

Los dilemas bioéticos de la legalización de la ‘ayuda activa a morir’ en Francia

The bioethical dilemmas of legalizing ‘active aid in dying’ in France

Maroun BADR*

Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum,
Roma, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n4.03>

Resumen

La eutanasia y el suicidio asistido están prohibidos por la legislación francesa. La Convención Ciudadana sobre el Final de la Vida, creada en diciembre de 2022, se encargó de evaluar el marco de la asistencia al final de la vida. Su informe final muestra que la mayoría de los miembros de la Convención están a favor de una evolución de la ley hacia la “ayuda activa a morir”. Esta conclusión constituye la base de un proyecto de ley que se estudiará antes del verano de 2024. Este artículo analiza los principales dilemas bioéticos en juego si se aprueba la ley.

Palabras clave: final de la vida, dignidad, medicina, autonomía, cuidados paliativos.

* Doctor en bioética, Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolo-rum, Roma, Italia. Correo electrónico: contact@marounbadr.fr
<https://orcid.org/0000-0001-9378-6273>
Recepción: 14/03/2024 Aceptación: 16/04/2024

Introducción

Pocos días después de que el aborto fuera consagrado como una libertad fundamental en la Constitución francesa (1), el 10 de marzo de 2024, el presidente francés Emmanuel Macron anunció un proyecto de ley para una “ayuda activa a morir” (AAD) (2). Aunque este término es, en palabras del presidente, “simple y humano” y evita cualquier referencia a los conceptos de eutanasia o suicidio asistido, su definición oficial es la siguiente:

El término “ayuda activa a morir” se refiere a cualquier acto destinado a provocar la muerte de una persona, a petición suya, que padezca una enfermedad grave e incurable que se encuentre en fase avanzada o terminal. El término puede referirse tanto a la eutanasia como al suicidio asistido. Según la legislación de que se trate, puede referirse a ambos conceptos o a uno u otro (3, p. 5).

Este anuncio se hace eco de la reunión que tuvo lugar el lunes 4 de abril de 2023 entre el presidente y los miembros de la Convención Ciudadana sobre el Final de la Vida¹ (4). En su discurso, dejó claro que quería una ley a favor de la AAD “para finales de verano” con el fin de tener un “modelo francés para el final de la vida” (5). No dejó de citar el dictamen núm. 139 del *Consejo Nacional de Ética [Conseil consultatif national d'éthique (CCNE)]* del 13 de septiembre de 2022, que considera “que existe una vía para la aplicación ética de la ayuda activa a morir” (6, pp. 4, 34). De hecho, tras 27 días de debate repartidos en 9 sesiones (entre diciembre de 2022 y abril de 2023), la Convención de Ciudadanos emitió su dictamen favorable el domingo 2 de abril de 2023 para autorizar el suicidio asistido y la eutanasia. Según el informe final, el 76% de los miembros de la Convención votaron

¹ La Convención de Ciudadanos sobre el Final de la Vida es una asamblea de 185 ciudadanos creada por el Conseil économique, social et environnemental (Cese) en diciembre de 2022. Su objetivo es profundizar en las cuestiones relativas al final de la vida y emitir un informe sobre sus trabajos, organizados en 9 sesiones.

a favor de la apertura del TAD; el 74,7% votaron a favor del suicidio asistido y el 70,1% votaron a favor de la eutanasia, como “una solución incluida en el marco de una vía global de acompañamiento y cuidados, que se coordinará en particular con la vía de los Cuidados Paliativos” (7, pp. 53, 120). El informe presenta 7 razones a favor del DAA y 5 en contra² (7, pp. 40-48). ¿Cuáles serían las apuestas ético-jurídicas [1] y ético-médicas [2] si el gobierno adoptara el dictamen de la convención y legalizara la AAD?

1. Cuestiones ético-jurídicas

Aunque la eutanasia y/o el suicidio asistido se han legalizado en algunos países (como Bélgica, Canadá, Colombia, Suiza, Países Bajos, Luxemburgo y algunos estados de Estados Unidos), persisten los interrogantes éticos y jurídicos debido a las contradicciones de las leyes [1.1] que afectan a la finalidad misma del Derecho [1.2] y al principio de democracia [1.3].

1.1. Paradojas jurídicas

El análisis de varios artículos del Código Civil y del Código Penal pone de manifiesto las cuestiones éticas que se plantean en torno a los valores y principios asociados al valor fundamental de la vida.

² Argumentos a favor: la ayuda activa a morir 1) responde a situaciones de sufrimiento mal cubiertas por el marco actual de ayudas; 2) es complementaria de los cuidados paliativos; 3) suple las limitaciones de la sedación profunda y continua hasta la muerte; 4) respeta la libertad de elección de las personas; 5) acaba con la hipocresía; 6) contribuye a tranquilizar a las personas al final de la vida; 7) permite un final de vida acompañado.

Argumentos en contra: 1) la actual ley Claeys-Leonetti no se conoce ni se aplica plenamente; 2) La asistencia activa a la muerte representa un riesgo para las personas vulnerables; 3) Legalizar el suicidio asistido y la eutanasia representa un peligro para nuestro sistema sanitario; 4) La asistencia activa a la muerte socava nuestro modelo de sociedad y el espíritu de solidaridad; 5) El marco de una eventual ley de asistencia activa a la muerte será difícil de respetar.

Por un lado, el artículo (art.) 16 del Código Civil (CC) establece que “la ley garantiza la primacía de la persona, prohíbe todo atentado contra su dignidad y garantiza el respeto del ser humano desde el comienzo de su vida”. El art. 16-1 añade que “toda persona tiene derecho al respeto de su cuerpo. El cuerpo humano es inviolable. El cuerpo humano, sus elementos y sus productos no pueden ser objeto de ningún derecho de propiedad”. El art. 16-9 refuerza las disposiciones de los dos artículos anteriores al confirmar que son de orden público. Estos artículos pueden resumirse bajo el principio de “indisponibilidad del cuerpo humano”.

Además, el principio constitucional de 27 de julio de 1994 de “salvaguardar la dignidad de la persona humana contra toda forma de esclavitud y degradación” (8) refuerza estos dos artículos del Código Civil. Por lo tanto, ¿no constituye el DAA un atentado contra el cuerpo y la persona humanos? Si los artículos 16 y 16-1 del CC son una cuestión de orden público, ¿no constituye el AAD una violación de este orden, según el artículo 6 del mismo código que establece que “no se podrá derogar por convenciones especiales, las leyes que se refieren al orden público y a las buenas costumbres”?

Tal principio choca con otro: el de la autonomía personal, defendido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso Pretty contra el Reino Unido (9). La autonomía personal incluye el derecho a controlar el propio cuerpo, como libertad corporal que forma parte de la libertad individual. ¿Podríamos, en nombre de la autonomía, invocar el Art. 16 del Código Civil francés (y siguientes) y el principio constitucional de salvaguarda de la dignidad de la persona? Un DAA voluntario, como expresión concreta de la libertad individual, ¿no constituye un atentado contra la inviolabilidad del cuerpo?

Por otra parte, las cuestiones que acabamos de plantear entran en competencia con el Derecho penal, que sanciona un atentado contra la vida. El artículo 2-1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos establece claramente que “nadie podrá ser privado de la vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena pronunciada

por un tribunal al ser declarado culpable de un delito para el que la ley prevea esa pena”. Este artículo obliga a los Estados a castigar cualquier acto intencionado de infligir la muerte, pero también a proteger la vida. En este caso, el suicidio asistido y la eutanasia reúnen legalmente las condiciones del homicidio y el asesinato, tal y como los define también el Código Penal francés (CP). El art. 221-1 establece que “el acto de causar intencionadamente la muerte de otra persona constituye asesinato”. El art. 221-3 establece que “el homicidio cometido con premeditación o por emboscada constituye asesinato”. Por su parte, el art. 221-5 establece que “el acto de poner en peligro la vida de otra persona mediante el uso o la administración de sustancias que puedan causar la muerte constituye envenenamiento. El envenenamiento se castiga con treinta años de prisión”. Además, aunque se tenga derecho a suicidarse, la incitación al suicidio está prohibida por la ley en virtud de los artículos 223-13 a 223-15-1 del CP. El AAD también cumple las condiciones de tal delito, ya se trate de incitar a otros a suicidarse o de hacer propaganda o publicidad de productos como medio para matarse. Abrir la puerta al DAD significa también abrir la puerta a cambios fundamentales en las leyes que se consideran necesarios para la buena organización de la sociedad. Cualquiera que sea la forma del acto cometido, cualquiera que sea la intención, cualquiera que sea la redacción de los textos legales, el acto de AAD no debe banalizarse cuando, en su esencia misma, sigue siendo un asesinato.

1.2. La finalidad del Derecho

Esto plantea la cuestión del papel del Derecho en la organización de la vida pública. Cuando no existe un consenso ético sobre cuestiones delicadas como el suicidio asistido y la eutanasia, es legítimo preguntarse por la vocación del Derecho. Dado que estas cuestiones conciernen a una singularidad individual que implica a la persona y a cada persona, ¿podemos generalizar estas singularidades a través de un Derecho que normalmente debería proteger los intereses de

todos y cada uno de los ciudadanos? Así, el profesor Emmanuel Hirsh se pregunta: “¿Es el papel del Derecho responder con recomendaciones detalladas «a las diversas situaciones encontradas», como si el viaje al final de la vida careciera de toda singularidad y pudiera ser objeto de procedimientos normativos generalizables?” (10, p. 46).

De hecho, el Derecho no está hecho para responder a deseos individuales o a situaciones casuísticas. Su vocación primordial es establecer el orden público para regular las relaciones entre los propios individuos y entre éstos y la autoridad.

1.3. El principio de democracia

Tratar un tema tan delicado como el final de la vida en un debate multipersonal parece complicado por la diversidad de opiniones, ideologías, corrientes de pensamiento, etcétera, como en el caso de la Convención Ciudadana, lo que subraya la importancia de la democracia dentro del grupo. Pero parece que esta democracia se ha restringido. Patrick Hetzel, diputado por el Bajo Rin y vicepresidente de *Les Républicains* en la Asamblea Nacional francesa, señala que los miembros de la Convención fueron sometidos, tal vez sin saberlo, a una “procesión de pruebas de su manipulación”. Patrick Hetzel ofrece una larga lista de ejemplos que deberían plantearnos interrogantes a todos:

La opacidad de los criterios de selección de los ponentes, la exclusión de obras hostiles a la legalización de la eutanasia de la bibliografía a disposición de los miembros de la Convención, las intervenciones de los partidarios de los sistemas belga y suizo desde el principio del proceso, la ausencia de debate contradictorio con los partidarios de legislaciones extranjeras que legalizan la eutanasia (Bélgica, Quebec, Suiza), utilización sistemática del término “eutanasia activa” durante los debates, discusión limitada a una hora y quince minutos durante 27 días de deliberaciones entre partidarios y detractores de la eutanasia, exclusión de filósofos y especialistas en ética con reservas sobre

la legalización de la eutanasia, limitación de la voz de los médicos a una sola mañana, negativa a organizar visitas in situ a las unidades de cuidados paliativos (11).

Lo mismo ocurre con la metodología de la convención:

Preguntas cerradas, tiempo muy corto concedido para responder a las preguntas (quince segundos en la octava sesión), votaciones disfuncionales sobre cuestiones esenciales, organización de votaciones de tendencia en presencia de la prensa sin quórum, incluso antes de que los participantes hubieran tomado posición sobre el marco de la eutanasia y el suicidio asistido. A la hora de decidir sobre el alcance de la eutanasia, los participantes no tuvieron más opción que votar a favor de la eutanasia para adultos, mayores y menores, o abstenerse, sin posibilidad de votar en contra. Esto está muy lejos de las exigencias éticas de un debate objetivo que cree las condiciones para una votación madura y deliberativa, que es lo que debería haber sido esta convención (11).

¿Es esto una verdadera democracia? ¿Es esta convención verdaderamente representativa de la voz de todos los ciudadanos? ¿Se basa en una reflexión objetiva, aceptando opiniones opuestas? Al anuncio de tal proyecto de ley y a estas preguntas, un colectivo de cuidadores de varias asociaciones respondió el 11 de marzo de 2024 que la “vía democrática” está cegada por haber ignorado “la palabra de los cuidadores que no han sido consultados desde el pasado mes de septiembre” (12).

2. Dilemas ético-médicos

Además de las cuestiones éticas y jurídicas, también existen cuestiones ético-médicas, principalmente las relativas a la autonomía del paciente y su consentimiento [2.1], la noción de dignidad [2.2] y la vocación de la Medicina [2.3].

2.1. La autonomía del paciente y su consentimiento

Esta autonomía, en la que insiste el informe de la Convención de los Ciudadanos respetando la elección y la voluntad del paciente, se concreta en el consentimiento. Para que el consentimiento sea válido, debe estar exento de error, fraude y violencia. La persona que da su consentimiento debe estar en plena posesión de sus facultades mentales e intelectuales (art. 1145-1150 de la CC), lo que implica la libertad del individuo. Cualquier contrato o consentimiento que no respete estas condiciones se considera nulo. La Convención establece que “la capacidad de discernimiento debe valorarse como criterio de acceso a la asistencia activa en la muerte, ya que está vinculada a una voluntad libre e informada” (7, p. 49). Intrínsecamente ligados, la autonomía y el consentimiento pueden enfocarse de diferentes maneras, según dos visiones principales: a favor del fin de la vida (2.1.1) y a favor de la vida (2.1.2).

2.1.1. Enfoque pro fin de la vida

El enfoque pro fin de la vida se basa, en particular, en los cuatro principios de la bioética norteamericana conocidos como “principalismo” (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia). La autonomía es un principio fundamental que rompe con el enfoque paternalista de la medicina y da poder al paciente. En lo que respecta a las cuestiones relacionadas con el final de la vida, la autonomía puede tener dos significados, que favorecen la AAD: “consentimiento informado” y “autodefinición” (13, pp. 2,4) o autodeterminación, que significa que toda persona tiene derecho a definir su propia existencia y a controlarla. En este caso, el DAA, en particular el suicidio asistido, “no debe entenderse como una intervención médica, sino como una acción autónoma que no invoca principios médicos tradicionales como la beneficencia” (14, p. 500).

Dado que la ética médica en Francia se basa en el modelo bioético norteamericano, la legislación también se apoya en él, haciendo hincapié en el principio de autonomía, especialmente cuando se trata

de “consentimiento informado” y de rechazar tratamientos. Por ejemplo, la Decisión n.º 2017-632 establece claramente:

Toda persona tiene derecho a rechazar o no recibir tratamiento. Sin embargo, el cuidado del paciente sigue siendo responsabilidad del médico, especialmente los cuidados paliativos. El médico está obligado a respetar los deseos del paciente tras informarle de las consecuencias de su elección y de su gravedad (15).

En consecuencia, la Convención de Ciudadanos que apoya la AAD menciona: el “modelo de toma de decisiones se basa en el principio de respeto de la persona y de su autonomía” que descansa en el consentimiento informado (7, p. 170). Formulada de otro modo, esta autonomía es la expresión de una elección de morir y de elegir los medios para hacerlo (16, pp. 55-60).

2.1.2. Enfoque provida

El enfoque provida parte de una pregunta fundamental: ¿somos realmente libres para tomar tal decisión con un consentimiento informado infalible cuando estamos sufriendo? Friedrich Nietzsche dijo:

El momento mismo de la muerte, la posición en el lecho de agonía es casi irrelevante. El agotamiento de una vida que declina, sobre todo en el caso de los ancianos, la alimentación irregular e inadecuada del cerebro durante este último período, el carácter a veces muy violento del dolor, la novedad de este estado enfermizo del que no se tiene experiencia, y con demasiada frecuencia un brote de miedo, una vuelta a los impulsos supersticiosos, como si la muerte tuviera una gran importancia y hubiera que cruzar puentes de un tipo terrible: todo esto hace imposible utilizar la muerte como testimonio de vida. Por el contrario, casi todo el mundo se ve empujado por la solemnidad de los que le rodean, por las efusiones sentimentales, por las lágrimas retenidas o derramadas, a una comedia de vanidad, a veces consciente, a veces inconsciente (17).

La negación y la cólera en la enfermedad limitan el ejercicio informado de la libertad, y la persona que solicita el DAA podría estar actuando bajo la influencia de un vicio del consentimiento regido por dos limitaciones morales: una es interna, con el sentimiento de ser una carga para los que le rodean, por no hablar del estado psicológico que se puede atravesar durante una enfermedad grave; la otra es externa, expresada por la presión de los que le rodean: familiar, médica y sociopolítica (18, pp. 54-55).

La Convención de los Ciudadanos establece que este consentimiento se obtendrá a través de las Directivas Anticipadas (DA) o a través de una persona de apoyo de confianza. La redacción de DA para solicitar DAA presupone que se goza de “buena salud” y que ningún sufrimiento requiere dicha solicitud. Los AD que reconocen explícitamente el derecho a morir corren el riesgo de transformarse y aplicarse implícitamente en un deber de morir. Legislar tales declaraciones tiene un significado social más profundo: “Permitir la eutanasia no sólo concedería un derecho a unos pocos, sino que cambiaría irrevocablemente la forma en que toda nuestra sociedad ve la muerte” (19). Entonces podríamos ver la muerte como un acto intencionado. De este modo, el miedo ontológico a la muerte, un miedo legítimo, que forma parte de la condición humana pierde todo su sentido, y la humanidad se deshumaniza en nombre del deber de morir. Los únicos paradigmas que entran en juego con semejante puerta abierta del deber social son los del utilitarismo, el astuto eudemonismo, los falsos cálculos de riesgo-beneficio e incluso la eugenésia.

2.2. *El concepto de dignidad*

El concepto de dignidad está presente en las discusiones bioéticas, en este caso en las cuestiones relativas al final de la vida, donde se habla de “morir con dignidad”. He aquí cuatro referencias diferentes a textos en los que se utiliza la palabra “dignidad”:

- a) En el Manifiesto pro-eutanasia de julio de 1974, leemos lo siguiente: creemos en el valor y la dignidad de la persona humana.

Esto exige que sea tratada con respeto y, en consecuencia, que se le permita la libertad de tomar decisiones razonables sobre su propio destino. [Es cruel y bárbaro exigir que se mantenga viva a una persona contra su voluntad, negándole la liberación que desea, cuando su vida lo ha perdido todo: dignidad, belleza, sentido, perspectivas de futuro. El sufrimiento innecesario es un mal que debe evitarse en las sociedades civilizadas³ (20).

- b) Art. 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (21);
- c) En su decisión de 27 de julio de 1994, el Consejo Constitucional francés estableció el principio constitucional de salvaguarda de la dignidad humana contra toda forma de esclavitud y degradación (8);
- d) El artículo 1 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que “la dignidad humana es inviolable. Debe ser respetada y protegida” (22).

¿De qué dignidad estamos hablando? ¿Se puede perder la dignidad? ¿Podemos desposeer o ser desposeídos de dignidad? ¿Existe la verdadera dignidad al morir? Evidentemente, la Ley no define en ninguna parte la dignidad, aunque la evoca en varios contextos éticos. Y las reivindicaciones del “derecho a morir dignamente” se basan en conceptos jurídicos abstractos. Sin entrar en la historia ético-filosófica de esta noción y dado que los conceptos de dignidad “evolucionan constantemente a lo largo del recorrido del paciente al final de su vida” (23, p. e123), podemos decir que la dignidad tiene tres dimensiones (24, pp. 7-14). Las dos primeras proporcionan una base de argumentación para el enfoque a favor del final de la vida (2.2.1) y la tercera es un principio fundamental del enfoque a favor de la vida (2.2.2).

³ J. Monod, L. Pauling y G. Thomson (y aproximadamente cuarenta científicos de renombre mundial), Manifiesto a favor de la eutanasia, *The Humanist*, julio-agosto 1974; traducción. *Le Figaro*, 1 de julio de 1974. Citado por M.J. Thiel (20).

2.2.1. Enfoque a favor del fin de la vida

El primero es la dignidad subjetiva. Es la dignidad sentida por el sujeto. Se basa en los sentimientos experimentados a través de la percepción personal y social. Deriva su carácter de las relaciones interpersonales. En otras palabras, es el sentido de sí mismo del sujeto. Un paciente que solicita la eutanasia es alguien que está sufriendo, en agonía, con una visión subjetiva de su dignidad; cree que su estado no es “digno” de vida. En este caso, el paciente piensa “que seguir viviendo en un estado de sufrimiento o incapacidad es una indignidad” o una “pérdida de dignidad”, como se observa en Alemania, Estados Unidos y Canadá (18, pp. 50, 117, 135, 170, 204, 363, 365, 457). Es el mismo argumento que da la Convención Ciudadana, que afirma que algunas personas tienen la sensación de “indignidad y de ser una carga para sus seres queridos o para la sociedad en su conjunto” (7, p. 45).

La segunda es la dignidad objetiva. Ésta “denota el ejercicio efectivo de la libertad tal como puede ser captada por el discernimiento ético en su exigencia de objetividad” (24, p. 13). Esto se traduce en acciones basadas en valores como la paz, la justicia, el respeto, la defensa de la vida, etc. Los partidarios del fin de la vida afirman que el acto de AAD forma parte de esa dignidad objetiva, basada en el sentimiento de compasión, para ayudar a los demás a aliviarse de su sufrimiento, como se observa en Bélgica, Alemania y Estados Unidos, (18, pp. 58, 270-271, 303, 366-372). En este contexto, la Convención ciudadana utiliza la expresión “eutanasia compasiva”, que podría incluir a los niños (7, p. 65).

2.2.2. Enfoque provida

La tercera es la dignidad ontológica. Es inseparable de la persona, cuerpo y alma, en su uni-totalidad (25, p. 124). En este sentido, el cuerpo por sí solo, con toda su debilidad, no puede definir a la persona, ni puede representar por sí solo la dignidad de la persona. Puesto que la persona no se limita sólo a su dimensión biológica,

sino que debe ser abordada también a través de sus dimensiones psicológica y espiritual, la dignidad ontológica se convierte en el fundamento de todos los derechos y deberes de todo ser humano. Por tanto, nadie puede arrebatar esta dignidad, que está enraizada en el ser mismo de todo ser humano (18, pp. 38-40). Es una dignidad que no se puede probar; no es un objeto de posesión o de derecho. “La dignidad ontológica es indeleble y permanece válida más allá de cualquier circunstancia en la que se encuentre la persona” (26, § 7). Por ello, este tipo de dignidad es la piedra angular de cualquier acto médico que atienda a la persona y no ponga fin a la vida. Tal acto viola no sólo la dignidad del paciente, sino también la de la persona que lo comete, como dijo Hanna Arendt:

Para decirlo sin rodeos, sugiere que cuando se negaban a cometer un asesinato, no era tanto porque quisieran obedecer el mandamiento “No matarás”, sino porque no estaban dispuestos a vivir con un asesino: su propia persona (27, p. 102).

La dignidad subjetiva y la dignidad objetiva también se denominan dignidad existencial, “que es el tipo de dignidad implícita en la discusión cada vez mayor sobre una vida «digna» y otra que «no es digna»”. Así es como, en el caso de una enfermedad, algunas personas llegan a “experimentar sus condiciones de vida como «no dignas» frente a su percepción de esa dignidad ontológica que nunca puede ser oscurecida” (26, § 8) o su vida puede ser calificada por los demás como «no digna». Sin embargo, justificar la TDA sobre la base de tales tipos de dignidad es trivializar al ser humano tal como es, esconderse tras el sentimentalismo para escapar a una responsabilidad ligada a la solidaridad y a la verdadera “*compasión*”(sufrir con). El enfermo es un espejo que revela lo que es el otro. La confrontación con el cuerpo sufriente del otro nos recuerda nuestra propia vulnerabilidad. Revela nuestras debilidades e incapacidades.

Por eso, el mero recurso a las dimensiones subjetiva y objetiva sólo promueve lo que llamamos “dignidad eugenésica”. En nombre del alivio del sufrimiento y de la compasión, los pacientes, sus fami-

lías y la sociedad se ven “obligados” por una ley que implícitamente llama a la eliminación de los más frágiles, de los que son económicamente costosos, de los que son una carga para sus seres queridos, en definitiva, de los seres humanos.

2.3. La vocación de la Medicina

¿En qué sentido es el DAA un procedimiento médico? ¿Es médica mente necesario? ¿Cuál es el papel del médico? Estas son las preguntas que el *Consejo Nacional de la Orden de Médicos* de Francia [*Conseil national de l'Ordre des médecins* (CNOM)] abordó, directa o indirectamente, el 1 de abril de 2023, en vísperas del informe final de la Convención de Ciudadanos.

En efecto, la vocación primera y fundamental de la Medicina es cuidar. En virtud de esta vocación, diagnostica, trata y a veces predice, pero la muerte no forma parte de su identidad. Para el médico, el Art. 38 del Código de Deontología Médica francés recomienda que:

Debe acompañar al moribundo en sus últimos momentos, velando por la calidad de la vida que llega a su fin mediante cuidados y medidas adecuadas, preservando la dignidad del paciente y recomfortando a quienes le rodean. El médico no tiene derecho a provocar deliberadamente la muerte.

Lo contrario es violar el juramento hipocrático y la ética médica universal: “No matarás”. Mientras que la ética hipocrática constituye un “arte” de los cuidados y un ideal de la profesión médica (28, p. 14), la AAD plantea la cuestión de si es médica mente necesaria. El art. 16-3 del CC establece que “sólo podrá atentarse contra la integridad del cuerpo humano en caso de necesidad médica para la persona afectada o, excepcionalmente, en interés terapéutico de terceros”. Concretamente, la necesidad médica es la que se expresa por la interpretación del caso según el juicio del médico y debe servir a un fin terapéutico y no para procurar la muerte. La violación de la integridad del cuerpo se refiere a actos médicos específicos como la cirugía, la extirpación de un tumor o incluso la donación de órganos.

En este contexto, el cardenal y bioeticista Elio Sgreccia es claro al afirmar que el acto médico sólo puede realizarse respetando el principio de inviolabilidad de la vida. Para él, el principio terapéutico que permite dañar la integridad del cuerpo humano requiere cuatro condiciones: 1) que se intervenga sobre la parte del cuerpo enferma o que causa directamente el daño; 2) que no existan otros medios para curar la enfermedad; 3) que la proporción de éxito de la intervención sea buena o proporcionalmente alta en relación con el daño; 4) que el paciente consienta (25, pp. 168-169). Estas condiciones, que evitan cualquier implacabilidad terapéutica, como pide la Congregación para la Doctrina de la Fe (29), están en consonancia con lo que expresa claramente la ley Claeys-Leonetti de 2016 (30), que enmarca todas las prácticas relacionadas con el final de la vida. El único punto de divergencia entre la ley Claeys-Leonetti y los principios de Elio Sgreccia y el Magisterio de la Iglesia se refiere a la nutrición e hidratación artificiales. Mientras que la ley Claeys-Leonetti las considera tratamientos que pueden interrumpirse, E. Sgreccia (25, pp. 779-781) y el Magisterio de la Iglesia (31,32,29) las consideran necesidades vitales (curas normales) que sólo deben interrumpirse bajo una condición: que el cuerpo ya no sea capaz de absorberlas o metabolizarlas. ¿Podemos decir que el AAM es un acto médico terapéutico apropiado? ¿Podemos decir que es un acto médico que no viola la vida y que es terapéutico y proporcional? La respuesta del CNOM es clara y categórica:

Considera imperativo velar por una mejor aplicación de la ley Claeys Leonetti y dotarse de todos los medios necesarios para que la ley sea plenamente eficaz: hacer eficientes los dispositivos en las instituciones médicas y médico-sociales y a domicilio en todo el territorio nacional, facilitar el apoyo médico y médico-social a los pacientes al final de la vida y a sus familias, promover la formación de los profesionales médicos y paramédicos, liberar tiempo a los médicos adjuntos para apoyar a sus pacientes, promover un mayor conocimiento entre los médicos sobre los cuidados a los pacientes al final de la vida. [...] Si la ley

cambiaría para legalizar la asistencia activa a la muerte (eutanasia y/o suicidio asistido), el [CNOM] desea dejar claro desde el principio que sería desfavorable que un médico participara en un proceso conducente a la eutanasia, ya que el médico no puede provocar deliberadamente la muerte administrando un producto letal (33).

Sobre esta base, en caso de que se legisle sobre el TAD, el CNOM:

exigirá una cláusula de conciencia específica que garantice la independencia del médico, incluso en las instituciones sanitarias, y que pueda invocarse en cualquier fase del procedimiento. El médico debería poder seguir tratando al paciente incluso después de invocar esta cláusula. Si el médico ya no desea tratar al paciente, debe remitirlo a un médico que pueda hacerlo (33).

En este contexto, la visión de los profesionales de la salud es diametralmente opuesta a la visión política del presidente francés.

Conclusión

El “derecho a morir” no puede ser un corolario del “derecho a la vida”. Morir con dignidad es ante todo preservar y defender a la persona humana. De ahí las siguientes conclusiones:

- a) La utilización del término “ayuda activa a morir” no es más que una forma de manipulación lingüística, ya que en la práctica todos los actos considerados para esta posible ley son los mismos que los asociados a la eutanasia y al suicidio asistido. Tal manipulación disminuye y trivializa la gravedad del problema y lo banaliza. La libertad y la autonomía no pueden ser auténticas si no están vinculadas a la verdad, en este caso a las verdades ocultas por un léxico mediocre.
- b) El presidente Emmanuel Macron califica el proyecto de ‘ley de fraternidad, una ley que concilia la autonomía del individuo

con la solidaridad de las naciones” (2). Tal afirmación no sólo muestra desprecio por el trabajo de los cuidadores que atienden a los pacientes (12), sino que abre la vía a abusos inimaginables como “la administración de la sustancia letal por un familiar cercano” (12). La fraternidad debe basarse en los dos principios/deberes siguientes (25, pp. 170-172). El primero es el principio de socialidad, que es un deber individual. La socialidad se concreta en la participación activa en la “realización del bien de los demás”, mediante la promoción de la vida y de la salud; mediante el acompañamiento cercano de los enfermos y de sus familiares; mediante la presencia respetuosa ante el misterio de la muerte. Es legítimo no sufrir, es legítimo sentirse impotente ante el sufrimiento, pero no es legítimo lanzarse al paroxismo del individualismo eligiendo la propia muerte. Esta es la responsabilidad de una sociedad que, en nombre de la libertad personal, empuja cada vez más a las personas a convertirse en individuos desesperados en lugar de personas rodeadas de otros. El segundo es el principio de subsidiariedad, que es un deber comunitario. Pide a la sociedad y al Estado que “presten más ayuda allí donde más se necesita”. Para los pacientes al final de la vida, esto significa aumentar el número de unidades de cuidados paliativos que proporcionen a los pacientes el tratamiento necesario en un contexto humano en el que se respete y preserve la dignidad ontológica de la persona. En lugar de debatir la cuestión de “morir con dignidad”, insistimos en la necesidad de multiplicar los esfuerzos para “cuidar con dignidad”; los pacientes tienen derecho a ser aliviados de su sufrimiento y a tener un final de vida digno hasta su último aliento. En nombre de este principio, el CNOM pide al Estado que tome medidas concretas para garantizar una mejor aplicación de la ley Claeys-Leonetti: Mejorar la eficiencia de las instalaciones médicas, médico-sociales y de atención domiciliaria en todo el país, facilitar el apoyo médico y médico-social a los pacientes y sus familias al

final de la vida, promover la formación de los profesionales médicos y paramédicos, liberar tiempo para que los médicos tratantes apoyen a sus pacientes, promover un mejor conocimiento entre los médicos sobre cómo atender a los pacientes al final de la vida (33).

- c) Como ha señalado el bioeticista Gonzalo Miranda (34), es importante hacer todo lo posible para restablecer la salud del paciente y mantenerlo con vida, hacer sólo lo posible, evitando lo inútil y perjudicial, permaneciendo al servicio de la persona, y hacer lo mejor posible para asegurar una buena calidad de cuidados adaptados respetando la dignidad de cada paciente al final de la vida.
- d) Los valores y principios bioéticos que se aplican en este contexto francés son los mismos que deben aplicarse a escala internacional, por cuatro razones. En primer lugar, sea cual sea el contexto geográfico y/o sociopolítico, procurar la muerte o ayudar a alguien a procurársela sigue siendo un acto contrario al principio universal “no matarás”, que incluye también “no te matarás a ti mismo”. La vida es un valor universal que hay que proteger y promover. En segundo lugar, la diversidad de enfoques y la falta de consenso internacional sobre la definición de conceptos clave en el contexto del final de la vida, en particular la autonomía y la dignidad, deben invitar a quienes tienen poder de decisión y legislativo a recurrir al principio de prudencia. La razón es que, para garantizar el orden público, la vocación del Derecho es proteger el Bien Común, en este caso la vida, no los deseos individuales. En tercer lugar, si bien es legítimo y necesario combatir y aliviar el sufrimiento, la Medicina no puede elegir la muerte como medio para hacerlo. Al final de la vida, aliviar el dolor y tener en cuenta el sufrimiento son dos pilares fundamentales de la asistencia médica. En cuarto lugar, aunque la cuestión del sufrimiento es universal y existencial, el individualismo contemporáneo incita a las personas frágiles a aislarla para afrontarlo únicamente mediante

consideraciones biomédicas, psicológicas y/o sociopolíticas. Sin embargo, poner fin a la vida nunca puede ser la respuesta a tal pregunta.

Parece que la “cultura de la muerte” denunciada por Juan Pablo II (35, § 87, 95, 100) prevalece cada vez más sobre la “cultura de la vida”. Urge formar las conciencias de los jóvenes para que las generaciones futuras no caigan en una deshumanización que sería irreversible.

Referencias

1. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. JORF. 2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049251463>
2. d'Abbundo A, Laurent C. EXCLUSIF. Emmanuel Macron sur la fin de vie : Avec ce texte, on regarde la mort en face. La Croix [Internet]. 2024 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.la-croix.com/france/interview-exclusive-macron-projet-loi-fin-vie-euthanasie-suicide-assiste-20240310>
3. Firmin Le Bodo A. Fin de vie: Mots et formulations de l'anticipation définis juridiquement ou d'usage coutumier par les professionnels des soins palliatifs [Internet]. París: Ministère chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé; 2023 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fin-de-vie_lexique_maj_mars_2023.pdf
4. Convention Citoyenne sur la fin de vie [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Les membres de la Convention Citoyenne reçus par le Président de la République à l'Élysée. Disponible en: <https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/actualites/les-membres-de-la-convention-citoyenne-recus-par-le-president-de-la-republique-l-elysee>
5. Boudet A. Le HuffPost. 2023 [citado 3 de abril de 2023]. Le résumé du discours d'Emmanuel Macron sur la fin de vie. Disponible en: https://www.huffingtonpost.fr/politique/video/en-direct-emmanuel-macron-fait-son-discours-sur-la-fin-de-vie_216069.html
6. Comité consultatif national d'éthique. CCNE. Avis n° 139, Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie: autonomie et solidarité [Internet]. París: CCNE; 2022 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139%20Enjeux%20%C3%A9thiques%20relatives%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>

7. Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie [Internet]. París: Conseil économique, social et environnemental (CESE); Centre National fin de vie, soins palliatifs; Ministère de la Santé et de la Prévention; 2023 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: https://conventioncitoynenesurlafindevie.lecese.fr/sites/cfv/files/CCFV_Rapportfinal.pdf
8. Cons. const. Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994. Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. JORF. 1994 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/cons/id/CONTEXT000017666553>
9. CEDH. Pretty c. Royaume-Uni, n° 2346/02, 29 avril 2002 [Internet]. Disponible en: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#/%22itemid%22:\[%22001-65003%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#/%22itemid%22:[%22001-65003%22]})
10. Hirsch E. Devoir mourir, digne et libre. París: Le Cerf. 2023:173.
11. Hetzel P. Le débat sur la fin de vie mérite mieux que l'amateurisme et les manipulations. Le Figaro [Internet]. 2023 [citado 4 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/patrick-hetzel-le-debat-sur-la-fin-de-vie-merite-mieux-que-l-amateurisme-et-les-manipulations-20230403>
12. Collectif. SFAP. 2024 [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.srap.org/actualite/communique-du-11-mars-2024>
13. Symons X. The Principle of Autonomy: Does it Support the Legalisation of Euthanasia and Assisted Suicide? [Internet]. 2022. [citado 16 de abril de 2024]. Oxford: The Anscombe Bioethics Centre.
14. Braun E. An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws. J Med Ethics [Internet]. 2023 [citado 16 de abril 2024]; 49(7):497-501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10359509/>
15. Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017. JORF. 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034851113#:~:text=%C2%AB%20Toute%20personne%20a%20le%20droit,choix%20et%20de%20leur%20gravit%C3%A9>
16. Gomas JM, Favre P. Fin de vie : peut-on choisir sa mort ? Un enjeu majeur de civilisation. Perpignan: Artège Editions. 2022.
17. Nietzsche F. Opinions et Sentences mêlées (Humain, trop humain, deuxième partie) [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: https://fr.wikisource.org/wiki/Opinions_et_Sentences_m%C3%AA%C3%99es
18. Keown J. Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation. 2d edition. Cambridge: Cambridge University Press. 2018.
19. LEFIGARO [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2021]. Une fin de vie libre et choisie: débat sous haute tension à l'Assemblée nationale. Disponible en: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/une-fin-de-vie-libre-et-choisie-debat-sous-haute-tension-a-l-assemblee-nationale-20210405>
20. Thiel MJ. Dignité? Circulez! In: Dillens AM, Van Meenen B, editors. La dignité aujourd'hui : Perspectives philosophiques et théologiques [Internet]. Bruxelles:

- Presses de l’Université Saint-Louis. 2019 [citado 2 de abril de 2023]:103–22. (Collection générale). Disponible en: <http://books.openedition.org/pusl/22770>
- 21. La Déclaration universelle des droits de l’homme [Internet]. 2015 [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
 - 22. Union Européenne. Conseil de l’Union européenne. Charte des droits fondamentaux de l’Union Européenne [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/50ed4f602.html>
 - 23. Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, et al. A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2024]; 65(2):23-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392422009241>
 - 24. Thiel MJ. La dignité humaine. Perspectives éthiques et théologiques. In: Le corps, le sensible et le sens. Strasbourg: Presses universitaires de Strasbourg. 2004.
 - 25. Sgreccia E. Manuel de bioéthique, Volume 1: Les fondements et l’éthique biomédicale. París: Mame-Edifa. 2004.
 - 26. Dicastery for the Doctrine of the Faith. Declaration “Dignitas Infinita” on Human Dignity [Internet]. 2024 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_ddf_doc_20240402_dignitas-infinita_en.html
 - 27. Arendt H. Penser l’événement. París: Belin. 1989.
 - 28. Buzzi E. Etica della cura medica. Brescia: La Scuola SEI. 2013.
 - 29. Congrégation pour la Doctrine de la Foi. Samaritanus Bonus [Internet]. 2020 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_fr.html
 - 30. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF. 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
 - 31. Conseil Pontifical pour la Pastorale, des Services de la Santé. Charte des Personnels de la Santé [Internet]. 1995 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_19950101_charter_fr.html
 - 32. Congrégation pour la Doctrine de la Foi. Déclaration Iura et bona sur l’euthanasie [Internet]. 1980 [citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_fr.html
 - 33. Conseil National de l’Ordre des Médecins. CNOM. Conseil National de l’Ordre des Médecins. 2023 [citado 2 de abril de 2023]. Fin de vie et rôle du médecin. Disponible en: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/fin-vie-role-medecin>

M. BADR

34. Miranda G. Riflessioni etiche intorno alla fine della vita. In: A sua immagine e somiglianza? Il volto dell'uomo alle soglie del 2000 Un approccio bioetico. Città Nuova. Roma: Libreria Editrice Vaticana. 1997.
35. Jean-Paul II. Evangelium Vitæ. Mame-Plon. París: Plon. 1995.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

