

El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico

The right to die through the prism of the right to dispose of one's body in Physician-Assisted Suicide

Maroun Badr*

Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Roma, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>

Resumen

Este artículo analiza los retos jurídicos y éticos asociados al reconocimiento del “derecho a morir” en Francia tras la aprobación en primera lectura del proyecto de ley que consagra el “derecho a la ayuda para morir”, es decir, el suicidio asistido por un médico (PAS). El artículo examina cómo la medicalización, las normas institucionales y la autonomía individual han redefinido la experiencia del final de la vida. El análisis se centra en las interpretaciones del “derecho a morir” y el

* Doctor en Bioética, Investigador. Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. Correo electrónico: contact@marounbadr.fr <https://orcid.org/0000-0001-9378-6273>

Recepción: 03/07/2025 Aceptación: 26/07/2025

CÓMO CITAR: Badr, M. (2025). El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

“derecho a disponer del propio cuerpo”, así como en sus fundamentos jurídicos. Pone de manifiesto importantes limitaciones relacionadas con la dignidad humana, la responsabilidad moral y la participación de terceros. El estudio sostiene que establecer el “derecho a morir” socavaría los fundamentos del “derecho a la vida”. En lugar de presentar la muerte como un derecho, el artículo propone reforzar los cuidados paliativos y desarrollar enfoques jurídicos y éticos que respeten la vulnerabilidad y la solidaridad humana.

Palabras clave: eutanasia, suicidio asistido, autonomía, cuidados al final de la vida.

1. Introducción

La vida y la muerte “ya no son hechos naturales, sino objetos de decisiones médicas” (1) que dependen de la voluntad. En el contexto de los cuidados al final de la vida (CFV), estas decisiones se toman en tres ámbitos (2). El primero es el ámbito personal, donde la única medida de cualquier derecho es el deseo y la determinación de tomar el control. La segunda es la esfera social, que impone sus propias normas y valores a los individuos. Estas normas y valores se basan en ideologías más que en la razón objetiva. La tercera es la esfera política. Esta transforma los deseos y las ideologías en leyes, ya que los políticos tienen “el poder de crear y derogar leyes, [...] que también influyen en la forma de pensar de los ciudadanos” (2). Así, el 17 de mayo de 2025, la Asamblea Nacional francesa aprobó (3) la creación de un “derecho a la asistencia para morir” durante el examen de la ley propuesta por Olivier Falorni (4). Según esta última, “el derecho a la muerte asistida consiste en autorizar y ayudar a una persona que ha solicitado una sustancia letal [...], para que pueda administrársela ella misma o que se la administre un médico o una enfermera”. En otras palabras, se trata del suicidio asistido por un médico (PAS) o la muerte asistida por un médico (PAD). A la luz del biopoder y la biopolítica como culminación de la voluntad de controlar la vida y

la muerte, el PAS implica el “derecho a morir” (5). Sin embargo, surge una pregunta fundamental: ¿es pertinente invocar el derecho a morir? El análisis de los conceptos de derecho a morir [2] y derecho a disponer del propio cuerpo, como expresiones de la autonomía del paciente [3], puede aportar elementos fundamentales para responder a esta pregunta.

2. Hermenéutica del derecho a morir

El análisis del concepto de derecho a morir es inseparable de los factores que han contribuido a su aparición [2.1] y de las interpretaciones que puede tener [2.2].

2.1. *El surgimiento del derecho a morir*

Cuatro factores principales han contribuido a la demanda del derecho a morir: la medicalización del final de la vida y la muerte [2.1.1], la institucionalización de la muerte [2.1.2], la relación con la muerte [2.1.3] y los movimientos por los derechos [2.1.4].

2.1.1. *La medicalización del final de la vida y la muerte*

Desde mediados del siglo XX, los avances tecnocientíficos han permitido controlar la vida y, en consecuencia, la muerte. La medicalización del proceso del final de la vida ha llevado a la medicalización de la muerte (6) en tres niveles:

- a) Prolongar la vida posponiendo la muerte, sin curar pero sin sufrir, como en el caso de los cuidados paliativos;
- b) Prolongar la vida posponiendo la muerte, pero causando sufrimiento, como en el caso de la obstinación terapéutica;
- c) Anticipar la muerte para “liberarse” del sufrimiento, como en la muerte asistida, que incluye la eutanasia y el suicidio asistido.

2.1.2. *La institucionalización de la muerte*

La medicalización de la muerte conduce a su institucionalización. En Francia, el número de muertes que se producen en un centro sanitario supera con creces el de las que se producen en el domicilio (7). Según el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE) de Francia, en 2024, el 28,4 % de las muertes se produjeron en el hogar, frente al 52,09 % en centros sanitarios, el 16,3 % en residencias para personas mayores dependientes (EHPAD) y el 3,2 % en residencias de ancianos (8). Sin embargo, un estudio de 2015 reveló que la mayoría de las personas al final de su vida desean morir en su domicilio, pero solo una cuarta parte lo consigue (9). Este deseo de morir en casa está estrechamente relacionado con la experiencia existencial de la muerte.

2.1.3. *La relación con la muerte*

La medicalización y la institucionalización de la muerte han cambiado radicalmente nuestra relación con ella. Por un lado, la tensión entre el pensamiento tecnocientífico y la subjetivación de la muerte despoja a “los moribundos de su propia muerte” (10). Por otro lado, la desaparición de los ritos religiosos que acompañaban a los moribundos ha creado un vacío simbólico y existencial. Estos ritos han sido sustituidos por un aspecto puramente médico-social, como el consentimiento, los protocolos sanitarios y la retirada del cuerpo de una “sala impersonal” tan pronto como se declara la muerte. Aparte de los ritos religiosos, los aspectos familiares, fraternos e interpersonales que consideraban al moribundo como un individuo han dado paso a simples gestos hacia el paciente moribundo. La muerte ya no es una “experiencia rica, social, simbólica y profundamente humana” (11), sino un acontecimiento individual. En este sentido, “aprender sobre nuestra muerte significa admitir que el mundo nos sobrevivirá y que nuestra vida está sujeta a limitaciones que nos superan. Significa comprender el concepto de normalidad” (12, p. 42).

2.1.4. *Movimientos por los derechos*

El individualismo que caracteriza a nuestras sociedades se centra en la libertad personal y la autodeterminación. Por ello, muchos movimientos y asociaciones reclaman el derecho a morir. El derecho a morir con acceso a la eutanasia (incluida la PAS) está presente en Estados Unidos desde 1938, con la creación de la Euthanasia Society of America por Charles Francis Potter (13). Sin embargo, el concepto cobró mayor relevancia entre 1967 y 1969, con Luis Kutner (14), quien estuvo en el origen del testamento vital (directivas anticipadas). Desde entonces, se han desarrollado diversos movimientos a favor del derecho a morir, como la Asociación Francesa por el Derecho a Morir con Dignidad (ADMD) desde 1980 (15), la Federación Mundial de Sociedades por el Derecho a Morir desde 1980 (16), la Asociación Americana por una Muerte Digna desde 1997 (17) y muchos otros. Según estos movimientos, el derecho a morir, a elegir la propia muerte, a programarla, es la expresión perfecta de la realización última de la libertad individual.

2.2. *Diversas interpretaciones del derecho a morir*

La expresión “derecho a morir”¹ (15,18) no parece ser inequívoca. Puede tener tres interpretaciones amplias, el derecho a no sufrir [2.2.1], el derecho a rechazar un tratamiento [2.2.2] y el derecho a rechazar la obstinación terapéutica [2.2.3], y una interpretación estricta, el derecho a ser asesinado o a recibir ayuda para suicidarse [2.2.4].

2.2.1. *El derecho a no sufrir*

El derecho a morir puede entenderse como el derecho a morir sin sufrir. En Francia, desde la ley Neuwirth del 4 de febrero de 1995

¹ En francés, existen dos expresiones diferentes para este derecho: “droit à mourir” y “droit de mourir”.

(19), el tratamiento del dolor forma parte integrante de los cuidados. Este enfoque evolucionó con la introducción, en 1999, del derecho al acceso a los cuidados paliativos (20). El Código de Salud Pública francés (FPHC) establece lo siguiente:

Toda persona enferma cuyo estado lo requiera tiene derecho a acceder a cuidados paliativos y a recibir apoyo” (art. L. 1110-9). Desde la Ley Kouchner del 4 de marzo de 2002 (21), el CPSS establece que “los profesionales de la salud utilizarán todos los medios a su alcance para garantizar que toda persona viva con dignidad hasta su muerte (art. L. 1110-5).

2.2.2. *El derecho a rechazar el tratamiento*

Otra interpretación del derecho a morir está relacionada con la negativa a recibir tratamiento y cuidados. Aunque la ley Kouchner consagra el derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento, no hay ninguna indicación sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida. El artículo L. 1111-4 del FPHC establece que “toda persona tiene derecho a rechazar o no recibir un tratamiento. No obstante, los cuidados del paciente siguen siendo responsabilidad del médico, en particular los cuidados paliativos”. No obstante, el equipo médico está obligado a informar al paciente de las consecuencias de su decisión y a intentar convencerlo de que no la lleve a cabo si la negativa pone en peligro su vida. En este caso, el paciente debe reafirmar su decisión en un “plazo razonable”. En todos los casos, queda claro que no se puede llevar a cabo ningún acto médico ni tratamiento sin el consentimiento libre e informado del paciente. Cuando una persona es incapaz de expresar su voluntad, cualquier intervención o decisión de interrumpir un tratamiento que ponga en peligro su vida debe respetar el procedimiento colegiado (que implica al médico responsable del paciente y a todos los profesionales sanitarios implicados en su atención), las instrucciones anticipadas o la consulta de la persona de confianza, la familia o los amigos cercanos (FPHC, art. L. 1111-4).

2.2.3. *El derecho a rechazar la obstinación terapéutica*

Una tercera interpretación del derecho a morir es la que expresa el rechazo de la obstinación terapéutica. En Francia, la Ley Leonetti del 22 de abril de 2005 (22) prohíbe esta práctica. También conocida como “obstinación irracional”, esta práctica consiste en actos y tratamientos innecesarios, desproporcionados y que provocan sufrimiento, cuyo único efecto es el mantenimiento artificial de la vida. La Ley Claeys-Leonetti, de 2 de febrero de 2016 (23), incluye la alimentación y la hidratación artificiales entre los tratamientos que pueden interrumpirse.

Así, el derecho a morir rechazando un tratamiento implacable se traduce en el control del dolor, el apoyo al paciente y a sus seres queridos y la posibilidad de una sedación profunda y continua hasta la muerte. Esto puede hacerse a petición expresa del paciente o mediante sus instrucciones anticipadas, o a petición del médico; en ambos casos, mediante un procedimiento colegiado (FPHC art. L. 1110-5-2 y art. R. 4127-37-1).

2.2.4. *El derecho a ser asesinado o a recibir ayuda para suicidarse*

La interpretación final del derecho a morir es estricta. Está intrínsecamente ligada a la autonomía voluntaria absoluta del sujeto para ser privado de la vida, ya sea reclamando ser matado (eutanasia) o reclamando que se le ayude a suicidarse (es decir, PAS). El principal argumento a favor de este derecho se basa en el derecho a la autonomía (24,25) consagrado en el derecho a controlar el propio cuerpo.

3. El derecho a disponer del propio cuerpo

Los casos relacionados con cuestiones al final de la vida deben tener necesariamente en cuenta el argumento del derecho a disponer del propio cuerpo. Los fundamentos jurídicos de este derecho [3.1], a

menudo frágiles, refuerzan sus limitaciones [3.2] cuando se trata del suicidio asistido.

3.1. *Los fundamentos jurídicos del derecho a disponer del propio cuerpo*

Hay dos formas de entender la disponibilidad del cuerpo humano. Por un lado, está la disponibilidad material, que es la posibilidad de destruir el cuerpo, algo que la propia persona puede hacer. Por ejemplo, la persona puede recurrir a actos masoquistas (26, § 31), puede autolesionarse y puede suicidarse. Por otro lado, al involucrar a un tercero, la disponibilidad se convierte en legal. Se trata, por tanto, de una autorización para “atentar” contra la integridad corporal, que da la posibilidad de “realizar un acto jurídico destinado a la destrucción parcial, o incluso total, del propio cuerpo” (27, p. 168). En el ámbito biomédico, dicha autorización se regula mediante derogaciones legislativas que permiten al personal sanitario realizar un acto médico sobre el cuerpo de otra persona, generalmente con el consentimiento de esta (por ejemplo, el personal sanitario no necesita obtener el consentimiento del paciente antes de prestarle asistencia si su vida está en peligro o su integridad se ve amenazada). En el contexto de la EOL, el objetivo es proporcionar a los pacientes los productos médicos que necesitan para suicidarse. Sin embargo, el derecho a disponer del propio cuerpo no está explícitamente consagrado en los textos legales. Puede derivarse de otros tres derechos, que pueden constituir un argumento a favor de una derogación legal que permita la intervención médica en el propio cuerpo. Estos derechos son el derecho a la libertad corporal [3.1.1], el derecho a la autonomía [3.1.2] y el derecho al respeto de la vida privada (el derecho a la intimidad) [3.1.3].

3.1.1. *El derecho a la libertad corporal*

En Francia, algunos juristas, como S.-M. Ferrié (27, pp. 74-83), X. Bioy (28, pp. 491-499) y D. Lochak, afirman que el principio de

disponibilidad del cuerpo humano se deduce del “principio muy general de la libertad” (29, p. 29). Más precisamente, la libertad corporal se refiere a la libertad individual reconocida como principio constitucional derivado de los artículos 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (DDHC) de 1789: “la libertad consiste en poder hacer todo lo que no perjudica a los demás”. Además, también puede referirse al art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), que establece que “toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

3.1.2. *El derecho a la autonomía*

Otros (30) consideran que esta libertad de disponer del propio cuerpo se deriva del principio de autonomía personal consagrado en 2002 por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en el caso *Pretty contra Reino Unido* (31). En este caso, la demandante era una mujer de 43 años que padecía una enfermedad de la neurona motora, una enfermedad progresiva e incurable que conduce a la parálisis y, en última instancia, a la muerte. Tras ser diagnosticada en 1999, su estado empeoró rápidamente. Deseando evitar un final angustioso e indigno, quería controlar cómo y cuándo morir. Dado que el suicidio asistido es un delito, su abogado solicitó garantías de que su marido no sería procesado si la ayudaba. El fiscal general rechazó la solicitud “y el Tribunal Divisional denegó la revisión judicial”. Por este motivo, han recurrido al TEDH. Al rechazar la petición, el Tribunal definió la autonomía como “la capacidad de conducir la propia vida según las propias decisiones, lo que también puede incluir la posibilidad de realizar actividades que se consideren física o moralmente perjudiciales o peligrosas para la persona interesada” (31, § 61). Sin embargo, los Estados no tienen la obligación de establecer procedimientos que faciliten la práctica del suicidio asistido (31, § 15, 44).

3.1.3. *El derecho al respeto de la vida privada*

Algunos (32,33) consideran que el derecho a controlar el propio cuerpo se deriva del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), que garantiza el derecho al respeto de la vida privada. En dos casos sometidos al TEDH, los demandantes invocaron el derecho a la vida privada (el derecho a la intimidad) para reclamar el derecho a morir.

En el primer caso, el demandante, que padecía un trastorno afectivo bipolar grave, había solicitado a las autoridades permiso para obtener una sustancia letal (pentobarbital) en una farmacia sin receta médica. Su solicitud fue denegada y recurrió al TEDH alegando el respeto del derecho a la intimidad (art. 8 del CEDH). Así, en el asunto Haas contra Suiza, el Tribunal afirmó que “el artículo 8 del Convenio no impone a los Estados parte la obligación positiva de crear las condiciones para que se pueda cometer suicidio sin riesgo de fracaso y sin dolor” (34, § 10). Además, el Tribunal señala que este caso no se refiere al derecho a morir ni a la responsabilidad de un tercero que ayuda a suicidarse. Se trata más bien de la posibilidad del demandante de obtener una sustancia letal sin receta médica. De hecho, el demandante invocó el derecho a morir con dignidad, alegando que la falta de pentobarbital haría que su suicidio fuera indigno, aunque no padecía una enfermedad terminal incurable. El Tribunal recuerda que el Convenio debe interpretarse en su conjunto: el artículo 2 exige al Estado que proteja a las personas vulnerables, incluso contra sí mismas, si su decisión de morir no es libre e informada. Por lo tanto, el Estado tiene el deber de prevenir el suicidio cuando la voluntad del individuo es incierta o está influenciada (34, § 52, 54). Así, el Tribunal dictaminó por unanimidad que no se había producido una violación del derecho a la intimidad (art. 8 del Convenio).

En el segundo caso, el demandante padece una fase avanzada de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). “Desea poner fin o acortar al mínimo esta fase de su enfermedad recurriendo a alguna forma de

muerte asistida por un médico [...] con el fin de mantener su integridad física y mental” (35, § 14). Sin embargo, en Hungría, la muerte asistida (eutanasia y PAD/PAS) no es legal. Por lo tanto, presentó su solicitud ante el TEDH alegando el derecho al respeto de la vida privada. No obstante, en el caso Daniel Karasai contra Hungría, el Tribunal dejó claro que “no puede aceptar este argumento [el sufrimiento existencial] como uno que milite a favor de la obligación, en virtud del artículo 8 del Convenio, de legalizar la PAD [muerte asistida por un médico]” (35, § 158).

De ello se desprende que el derecho al respeto de la vida privada no puede constituir un fundamento para el derecho a morir, ni para una obligación positiva del Estado “de adoptar las medidas necesarias para permitir un suicidio digno” (34, § 53). Sin embargo, por primera vez, el Tribunal se refiere a una obligación positiva en materia de cuidados paliativos. Afirma que “el estado de vulnerabilidad acentuado justifica un enfoque fundamentalmente humano por parte de las autoridades en la gestión de estas situaciones, un enfoque que debe incluir necesariamente cuidados paliativos guiados por la compasión y un alto nivel médico” (35, § 158).

3.2. *Los límites del derecho a disponer del propio cuerpo*

Existen cuatro obstáculos principales a la libertad de disponer del propio cuerpo cuando se reivindica el derecho a morir: la obligación moral [3.2.1], la intervención de un tercero [3.2.2], la cuestión de la propiedad del cuerpo [3.2.3] y el principio de la indisponibilidad del cuerpo humano [3.2.4].

3.2.1. *La obligación moral*

En la práctica de la libre disposición del propio cuerpo, la obligación moral hacia uno mismo puede impedirla. Sin embargo, esta obligación no es jurídica (27, p. 184), es decir, no es una ley vinculante, sino una cuestión de intimidad. Así, una persona que se suicida

puede no considerar moralmente incorrecto su acto. Así se entiende la despenalización del suicidio (desde el Código Penal francés de 1791), que se basa en el art. 4 de la DUDH, que establece: “La libertad consiste en poder hacer todo lo que no perjudica a los demás”.

3.2.2. *La participación de un tercero*

Si la obligación moral no es legal para uno mismo, no es así cuando se trata de la participación de un tercero. De hecho, la autonomía en la libre disposición del cuerpo, incluso en el acto de quitarse la vida, es aceptable siempre que “no implique a un tercero” (27, pp. 47, 61). Hay dos razones principales para ello en lo que respecta a la PAS: la base del acto médico (a) y la libertad de conciencia (b).

a) El acto médico

Un conjunto de normas y principios éticos rigen los actos médicos, incluidos los que se realizan al final de la vida. Por ejemplo, el art. R. 4217-38 del FPHC establece: “El médico debe acompañar al moribundo hasta sus últimos momentos, garantizar la calidad de la vida que está llegando a su fin mediante cuidados y medidas adecuados, salvaguardar la dignidad del paciente y confortar a quienes lo rodean. El médico no tiene derecho a provocar deliberadamente la muerte”.

Este principio de no causar deliberadamente la muerte, es decir, “no matar”, que se ajusta al juramento hipocrático, sigue siendo el fundamento mismo de la práctica médica y responde claramente al principio básico de la ética médica: la no maleficencia. Por lo tanto, dar la muerte o tratar con la intención de provocar la muerte no puede considerarse un acto médico, ni un acto de asistencia (36-39).

b) La libertad de conciencia

Según el TEDH, la libertad de conciencia “es uno de los fundamentos de una “sociedad democrática” en el sentido del Convenio. En su dimensión religiosa, es uno de los elementos más esenciales de la

identidad de los creyentes y de su concepción de la vida, pero también es un bien precioso para los ateos, los agnósticos, los escépticos y los indiferentes. Se trata del pluralismo —conquistado a lo largo de los siglos— que es consustancial a una sociedad así” (40, § 31). Implica la capacidad de actuar según la propia conciencia (dimensión positiva) y no ser obligado a actuar contra la propia conciencia (dimensión negativa).

A nivel internacional, esta libertad de conciencia está reconocida en el art. 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), en los arts. 9 y 10 del CEDH, en la Resolución 1763 (2010) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (41), en la sentencia del TEDH en el caso *Bayatyan c. Armenia* (42) y en el art. 10.2 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. En Francia, la libertad de conciencia se deriva del art. 10 de la Constitución. En el contexto de las cuestiones relacionadas con la PAS, esta libertad de conciencia se aplica a todas las personas y, en particular, a los profesionales de la salud.

En el caso de cualquier persona, esta libertad de conciencia puede limitar el ejercicio de la libertad de disponer del propio cuerpo de dos maneras. En primer lugar, existe el deber de asistir a una persona en peligro. En efecto, una persona que reivindica el derecho a morir en nombre de la libertad de disposición corporal puede encontrarse en peligro, ya que desea suicidarse de forma inminente. Por lo tanto, no prestar asistencia a una persona en peligro constituye un delito (art. 223-6 del Código Penal francés). En los casos de fin de vida, el objetivo es disuadir a la persona de recurrir a la PAS (y a la eutanasia). Cabe señalar que incluso un médico está obligado a prestar asistencia a una persona en peligro, tal y como se especifica en el art. R. 4127-9 del FPHC. En segundo lugar, la libertad de conciencia implica el derecho a oponerse a una ley que va en contra de la propia conciencia, pero que también transgrede un principio universal (no matar). Se trata de la libertad de expresión. Con la ley propuesta sobre la ayuda a morir, el artículo 17 socava gravemente la libertad de conciencia al disuadir a las personas de la eutanasia o el suicidio

asistido y limitar el derecho a expresar libremente sus opiniones sobre el tema.

En el caso de los profesionales de la salud, la libertad de conciencia puede limitar el ejercicio de la libertad de disponer del propio cuerpo. Se concreta en el derecho a la objeción de conciencia y se consagra como un derecho fundamental. Es el deber de no obedecer una orden, no por su legalidad en relación con la validez de la ley (derecho positivo), sino por su legitimidad en relación con la cuestión del bien y del mal tal y como lo percibe la conciencia (derecho natural). Este hecho está consagrado en la Declaración de Ginebra (1948), que establece que los médicos tienen el deber de ejercer su “profesión con conciencia y dignidad, de acuerdo con las buenas prácticas médicas”. En Francia, la objeción de conciencia se expresa a través de la cláusula de conciencia, que es doble. Por un lado, existe la cláusula de conciencia general regulada por el art. R. 4172-47 del FPHC, que establece que “salvo en casos de urgencia y cuando incumpla sus deberes humanitarios, un médico tiene derecho a negarse a prestar asistencia por razones profesionales o personales”. Por otro lado, existe también una cláusula de conciencia específica relativa a la esterilización anticonceptiva, la investigación con embriones y el aborto. En la propuesta de ley Falorni, se ha creado una cláusula de conciencia específica en el art. 14. Sin embargo, esta ley excluye a los farmacéuticos.

3.2.3. *El cuerpo como propiedad*

Si la disposición del cuerpo puede considerarse “un acto con graves consecuencias para el patrimonio” (en este caso, el cuerpo), un acto que “compromete el futuro” (en este caso, la muerte) (27, p. 80), algunas personas justifican el PAS considerando el cuerpo como una propiedad de la que la persona puede disponer (43). Sin embargo, se plantea una cuestión fundamental: ¿es posible considerar el cuerpo como un bien? (44, pp. 74-76).

Los derechos de propiedad se basan en la exclusión de terceros, un principio que se aplica simbólicamente al cuerpo humano.

Aunque la legislación francesa considera el cuerpo como la persona misma en su materialidad (45), el Código Civil francés (FCC) afirma la no patrimonialidad del cuerpo/estatus no propietario (art. 16-1) y su protección contra los daños (art. 16-3), sin embargo, sigue existiendo esta tendencia (28, pp. 347-350) a considerar que “mi cuerpo me pertenece”. Esta visión permite un cierto *usus* (disfrutar y aprovechar el propio cuerpo) y *abusus* (disponer del propio cuerpo) (46). Si seguimos esta interpretación, es posible favorecer la idea de la libre disposición del propio cuerpo solicitando la PAS. Sin embargo, esta visión es reductiva y plantea un problema metaontológico. El ser humano no es solo “su” cuerpo, y el cuerpo no puede agotar la “totalidad” del ser humano. Si este es el caso, caemos en el monismo antropológico según el cual solo el individuo se convierte en la norma a través del proceso de subjetivación. Este “es el proceso de apropiación y dominación de la realidad por parte de la mente” (47, p. 95) a través de la liberación total de todas las restricciones y leyes que impiden esta libertad de disponer del propio cuerpo. En consecuencia, según este razonamiento, se puede solicitar la PAS.

Si consideramos el cuerpo como propiedad y disponemos libremente de él, el derecho de propiedad presupone también una distancia espacial entre el sujeto y el objeto, lo cual no es posible entre la persona y su cuerpo. En este sentido, es impertinente reivindicar el derecho a morir en nombre de la disponibilidad del cuerpo, que no es propiedad. Más allá de esta imposibilidad, el enfoque ético-jurídico implica también considerar el cuerpo en sus dimensiones individual y universal. Así es como T. Pech reformula esta idea mediante un razonamiento muy claro:

- a) Nadie dispone de “la humanidad del ser humano”, b) La persona es la entidad jurídica portadora de esta humanidad, c) El cuerpo está asignado a la persona y no es propiedad de la persona, d) El cuerpo es, por lo tanto, también portador de esta humanidad del ser humano, e) Por lo tanto, nadie puede disponer libremente de su cuerpo ni del cuerpo de los demás (48).

3.2.4. La indisponibilidad del cuerpo humano

Aunque no se expresa explícitamente en la legislación internacional y nacional (27, pp. 55-56; 28, pp. 699-702), el principio de la indisponibilidad del cuerpo humano se deriva de otros tres principios vinculados al principio constitucional francés de salvaguarda de la dignidad humana (49). Estos tres principios son la inviolabilidad (protección contra la injerencia de terceros, art. 16-1 de la FCC y art. 3 del CEDH), la no patrimonialidad (rechazo de la comercialización del cuerpo, art. 16-1, apartado 3, de la FCC) y la integridad (art. 16-3 de la FCC). En el contexto de la PAS, el principio de integridad del cuerpo humano ocupa un lugar importante. En efecto, disponer del propio cuerpo para un acto médico presupone el acto de dañar ese cuerpo. Sin embargo, esta posibilidad está estrictamente permitida si respeta dos condiciones según el art. 16-3 de la FCC: interés terapéutico (a) y consentimiento (b).

a) El interés terapéutico

“La integridad del cuerpo humano solo puede ser violada en casos de necesidad médica para la persona en cuestión, o excepcionalmente en interés terapéutico de otros” (art. 16-3 del FCC). Disponer del propio cuerpo permitiendo que un tercero interfiera en él solo se basa en la necesidad médica o terapéutica.

Sin embargo, en un estado de sufrimiento intratable, “la persona que solicita la eutanasia [o la PAS] no se encuentra, a priori, en un estado que requiera médicamente la eutanasia [PAS], en el sentido de que la eutanasia [o el suicidio asistido] le permitiría recuperarse” (50). Por lo tanto, no existe necesidad médica ni motivo terapéutico que dé lugar a la muerte de la persona, teniendo en cuenta que el objetivo de la medicina es promover la supervivencia, la curación y el alivio, manteniendo la vida (sin obstinación terapéutica, tal y como se presenta en la ley Claeys-Leonetti de 2016).

b) El consentimiento

El consentimiento es una segunda condición para poder disponer del propio cuerpo permitiendo que sea violado y reclamando así el derecho a morir. Para que el consentimiento sea válido, debe estar libre de error, fraude y violencia. La persona que da su consentimiento debe estar en pleno uso de sus facultades mentales e intelectuales (FCC, art. 1145-1150), lo que implica la libertad del individuo.

No obstante, existen dos limitaciones principales que se oponen al consentimiento (51, pp. 54-55). La primera es la limitación interna, con el sentimiento de ser una carga para los seres queridos (52, 53), por no mencionar el estado psicológico por el que se puede atravesar durante una enfermedad grave o una situación de vulnerabilidad (54). La segunda es la restricción externa, expresada por presiones familiares, económicas (55), políticas (normativas) y mediáticas (56, 57). De hecho, la ley Falorni rechazó todas las enmiendas (58) que garantizaban el consentimiento libre e informado y creaban algún tipo de restricción externa, como estas:

- AS14 aborda la supresión del sufrimiento psicológico, que “a menudo es complejo y multifactorial. Su evaluación puede variar considerablemente de un profesional sanitario a otro; [...] podría dar lugar a abusos, en particular hacia personas vulnerables que pueden sentirse obligadas a solicitar la eutanasia debido a presiones externas o trastornos mentales temporales”.
- AS51: No estar en un estado de debilidad o vulnerabilidad psicológica.
- AS281 se refiere a la opinión de un psicólogo antes de la PAS.
- AS559 se refiere al derecho del médico a ponerse en contacto con el Ministerio Público, si el médico tiene dudas sobre la libre solicitud del paciente y la presión ejercida sobre él.
- AS967, que “tiene por objeto impedir que el acto de ayuda a morir se utilice como plataforma o instrumento de presión política o mediática”.

- AS994 hace hincapié en la importancia de verificar el discernimiento para que no se vea afectado.
- El AS1019 sobre el consentimiento libre e informado, que debe ser revocable sin formalidades y en cualquier momento (tal y como establece el artículo 5 del Convenio de Oviedo y los principios de derechos humanos en materia de salud).

Este rechazo implica que el acceso al PAS puede proporcionarse mediante el abuso de la debilidad, sin consentimiento, sin discernimiento y sin la capacidad de tomar una decisión informada y esclarecida. ¿Es posible hablar del derecho a disponer del propio cuerpo y del derecho a morir si el consentimiento está sesgado?

4. Conclusión

La cuestión del derecho a morir es una cuestión jurídica y lógica que solo puede abordarse a la luz del derecho a la vida, ya que el derecho a morir “paradójicamente presupone lo que niega y niega lo que presupone, es decir, la vida misma” (59, p. 61). De hecho, sin vida, es imposible presuponer todos los demás derechos (60, p. 156). En otras palabras, cualquier derecho reivindicado solo puede derivarse de la vida, como derecho y valor fundamental universal, y solo puede servir a la vida. Por ello, el TEDH, en el caso *Pretty contra el Reino Unido*, declaró claramente que “no puede derivarse del artículo 2 del Convenio [el derecho a la vida] ningún derecho a morir, ya sea a manos de un tercero o con la asistencia de una autoridad pública” (31, § 40). Por lo tanto, las tres conclusiones principales son:

- a) Aunque la Asamblea Nacional ha creado un derecho a la asistencia para morir, este derecho sigue siendo una aberración porque constituye una negación categórica de todos los demás derechos. La muerte en sí misma no es un derecho, sino un hecho al que todos los seres vivos, incluidos los seres humanos, deben enfrentarse. La demanda de un derecho a morir, o

a ser ayudado a morir en el sentido estricto del término, sigue siendo un derecho impertinente, ya que plantea dilemas éticos y jurídicos fundamentales. Solo refleja una evolución médica, política y social que ha transformado nuestra forma de abordar la muerte.

- b) El derecho a disponer del propio cuerpo no es una libertad absoluta, ya que su ejercicio está sujeto a varios límites. Tampoco es un derecho exigible, que es un concepto jurídico que significa que “el derecho que se ha reconocido al ciudadano puede ser “opuesto” a una autoridad encargada de aplicarlo” (61). Una persona no puede “exigir al Estado ninguna acción positiva más que la protección de esta libertad frente a terceros” (28, p. 496), respetando los derechos fundamentales de estos terceros y el orden público moral (26,62). En las cuestiones relacionadas con el final de la vida, el orden público moral implica no violar el principio universal de no matar ni pedir ayuda para suicidarse.
- c) El PAS y la EOL no son cuestiones relacionadas con el derecho a morir. Más bien, deben llevarnos a reevaluar nuestra relación con la muerte y fomentar “otras formas de solidaridad [como los cuidados paliativos] además del don de la muerte, con el fin de asumir nuestras responsabilidades humanas cuando sean legítimas y comprometidas” (63, p. 152).

Referencias

1. Vollaire C. Le biopouvoir sur la mort. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. 2005 [citado 3 de mayo de 2025]; 4(4):199–202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652205815958>
2. Godin C. La fin de vie comme question politique. *Droit Cult Rev Int Interdiscip* [Internet]. 2018 [citado 3 de mayo de 2025]; (75):203–14. Disponible en: <https://journals.openedition.org/droitcultures/4449>
3. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [citado 18 de mayo de 2025]. Analyse du scrutin n° 1805. Deuxième séance du samedi 17 mai 2025 Scrutin public n° 1805 sur l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à

- mourir (première lecture). Disponible en: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/scrutins/1805>
4. Falorni O. Proposition de loi, n° 1364-A0 relative à la fin de vie (Première lecture) [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1364_texte-adopte-commission
 5. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [citado 3 de julio de 2025]. Compte rendu de la séance du samedi 24 mai 2025. Disponible en: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/seance-du-samedi-24-mai-2025>
 6. Bounon L, Lassaunière JM. La médicalisation de la mort. *Éthique Santé* [Internet]. 2014 [citado 24 de abril de 2025]; 11(4):195–201. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462914000750>
 7. Surveillance sanitaire de la mortalité toutes causes confondues [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01\)%20\(Figure%20](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01)%20(Figure%20)
 8. Institut national de la statistique et des études économiques. INSEE. Décès quotidiens et mensuels depuis janvier 2024 [Internet]. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8320119?sommaire=7764286#consulter-sommaire>
 9. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2025]; 524(7):1–4. Disponible en: <https://shs.cairn.info/revue-population-et-societes-2015-7-page-1>
 10. Castra M. Les reconfigurations du rapport à la mort et à la fin de vie dans la société française contemporaine. En: Cuchet G, Laubry N, Lauwers M, editors. *Transitions funéraires en Occident : Une histoire des relations entre morts et vivants de l'Antiquité à nos jours* [Internet]. Roma: Publications de l'École française de Rome; 2023 [citado 24 de abril de 2025]. (Collection de l'École française de Rome). Disponible en: <https://books.openedition.org/efr/56321>
 11. Plaisance A. Qulysis. 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Une invitation à repenser le mourir. Disponible en: <https://www.qulysis.com/fr/post/une-invitation-a-repen-ser-le-mourir>
 12. Supiot A. *Homo juridicus. Essai sur la fonction anthropologique du Droit*. Paris: Points; 2009.
 13. Larson E. Euthanasia in America - Past, Present, and Future: A Review of A Merciful End and Forced Exit. *Mich Law Rev* [Internet]. 2004 [citado 24 de abril de 2025]; 102(6):1245–62. Disponible en: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss6/12>
 14. Benzenhöfer U, Hack-Molitor G. Luis Kutner and the development of the advance directive (living will) [Internet]. Wetzlar: Frankfurter Studien zur Geschichte und

- Ethik der Medizin Bd. 3 hrsg. von U. Benzenhöfer; 2009 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://d-nb.info/1095663763/34>
15. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité [Internet]. [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.admd.org/>
 16. The World Federation of Right to Die Societies – Ensuring Choices for a Dignified Death [Internet]. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://wfrtds.org/>
 17. We should all have the right to die with dignity [Internet]. Death With Dignity. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://deathwithdignity.org/>
 18. De La Gontrie MP. Proposition de loi no 131 visant à établir le droit à mourir dans la dignité [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.senat.fr/leg/pp120-131.html>
 19. Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000166739/>
 20. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000212121/>
 21. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
 22. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000446240/>
 23. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). JORF n°0028 du 3 février 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
 24. 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 [cited 2024 Apr 16]; 49(7):497–501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10359509/>
 25. Dykhuis A. Autonomy and the Patient's Perspective on Physician-Assisted Suicide. *Nurs Masters Pap* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 25]; Disponible en: <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/384>
 26. CEDH. Laskey et autres c. Royaume-Uni, n° 21627/93; 21628/93; 21974/93, 19 février 1997 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-62580&filename=001-62580.pdf>
 27. Ferrié SM. Le droit à l'autodétermination de la personne humaine: Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps. Paris: IRJS; 2018.
 28. Bioy X. Le concept de personne humaine en droit public. Recherche sur le sujet des droits fondamentaux. Paris: Dalloz; 2003.
 29. Lochak D. La liberté sexuelle, une liberté (pas) comme les autres ? En: *La Liberté sexuelle* [Internet]. Paris: PUF; 2005 [citado 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hal.Parisnanterre.fr/hal-01762202>
 30. Smeyers D. Le droit de disposer de son corps dans la Convention européenne des droits de l'homme [Internet] [Mémoire]. [Louvain]: Université Catholique de

- Louvaine; 2015 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis:3420/datastream/PDF_01/view
31. EtCHR. *Pretty v. the United Kingdom*, No 2346/02, 2002 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%7D>
 32. Lagarde E. Le principe d'autonomie personnelle. Etude sur la disposition corporelle en droit européen. [Internet] [These de doctorat]. [Pau]: Université de Pau et des pays de l'Adour; 2012 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://theses.fr/2012PAUU2003>
 33. Etoa S. Corps humain et liberté. *Cah Rech Sur Droits Fondam* [Internet]. 2017 [citado 14 de mayo de 2025];(15):19–26. Disponible en: <https://journals.openedition.org/crdf/543>
 34. EtCHR. *Haas v. Switzerland*, No 31322/07, 2011 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%7D>
 35. EtCHR. *Daniel Karsai v. Hungary*, No 32312/23, Juin 13, 2024 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%7D>
 36. Dallaporta B, Hocini F. *Tuer les gens, tuer la terre*. Paris: Compagnons; 2024.
 37. Fourcade C. Donner la mort n'est pas un soin. *Innov Thérapeutiques En Oncol* [Internet]. 2023 [citado 14 de mayo de 2025]; 9(5):229–30. Disponible en: https://www.ile.com/fr/revues/ito/e-docs/donner_la_mort_nest_pas_un_soin_332870/article.phtml?tab=citer
 38. Hirsch E. Emmanuel Hirsch : « Soigner par la mort n'est pas un soin » [Internet]. 2024 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.lavie.fr/actualite/societe/emmanuel-hirsch-soigner-par-la-mort-cest-pas-un-soin-93500.php>
 39. De Hennezel M. *Le Figaro*. 2025 [citado 14 de mayo de 2025]. La loi sur l'aide à mourir n'est ni juste, ni équilibrée, ni fraternelle. Disponible en: <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/marie-de-hennezel-la-loi-sur-l-aide-a-mourir-n-est-ni-juste-ni-equilibree-ni-fraternelle-20250509>
 40. ECtHR. *Kokkinakis v. Grèce*, No 14307/88, 1993 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-57827%22%7D>
 41. Parliamentary Assembly. Resolution 1763 (2010) - The right to conscientious objection in lawful medical care [Internet]. 2010. Disponible en: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909&lang=en>
 42. ECtHR. *Bayatyan v. Armenia*, No 23459/03, 2011 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-105611%22%7D>
 43. Anderson A. My Body, My Choice: Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized in the United States for Individuals with Chronic Mental Illness? *Tex AM Law Rev* [Internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2025]; 10(2):269–97. Disponible en: <https://scholarship.law.tamu.edu/lawreview/vol10/iss2/4>
 44. Badr M. L'autonomisation de la femme par l'avortement et la contraception dans les Objectifs de Développement Durable de l'ONU. Bordeaux: Les Études Hospitalières. LEH; 2025 (Collection Thèses).
 45. Kernaleguen F. Le principe de non-patrimonialité du corps humain à l'épreuve de la réalité. En: *La non-patrimonialité du corps humain: du principe à la réalité Panorama international*. 1ère. Bruxelles: Bruylant; 2017 (Droit, Bioéthique et Société).

46. Neirinck C. Le corps humain. En: Tomasin D, editor. Qu'en est-il de la propriété ? : L'appropriation en débat [Internet]. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole; 2006 [citado 21 de junio de 2023]. (Travaux de l'IFR). Disponible en: <https://books.openedition.org/putc/1742>
47. Puppinck G. Les droits de l'homme dénaturé. Paris: Le Cerf; 2018.
48. Pech T. La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation. *Éthique Publique* [Internet]. 2001 [citado 17 de junio de 2023]; 3(2). Disponible en: <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/2526>
49. 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* du 29 juillet 1994 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/cons/id/CONSTEXT000017666553>
50. Degoy L. Essai sur la notion de nécessité médicale [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Université de Toulouse; 2013 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.theses.fr/2013TOU10015>
51. Keown J. Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation. 2d edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
52. Scheeres-Feitsma TM, van Laarhoven AJMK, de Vries R, Schaafsma P, van der Steen JT. Family involvement in euthanasia or Physician Assisted Suicide and dementia: A systematic review. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2025]; 19(8):3688–700. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/alz.13094>
53. Wijngaarden E van, Alma M, The AM. 'The eyes of others' are what really matters: The experience of living with dementia from an insider perspective. *PLOS ONE* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 26]; 14(4):e0214724. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214724>
54. Mullock A, Lewis J. Assisted dying, vulnerability, and the potential value of prospective legal authorization. *Med Law Rev* [Internet]. 2025 [citado 26 de junio de 2025]; 33(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaf014>
55. Doublet YM, Favre P. Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie [Internet]. Paris: Fondation Pour L'Innovation Politique; 2025 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>
56. Favre P. Derrière les demandes d'euthanasie, une liberté, vraiment ? En: *Fins de la vie: Les devoirs d'une démocratie*. Paris: Le Cerf; 2025.
57. Bache I. How (and when) does party matter? Explaining MPs' positions on assisted dying/assisted suicide. *Parliam Aff* [Internet]. 2025 [citado 26 de junio de 2025]; Disponible en: <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/224624/>
58. Assemblée nationale [Internet]. [citado 3 de mayo de 2025]. Amendements déposés sur le texte n° 1100. Disponible en: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements?dossier_legislatif=DLR5L17N51670&examen=EXANR5L-17PO420120B1100POD1

59. Vitale AR. L'eutanasia come problema biogiuridico. 1er édition. Milano: Franco Angeli; 2017.
60. Hervada J. Introduction critique au droit naturel. Bordeaux: Bière; 1991.
61. Haut Comité pour le Droit au Logement. Haut Comité pour le Droit au Logement. 2010 [citado 5 de marzo de 2025]. Un droit opposable, qu'est-ce que c'est? Disponible en: <https://www.hclpd.gouv.fr/un-droit-opposable-qu-est-ce-que-c-est-a32.html>
62. CE, ass. 27 octobre 1995, n° 136727, Publié au recueil Lebon [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007877723/>
63. Hirsch E. Devoir mourir, digne et libre. Paris: Le Cerf; 2023.