observando que, cuando un estado patológico se había vuelto crónico, con el consiguiente deterioro fisiológico de la persona y la pérdida de sus facultades cognitivas y relacionales, la obstinación en administrar un tratamiento podía considerarse poco razonable si no se apreciaban signos de mejoría (ibíd.).

158. En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* detalló los factores que debía tener en cuenta el médico para evaluar si se cumplían los criterios de obstinación irrazonable, dejando claro al mismo tiempo que cada situación debía examinarse en función de sus propios méritos. Se trata de los elementos médicos (que deben abarcar un período suficientemente largo, evaluarse colectivamente y referirse, en particular, al estado actual del paciente, a su evolución, a su grado de sufrimiento y a su pronóstico clínico) y de los elementos no médicos, es decir, la voluntad del paciente, cualquiera que sea su expresión, a la que el médico debe "conceder especial importancia", así como la opinión de la persona de confianza, de la familia o de las personas cercanas al paciente.

159. El Tribunal de Justicia señala que el *Conseil d'État* estableció dos garantías importantes en dicha sentencia. En primer lugar, declaró que "el mero hecho de que una persona se encuentre en un estado irreversible de inconsciencia o, *a fortiori*, haya perdido irreversiblemente su autonomía y dependa, por tanto, de tal forma de nutrición e hidratación, no equivale por sí mismo a una situación en la que la continuación del tratamiento parezca injustificada por motivos de obstinación irrazonable". En segundo lugar, subraya que, cuando no se conocen los deseos de un paciente, no puede presumirse que consistan en una negativa a que se le mantenga con vida (véase el apartado 48 supra).

160. Sobre la base de este análisis, el Tribunal no puede suscribir los argumentos de los demandantes. Considera que las disposiciones de la Ley Leonetti, tal como fueron 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 como la del presente caso. Por consiguiente, el Tribunal concluye que el Estado estableció un marco normativo apto para garantizar la protección de la vida de los pacientes (véase el apartado 140 supra).

#### (β) El proceso de toma de decisiones

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



- 162. El Tribunal señala, en primer lugar, que ni el artículo 2 ni su jurisprudencia pueden interpretarse en el sentido de que impongan requisito alguno en cuanto al procedimiento que debe seguirse con vistas a garantizar un posible acuerdo. Recuerda que en el asunto *Burke*, antes citado, consideró compatible con el artículo 2 el procedimiento consistente en determinar la voluntad del paciente y consultar a sus allegados, así como al resto del personal médico (véase el apartado 143 supra).
- 163. El Tribunal observa que, aunque el procedimiento en Derecho francés se califica de "colectivo" e incluye varias fases de consulta (con el equipo asistencial, al menos otro médico, la persona de confianza, la familia o las personas próximas al paciente), es el médico responsable del paciente el único que toma la decisión. Se deben tener en cuenta los deseos del paciente y la propia decisión debe ir acompañada de razones y se añade al expediente médico del paciente.
- 164. En sus observaciones como *amicus curiae*, el Sr. Jean Leonetti señaló que la Ley atribuía al médico la responsabilidad exclusiva de la decisión de retirar el tratamiento y que se había decidido no trasladar esa responsabilidad a la familia, para evitar cualquier sentimiento de culpa y garantizar la identificación de la persona que tomaba la decisión.
- 165. Del material de derecho comparado de que dispone el Tribunal se desprende que en los países que autorizan la retirada del tratamiento, y en los que el paciente no ha redactado ningún documento de voluntades anticipadas, existe una gran variedad de disposiciones que regulan la toma de la decisión final de retirar el tratamiento. Puede ser adoptada por el médico (es la situación más frecuente), conjuntamente por el médico y la familia, por la familia o el representante legal, o por los tribunales (véase el apartado 75 supra).
- 166. El Tribunal de Justicia observa que el procedimiento colectivo en el presente asunto duró de septiembre de 2013 a enero de 2014 y que, en todas las fases de su aplicación, superó los requisitos establecidos por la ley. Mientras que el procedimiento prevé la consulta de otro médico y, en su caso, de un segundo, el Dr. Kariger consultó a seis médicos, uno de los cuales fue designado por los demandantes. Convocó una reunión de prácticamente todo el equipo asistencial y celebró dos reuniones con la familia, a las que asistieron la esposa de Vincent Lambert, sus padres y sus ocho hermanos. Tras estas reuniones, la esposa de Vincent Lambert y seis de sus hermanos se pronunciaron a favor de la retirada del tratamiento, al igual que cinco de los seis médicos consultados, mientras que los demandantes se opusieron. El médico se entrevistó también con François Lambert, sobrino de Vincent Lambert. Su decisión, de trece páginas (de las que se leyó a la familia una versión abreviada de siete páginas), estaba motivada de forma muy detallada. El Conseil d'État consideró en su sentencia de 24 de junio de 2014 que no estaba viciada por ninguna irregularidad (véase el apartado 50 supra).
- 167. El *Conseil d'État consideró* que el médico había respetado la obligación de consultar a la familia y que había sido lícito que tomara



su decisión a falta de unanimidad entre los miembros de la familia. El Tribunal de Justicia señala que el Derecho francés, en su versión actual, prevé la consulta a la familia (y no su participación en la adopción de la decisión), pero no prevé la mediación en caso de desacuerdo entre los miembros de la familia. Tampoco especifica el orden en que deben tenerse en cuenta las opiniones de los miembros de la familia, a diferencia de lo que ocurre en algunos otros países.

168. El Tribunal toma nota de la ausencia de consenso sobre este tema (véase el apartado 165 supra) y considera que la organización del proceso de toma de decisiones, incluida la designación de la persona que toma la decisión final de retirar el tratamiento y las disposiciones detalladas para la toma de la decisión, entran dentro del margen de apreciación del Estado. Señala que el procedimiento en el presente caso fue largo y meticuloso, superando los requisitos establecidos por la ley, y considera que, aunque los demandantes no están de acuerdo con el resultado, dicho procedimiento cumplió los requisitos que se derivan del artículo 2 del Convenio (véase el apartado 143 supra).

## (γ) Recursos judiciales

169. Por último, el Tribunal examinará los recursos de que disponían los demandantes en el presente asunto. Observa que el *Conseil d'État*, llamado por primera vez a pronunciarse sobre un recurso contra una decisión de retirada de tratamiento en virtud de la Ley Leonetti, aportó algunas precisiones importantes en sus sentencias de 14 de febrero y 24 de junio de 2014 sobre el alcance del control efectuado por el juez de las solicitudes urgentes del tribunal administrativo en casos como el presente.

170. Los demandantes habían presentado ante el tribunal administrativo una demanda urgente de protección de una libertad fundamental en virtud del artículo L. 521-2 del Código de los Tribunales Administrativos. Este artículo prevé que el juez, "cuando conozca de una demanda de este tipo justificada por una urgencia particular, podrá ordenar todas las medidas necesarias para salvaguardar una libertad fundamental presuntamente violada de manera grave y manifiestamente ilegal por una autoridad administrativa". Cuando conoce de una demanda por este motivo, el juez de lo contencioso-administrativo que conoce de una demanda urgente resuelve normalmente por sí solo y con carácter de urgencia, y puede ordenar medidas cautelares basándose en un criterio "claro y evidente" (ilegalidad manifiesta).

171. El Tribunal de Justicia recuerda que, tal como ha sido definida por el *Conseil d'État* (véase el apartado 32 supra), la función del juez de medidas urgentes implica no sólo la facultad de suspender la ejecución de la decisión del médico, sino también la de proceder a un control completo de su legalidad (y no limitarse a aplicar el criterio de la ilegalidad manifiesta), en su caso formando parte de un colegio de jueces y, si fuera necesario, tras haber encargado un informe médico pericial y recabado el dictamen de personas que actúen en calidad de *amicus curiae*.



- 172. Por otra parte, el *Conseil d'État* precisó en su sentencia de 24 de junio de 2014 que la función particular del juez en tales asuntos implicaba que debía examinar -además de las alegaciones relativas a la ilegalidad de la resolución controvertida- las alegaciones relativas a la incompatibilidad de las disposiciones legislativas aplicadas con el Convenio.
- 173. El Tribunal de Justicia señala que el *Conseil d'État* examinó el asunto reunido en pleno (la Asamblea Judicial, compuesta por diecisiete miembros), lo que es muy poco habitual en los procedimientos de medidas cautelares. En su resolución de 14 de febrero de 2014, señaló que la evaluación realizada en el Hospital Universitario de Lieja databa de dos años y medio antes, y consideró necesario disponer de la información más completa posible sobre el estado de salud de Vincent Lambert. En consecuencia, encargó un informe médico pericial, que confió a tres especialistas reconocidos en neurociencias. Además, habida cuenta de la amplitud y la dificultad de las cuestiones planteadas por el caso, solicitó a la Academia Nacional de Medicina, al Comité Consultivo Nacional de Deontología, al Consejo Médico Nacional y al Sr. Jean Leonetti que le presentaran observaciones generales en calidad de *amici curiae*, con el fin de aclarar, en particular, los conceptos de obstinación irrazonable y de mantenimiento artificial de la vida.
- 174. El Tribunal observa que el informe pericial fue elaborado con gran profundidad. Los expertos 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 pertinentes para su informe. Entre el 24 de marzo y el 23 de abril de 2014 también se reunieron con todas las partes implicadas (la familia, el equipo médico y asistencial, los consultores médicos y los representantes de UNAFTC y del hospital).
- 175. En su sentencia de 24 de junio de 2014, el *Conseil d'État* comenzó por examinar la compatibilidad de las disposiciones pertinentes del Código de Salud Pública con los artículos 2, 8, 6 y 7 del Convenio (véase el apartado 47 supra), antes de evaluar la conformidad de la decisión del Dr. Kariger con las disposiciones del Código (véanse los apartados 48 a 50 supra). Su examen se centró en la legalidad del procedimiento colectivo y en el respeto de los requisitos de fondo previstos por la ley, que consideró satisfechos, en particular a la luz de las conclusiones del informe pericial. Señaló, en particular, que de las conclusiones de los peritos se desprendía que el estado clínico de Vincent Lambert correspondía a un estado vegetativo crónico, que había sufrido lesiones graves y extensas cuya gravedad, unida al período de cinco años y medio transcurrido desde el accidente, permitía concluir que era irreversible y que existía un "mal pronóstico clínico". En opinión del *Conseil d'État*, estas conclusiones confirmaban las del Dr. Kariger.
- 176. El Tribunal de Justicia observa además que el *Conseil d'État*, tras subrayar "la especial importancia" que el médico debe conceder a la voluntad del paciente (véase el apartado 48 supra), trató de averiguar cuál había sido la voluntad de Vincent Lambert. Como éste no había redactado ninguna voluntad anticipada



directivas o designado a una persona de confianza, el Conseil d'État tomó en consideración el testimonio de su esposa, Rachel Lambert. Señaló que ella y su marido, ambos enfermeros con experiencia en pacientes en reanimación y con discapacidades múltiples, habían hablado a menudo de sus experiencias profesionales y que, en varias ocasiones, Vincent Lambert había expresado su deseo de no ser mantenido con vida artificialmente en un estado de gran dependencia (véase el apartado 50 supra). El Conseil d'État constató que dichas observaciones - cuyo tenor fue confirmado por uno de los hermanos de Vincent Lambert - habían sido relatadas por Rachel Lambert con todo detalle y con las fechas correspondientes. También tuvo en cuenta el hecho de que varios de los otros hermanos de Vincent Lambert habían declarado que esas observaciones eran acordes con la personalidad, la experiencia pasada y las opiniones de su hermano, y señaló que los demandantes no alegaban que éste hubiera expresado observaciones en sentido contrario. El Conseil d'État observó, por último, que la consulta de la familia, prescrita por la ley, había tenido lugar (ibid.).

177. Los demandantes alegaron, basándose en el artículo 8 del Convenio, que el *Conseil d'État* no debería haber tomado en consideración las observaciones orales de Vincent Lambert, que consideraron demasiado generales.

178. El Tribunal recuerda, en primer lugar, que el paciente es la parte principal del proceso de toma de decisiones y que su consentimiento debe seguir siendo el núcleo del mismo; esto es así incluso cuando el paciente no puede expresar sus deseos. La "Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones de final de vida" del Consejo de Europa recomienda que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones a través de los deseos expresados previamente, que pueden haber sido confiados oralmente a un miembro de la familia o a un amigo íntimo (véase el apartado 63 supra).

179. Por otra parte, el Tribunal de Justicia observa que, según el material de Derecho comparado de que dispone, a falta de voluntades anticipadas o de "testamento vital", varios países exigen que se realicen esfuerzos para conocer la voluntad presunta del paciente, por diversos medios (declaraciones del representante legal o de la familia, otros elementos que atestigüen la personalidad y las convicciones del paciente, etc.).

180. Por último, el Tribunal de Justicia recuerda que, en su sentencia *Pretty* (antes citada, apartado 63), reconoció el derecho de toda persona a negarse a dar su consentimiento a un tratamiento que pudiera tener por efecto prolongar su vida. Por consiguiente, estima que el *Conseil d'État* podía considerar que los testimonios que le fueron presentados eran suficientemente precisos para establecer cuál había sido la voluntad de Vincent Lambert en cuanto a la retirada o continuación de su tratamiento.

## (δ) Consideraciones finales

181. El Tribunal es plenamente consciente de la importancia de las cuestiones planteadas por el presente asunto, que se refiere a asuntos médicos, jurídicos y éticos extremadamente complejos. En las circunstancias del caso, el Tribunal reitera que



correspondía en primer lugar a las autoridades nacionales verificar si la decisión de retirar el tratamiento era compatible con la legislación nacional y con el Convenio, y establecer los deseos del paciente de conformidad con la legislación nacional. El papel del Tribunal consistía en determinar si el Estado había cumplido sus obligaciones positivas en virtud del artículo 2 del Convenio.

Sobre la base de este planteamiento, el Tribunal ha considerado que tanto el marco legislativo establecido por el Derecho interno, tal como fue interpretado por el *Conseil d'État*, como el proceso de toma de decisiones, que se llevó a cabo de forma meticulosa en el presente asunto, son compatibles con las exigencias 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 asunto fue objeto de un examen en profundidad en el curso del cual pudieron expresarse todos los puntos de vista y se consideraron cuidadosamente todos los aspectos, a la luz tanto de un informe médico pericial detallado como de las observaciones generales de los organismos médicos y éticos de más alto nivel.

Por consiguiente, el Tribunal concluye que las autoridades nacionales cumplieron las obligaciones positivas que les incumben en virtud del artículo 2 del Convenio, habida cuenta del margen de apreciación de que disponen en el presente asunto.

#### (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. SUPUESTA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 8 DE LA CONVENCIÓN

- 183. Los demandantes sostenían que eran víctimas potenciales de una violación de su derecho al respeto de su vida familiar con su hijo y su hermano, en infracción del artículo 8 del Convenio.
- 184. El Tribunal opina que esta queja queda absorbida por las planteadas por los demandantes en virtud del artículo 2 del Convenio. A la vista de su conclusión relativa a dicho artículo (véase el apartado 182 supra), el Tribunal considera que no es necesario pronunciarse por separado sobre esta reclamación.

## IV. PRESUNTA VIOLACIÓN DEL ARTÍCULO 6 DE LA CONVENCIÓN

185. Los demandantes denunciaron además que el médico que adoptó la decisión de 11 de enero de 2014 no era imparcial, ya que había adoptado anteriormente la misma decisión, y que el informe médico pericial encargado por el *Conseil d'État* no había sido totalmente contradictorio.

Se basaron en el artículo 6 § 1 del Convenio, cuyas partes pertinentes establecen:



#### 52 LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA SENTENCIA

"En la determinación de sus derechos y obligaciones civiles ... toda persona tiene derecho a ser oída ... con las debidas garantías ... por un tribunal independiente e imparcial establecido por la ley".

186. Incluso 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 quejas, en la medida en que no han sido tratadas ya en virtud del artículo 2 del Convenio (véanse los apartados 150-181 supra), son manifiestamente infundadas.

187. De ello se deduce que este aspecto de la demanda debe desestimarse con arreglo al artículo 35 §§ 3 (a) y 4 del Convenio.

## POR ESTAS RAZONES, EL TRIBUNAL

- 1. *Declara*, por unanimidad, admisible el recurso por lo que respecta a la reclamación formulada por los demandantes en su propio nombre al amparo del artículo 2;
- 2. *Declara*, por doce votos contra cinco, la inadmisibilidad del recurso en todo lo demás:
- 3. *Rechaza*, por unanimidad, la solicitud de Rachel Lambert de representar a Vincent Lambert como tercero coadyuvante;
- 4. *Declara*, por doce votos contra cinco, 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;
- 5. *Declara*, por doce votos contra cinco, que no es necesario pronunciarse por separado sobre la reclamación basada en el artículo 8 del Convenio.

Hecho en inglés y en francés, y pronunciado en audiencia pública en el Edificio de Derechos Humanos de Estrasburgo, el 5 de junio de 2015.

## Erik FriberghDean Spielmann

Secretario Presidente

De conformidad con el artículo 45 § 2 del Convenio y el artículo 74 § 2 del Reglamento del Tribunal, se adjuntan a la presente sentencia los votos particulares de los Jueces Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano y Gritco.



# LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA SENTENCIA

\_\_\_\_

53

D.S. E.F.



53



LAMBERT Y OTROS contra FRANCIA SENTENCIA - OPINIÓN SEPARADA

## OPINIÓN PARCIALMENTE DISIDENTE CONJUNTA DE LOS JUECES HAJIYEV, ŠIKUTA, TSOTSORIA, DE GAETANO Y GRITCO

- 1. Lamentamos tener que disociarnos de la opinión de la mayoría expresada en los puntos 2, 4 y 5 del fallo de la sentencia en este caso. Después de una considerable reflexión, creemos que una vez que todo está dicho y escrito en esta sentencia, después de que todas las sutiles distinciones jurídicas se hacen y todos los pelos finos se dividen, lo que se está proponiendo es nada más y nada menos que una persona con discapacidad grave que es incapaz de comunicar sus deseos sobre su condición actual puede, sobre la base de una serie de supuestos cuestionables, ser privado de dos necesidades básicas para mantener la vida, a saber, alimentos y agua, y además que el Convenio es impotente frente a esta realidad. Consideramos que esta conclusión no sólo es aterradora, sino que -y lamentamos mucho tener que decir esto- equivale a un paso atrás en el grado de protección que el Convenio y el Tribunal han otorgado hasta ahora a las personas vulnerables.
- 2. Para llegar a la conclusión del apartado 112 de la presente sentencia, la mayoría procede a examinar la jurisprudencia existente en la que las instituciones del Convenio han aceptado que un tercero pueda, en circunstancias excepcionales, actuar en nombre y por cuenta de una persona vulnerable, aunque ésta no haya manifestado expresamente su voluntad de presentar una solicitud. La mayoría deduce de dicha jurisprudencia dos criterios principales que deben aplicarse en tales casos: el riesgo de que la víctima directa se vea privada de la protección efectiva de sus derechos y la inexistencia de un conflicto de intereses entre la víctima y el solicitante (véase el apartado 102 de la presente sentencia). Si bien estamos de acuerdo con estos dos criterios como tales, discrepamos totalmente de la forma en que la mayoría los aplica en las circunstancias particulares del presente asunto.

Por lo que respecta al primer criterio, es cierto que los demandantes pueden invocar, y de hecho invocaron, el artículo 2 en su propio nombre. Sin embargo, ahora que el Tribunal ha reconocido el *locus standi* de una organización no gubernamental para representar a una persona fallecida (véase *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC], no. 47848/08, TEDH 2014), no vemos ninguna razón válida para no seguir el mismo enfoque con respecto a los demandantes en el presente caso. De hecho, como familiares cercanos de Vincent Lambert, tienen, *a fortiori*, una justificación aún mayor para actuar en su nombre ante el Tribunal.

Por lo que respecta al segundo criterio, la mayoría considera que, dado que las decisiones internas impugnadas se basaban en la certeza de que Vincent Lambert no habría deseado que se le mantuviera con vida en las condiciones en las que ahora se encuentra, no está "acreditado que exista una convergencia de intereses entre las afirmaciones de los demandantes y lo que Vincent Lambert habría deseado" (véase el apartado 104 de la presente sentencia). Este

54

afirmación sólo sería correcta si -y en la medida en que- los demandantes alegaran una violación del derecho a la autonomía personal de Vincent Lambert 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 (véase *Haas c. Suiza*, nº 31322/07, § 51, TEDH 2011). Sin embargo, aunque los demandantes sí 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 pretenden defender ante el Tribunal. Sus principales quejas planteadas en nombre de Vincent Lambert se basan en los artículos 2 y 3 del Convenio. A diferencia del artículo 8, que protege una panoplia extremadamente amplia de acciones humanas basadas en elecciones personales y que van en varias 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, TEDH 2002-III). Del mismo modo, el artículo 3 garantiza un derecho positivo a no ser sometido a malos tratos, pero ningún "derecho" en absoluto 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 de sentido único". 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 ninguna falta de "convergencia de intereses" entre él y los demandantes en el presente caso, o incluso albergar la más mínima duda sobre este punto.

En estas circunstancias, estamos convencidos de que los demandantes sí estaban legitimados para actuar en nombre y por cuenta de Vincent Lambert, y que sus respectivas reclamaciones deberían haber sido declaradas compatibles *ratione personae* con las disposiciones del Convenio.

- 3. Nos gustaría dejar claro desde el principio que si se hubiera tratado de un caso en el que la persona en cuestión -Vincent Lambert en este casohubiera expresado claramente su deseo de que no se le permitiera seguir viviendo debido a su grave discapacidad física y al dolor asociado a la misma, o, en vista de esa situación, hubiera rechazado claramente la comida y el agua, no habríamos encontrado ninguna objeción a que se detuviera o se retuviera la hidratación y la alimentación si la legislación nacional así lo dispusiera (y salvando siempre el derecho de los miembros de la profesión médica a negarse a ser parte en ese procedimiento por objeción de conciencia). Uno puede no estar de acuerdo con una ley así, pero en tal situación se enfrentan, por así decirlo, dos derechos de la Convención: 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 se subsume en el artículo 8. En semejante contienda se puede convenir en que "el respeto de la dignidad humana y de la libertad del ser humano" (subrayado en Pretty, antes citado,
- § 65) puede prevalecer. Pero esa no es la situación de Vincent Lambert.
- 4. Vincent Lambert se encuentra, según las pruebas disponibles, en un estado vegetativo persistente, con una consciencia mínima, si es que la tiene. No lo está,



sin embargo, muerte cerebral: hay un fallo de funcionamiento a un nivel del cerebro, pero no a todos los niveles. De hecho, puede respirar por sí mismo (sin la ayuda de una máquina de soporte vital) y puede digerir alimentos (el tracto gastrointestinal está intacto y funciona), pero tiene dificultades para tragar, para hacer pasar alimentos sólidos por el esófago. Y lo que es más importante, no hay pruebas, convincentes o no, de que sufra dolor (a diferencia de la incomodidad evidente de estar constantemente en cama o en una silla de ruedas). Nos llama especialmente la atención una alegación formulada por los demandantes ante este Tribunal en sus observaciones de 16 de octubre de 2014 sobre la admisibilidad y el fondo (véanse los apartados 51 y 52), y que en realidad no ha sido rebatida por el Gobierno, en el sentido siguiente:

"El Tribunal debe darse cuenta de que, como cualquier persona en estado de conciencia gravemente disminuida, el Sr. Lambert puede levantarse de la cama, vestirse, sentarse en una silla de ruedas y salir de su habitación. Muchos pacientes en un estado comparable al suyo residen en una residencia especializada y pueden pasar los 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 accedió a que los padres de Vincent Lambert se 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 ningún cambio en su estado en el ínterin."

De las pruebas presentadas ante este Tribunal se desprende que la alimentación enteral implica una invasión física mínima, no causa dolor al paciente y, con una formación mínima, dicha alimentación puede seguir siendo administrada por la familia o los parientes del Sr. Lambert (y los demandantes se han ofrecido a hacerlo), aunque la mezcla de alimentos que debe administrarse sigue siendo algo que debe prepararse en una clínica u hospital. En este sentido, la alimentación enteral y la hidratación (independientemente de si se denomina "tratamiento", "cuidados" o simplemente "alimentación") son totalmente *proporcionales* a la situación en la que se encuentra Vincent Lambert. En este contexto, no sabemos, incluso después de escuchar los alegatos orales en este caso, por qué el traslado de Vincent Lambert a una clínica especializada - la residencia Bethell - donde puede ser atendido (liberando así al Hospital Universitario de Reims de esa obligación) ha sido bloqueado por las autoridades.

En otras palabras, Vincent Lambert está vivo y recibe cuidados. También está siendo alimentado - y la comida y el agua son dos necesidades vitales básicas, y están íntimamente ligadas a la dignidad humana. Este vínculo íntimo se ha afirmado repetidamente en numerosos documentos internacionales2 Por lo tanto, nos preguntamos qué puede justificar que un Estado permita que un médico - el Dr. Kariger o, puesto que ha dimitido y abandonado el Hospital Universitario de Reims3, algún otro médico - en este

<sup>1.</sup> Véanse las observaciones de la asociación de terceros intervinientes Amréso-Bethel.

<sup>2.</sup> Basta con remitirse a la Observación General nº 12 y a la Observación General nº 15 adoptadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su vigésimo y vigésimo noveno períodos de sesiones, respectivamente.

56



En las circunstancias del presente caso, ¿cuál es la razón primordial que justifica que el Estado no intervenga para proteger la vida? ¿Cuál es la razón primordial, en las circunstancias del presente caso, que justifica que el Estado no intervenga para proteger la vida? ¿Son consideraciones económicas? No se ha aducido ninguna en este caso. ¿Es porque la persona sufre un dolor considerable? No hay pruebas de ello. ¿Es porque la persona ya no tiene utilidad o importancia para la sociedad, de hecho ya no es una persona y sólo tiene "vida biológica"?

5. Como ya se ha señalado, no existe ningún indicio claro o seguro de cuáles son realmente (o incluso eran) los deseos de Vincent Lambert en relación con la continuación o no de su alimentación e hidratación en la situación en la que se encuentra ahora. Aunque era enfermero antes del accidente que le dejó en su estado actual, nunca formuló "voluntades anticipadas" ni nombró a "una persona de confianza" a efectos de las diversas disposiciones del Código de Salud Pública. El Conseil d'État, en su decisión de 24 de junio de 2014, hizo mucho hincapié en las conversaciones evidentemente casuales que Vincent Lambert había mantenido con su esposa (y al parecer en una ocasión también con su hermano, Joseph Lambert) y llegó a la conclusión de que "no podía considerarse que el Dr. Kariger [hubiera] interpretado incorrectamente los deseos expresados por el paciente antes del accidente "4. En asuntos de tal gravedad no debería haber bastado nada menos que la certeza absoluta. La "interpretación" a posteriori de lo que las personas pueden haber dicho o no años antes (y en perfecto estado de salud) en conversaciones informales expone claramente el sistema a graves abusos. Incluso si, en aras de la argumentación, Vincent Lambert hubiera expresado efectivamente la opinión de que se habría negado a ser mantenido en un estado de gran dependencia, tal declaración no ofrece, en nuestra opinión, un grado suficiente de certeza en cuanto a su deseo de ser privado de alimentos y agua. Como señalan los demandantes en los apartados 153 y 154 de sus observaciones, lo que tampoco ha sido negado ni desmentido por el Gobierno demandado:

"Si el Sr. Vincent Lambert hubiera querido realmente que su vida terminara, si realmente se hubiera 'rendido' psicológicamente, si real y verdaderamente hubiera querido morir, [él] ya estaría muerto en este momento. No habría sobrevivido durante treinta y un días sin comer (entre la primera vez que se interrumpió su alimentación, el 10 de abril de 2013, y la primera orden del Tribunal Administrativo de Châlons-en-Champagne, de 11 de mayo de 2013, que ordenaba reanudar su alimentación) si algo dentro de él, una fuerza interior, no le hubiera hecho luchar por seguir vivo. Nadie sabe cuál es esa fuerza vital. ¿Quizá, inconscientemente, el hecho de ser padre y el deseo de ver a su hija? Tal vez sea otra cosa. Lo que es innegable es que el Sr. Vincent Lambert ha demostrado con sus actos una voluntad de vivir que sería un error ignorar.

<sup>3.</sup> Véanse las observaciones de los demandantes, apartado 164.

<sup>4.</sup> Véase el apartado 30 de dicha resolución, citado en el apartado 50 de la presente sentencia.



Por el contrario, cualquier persona que trabaje con pacientes en estado de consciencia alterada le dirá que una persona en su estado que renuncia a vivir muere en diez días. En el presente caso, el Sr. Lambert sobrevivió durante treinta y un días sin comer y con sólo 500 ml de líquido al día".

Sin embargo, todo este énfasis en los presuntos deseos o intenciones de Vincent Lambert resta importancia a otra cuestión importante, a saber, el hecho de que, con arreglo al Derecho francés aplicable en el presente asunto, cuando un paciente está inconsciente y no ha formulado voluntades anticipadas, sus deseos y las opiniones o deseos de su familia sólo complementan el análisis de lo que el médico encargado del paciente percibe como realidad médica. En otras palabras, los deseos del paciente no son, en tal situación, determinantes en modo alguno del resultado final. Los tres criterios establecidos en el artículo L. 1110-5 del Código de Salud Pública - futilidad, desproporción y mantenimiento artificial de la vida - son los únicos pertinentes. Como ha declarado el Conseil d'État, deben tenerse en cuenta los deseos expresados por el paciente y debe concederse especial importancia a dichos deseos (véanse los apartados 47-48 de la presente sentencia), pero éstos nunca son determinantes. En otras palabras, una vez que el médico responsable ha decidido, como en el presente caso, que se aplica el tercer criterio, la suerte está echada y el procedimiento colectivo es esencialmente una mera formalidad.

- 6. De ninguna manera puede considerarse que Vincent Lambert se encuentre en una situación "terminal". Lamentablemente, pronto se encontrará en esa situación, después de que se le retire o deniegue la alimentación y la hidratación. Las personas que se encuentran en una situación aún peor que la de Vincent Lambert no están en una situación terminal inminente (siempre que no haya otra patología concurrente). Su alimentación -independientemente de si se considera tratamiento o cuidados- sirve para mantener la vida. Por lo tanto, sigue siendo un medio ordinario de mantener la vida y, en principio, debe continuar.
- 7. Las cuestiones relativas al suministro de nutrición e hidratación suelen matizarse con el término "artificial", lo que, como ha ocurrido en este caso, da lugar a confusiones innecesarias. Toda forma de alimentación -ya sea colocar un biberón en la boca de un bebé o utilizar los cubiertos del refectorio para llevarse la comida a la boca- es, en cierta medida, artificial, ya que se está mediando la ingestión de los alimentos. Pero cuando se trata de un paciente en las condiciones de Vincent Lambert, la verdadera pregunta que debe plantearse (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: ¿la hidratación y la nutrición benefician a la persona sin causarle una carga indebida de dolor o sufrimiento o un gasto excesivo de recursos? Si la respuesta es afirmativa, existe una obligación positiva de preservar la vida. Si las cargas superan los beneficios, entonces la obligación del Estado puede, en los casos apropiados, cesar. En este contexto, añadiríamos, además, que el margen de apreciación de un Estado, al que se hace referencia en el apartado 148 de la presente sentencia, no es ilimitado y, por muy amplio que sea, debe considerarse siempre a la luz de los valores que sustentan el Convenio, entre los que destaca el valor de la vida. El



El Tribunal ha afirmado a menudo que el Convenio debe leerse en su conjunto (principio al que se hace referencia en el apartado 142) e interpretarse (y diríamos también aplicarse) de manera que se promueva la coherencia interna y la armonía entre sus diversas disposiciones y los distintos valores que en él se consagran (véanse, aunque en contextos diferentes, Stec y otros c. el Reino Unido (dec. el Reino Unido (dec.) [CG], núms. 65731/01 y 65900/01, § 48, TEDH 2005-X, y Austin y otros c. el Reino Unido [CG], núms. 39692/09, 40713/09 y 41008/09, § 54, TEDH 2012). Por lo tanto, al apreciar este margen de apreciación en las circunstancias del presente asunto, y el método elegido por las autoridades francesas para "equilibrar" los posibles intereses en conflicto, el Tribunal debería haber dado más peso al valor de la vida. También hay que recordar que no estamos en una situación en la que se pueda decir legítimamente que puede haber alguna duda sobre si hay o no vida o "vida humana" (como en los casos que tratan de la fertilidad y los embriones humanos - la cuestión de "cuándo empieza la vida humana"). Tampoco es un caso en el que haya dudas sobre si Vincent Lambert está vivo o no. En nuestra opinión, una persona en las condiciones de Vincent Lambert es una persona con una dignidad humana fundamental y, por lo tanto, de conformidad con los principios en los que se basa el artículo 2, debe recibir una atención o tratamiento ordinario y proporcionado que incluya la administración de agua y alimentos.

- 8. Estamos de acuerdo con los demandantes en que la ley en cuestión carece de claridad5: sobre lo que es un tratamiento ordinario y extraordinario, sobre lo que equivale a una obstinación irrazonable y, más críticamente, sobre lo que equivale a prolongar (o mantener) la vida artificialmente. Es cierto que corresponde en primer lugar a los órganos jurisdiccionales internos interpretar y aplicar la ley, pero también nos parece evidente que el Conseil d'État, en su sentencia de 24 de junio de 2014, adoptó acríticamente la interpretación dada por el Sr. Leonetti y, además, resolvió de manera somera la cuestión de la compatibilidad del Derecho interno con los artículos 2 y 8 del Convenio (véase el apartado 47 de la presente sentencia), concediendo importancia únicamente al hecho de que "se había respetado el procedimiento". Es cierto que este Tribunal no debe actuar como un tribunal de cuarta instancia y que debe respetarse 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 paralizadas y que no pueden comunicar sus deseos a otras personas.
- 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 otro. Sin embargo, debido a la forma en que se ha interpretado el Derecho interno y a la forma en que se ha aplicado a los hechos del caso examinado, discrepamos profundamente de lo que se afirma en el apartado 141 de la presente sentencia. El caso sometido a este Tribunal es un caso de eutanasia, aunque sea con otro nombre. En principio nunca es aconsejable

<sup>5.</sup> También hay un indicio de ello en el apartado 56.



de utilizar adjetivos o adverbios fuertes en los documentos judiciales, pero en el presente caso es ciertamente totalmente 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, tal y como los interpreta el más alto tribunal administrativo, cuando se aplican a una persona que está inconsciente y sometida a un "tratamiento" que no es realmente terapéutico sino simplemente una cuestión de cuidados de enfermería, en realidad tiene como resultado precipitar una muerte que de otro modo no se produciría en un futuro previsible.

10. El ponente público ante el *Conseil d'État* afirma (en los apartados 31 y 122 de la presente sentencia) (citando al Ministro de Sanidad mientras el proyecto de ley Leonetti se tramitaba en el Senado) que "[s]i bien el acto de retirar el tratamiento... provoca la muerte, la intención que subyace al acto [no es matar; es] permitir que la muerte reanude su curso natural y aliviar el sufrimiento. Esto es especialmente importante para el personal sanitario, cuya función no es quitar la vida". Tanto el Conseil d'État como este Tribunal han hecho mucho eco de esta afirmación. No estamos de acuerdo. Aparte del hecho de que, como ya hemos dicho, no hay pruebas en el presente caso de que el Sr. Lambert esté sufriendo de alguna manera, esa afirmación sería correcta si, y sólo si, se hiciera una distinción adecuada entre cuidados (o tratamiento) ordinarios y cuidados (o tratamiento) extraordinarios. Alimentar a una persona, incluso por vía enteral, es un acto de cuidado ordinario, y al retener o retirar la comida y el agua se produce inevitablemente la muerte (que de otro modo no se habría producido en un futuro previsible). Uno puede no querer la muerte del sujeto en cuestión, pero al querer la acción u omisión que uno sabe que con toda probabilidad conducirá a esa muerte, de hecho uno tiene la intención de matar a ese sujeto. Este es, después de todo, el concepto de intención indirecta positiva como una de las dos ramas del concepto de dolus en Derecho penal.

11. En 2010, con motivo de su 50 aniversario, el Tribunal aceptó el título de *La conciencia de Europa* al publicar un libro con ese mismo título. Suponiendo, en aras de la argumentación, que una institución, a diferencia de los individuos que la componen, pueda tener conciencia, dicha conciencia no sólo debe estar bien informada, sino que también debe estar sustentada por elevados valores morales o éticos. Estos valores deben ser siempre la luz que nos guíe, con independencia de toda la paja jurídica que pueda arrojarse en el curso del análisis de un caso. No basta con reconocer, como se hace en el apartado 181 de la presente sentencia, que un asunto "se refiere a cuestiones médicas, jurídicas y éticas extremadamente complejas"; es de la esencia misma de una conciencia, basada en la *recta ratio, que se* permita que las cuestiones éticas configuren y guíen el razonamiento jurídico hasta su destino final adecuado. En eso consiste la conciencia. Lamentamos que el Tribunal, con esta sentencia, haya perdido el título mencionado.