

COLECCIÓN «PENALCRIM» J.M. BOSCH EDITOR



LA  
PROTECCIÓN  
PENAL DE  
LA SALUD  
CONFORME  
A LAS  
RESOLUCIONES  
DEL TEDH Y DE  
LA CORTE IDH

**JAVIER LLOBET RODRÍGUEZ**  
**LUIS RAMÓN RUIZ RODRÍGUEZ**

**COORDINADORES**

**AUTORES**

FCO. JAVIER ÁLVAREZ GARCÍA  
ARTURO VENTURA PÜSCHEL  
LUIS RAMÓN RUIZ RODRÍGUEZ  
HAIDEER MIRANDA BONILLA  
MARIE-AUDE BEERNAERT  
ANDREA ACOSTA GAMBOA  
MARÍA FERNANDA PALMA  
MARÍA AURELIA BLANDINO HERRERA  
FRANZ VEGA Z.  
NOEMI MARIA CARDINALE

**JMB**  
**BOSCH EDITOR**

  
Editorial Jurídica Continental

El reconocimiento de la salud como Derecho humano fundamental, tras la segunda guerra mundial del siglo XX, naturalizó, junto a otros efectos, que su protección alcanzase los niveles máximos que permite el ordenamiento jurídico a través de la intervención penal para las afectaciones más graves contra la misma.

Esta posibilidad ha generado una doble corriente de interpretación de la salud como Derecho humano y como bien jurídico de interés penal que, dada la importancia que la misma ha recobrado durante la pandemia de la COVID 19, ha obligado al análisis conjunto, al encuentro, de ambos enfoques y de las implicaciones constitucionales y político criminales que conllevan.

Este segundo volumen, fruto de la colaboración iniciada en 2022 entre las casas editoriales J.M. Bosch Editor, de España, y Editorial Jurídica Continental, de Costa Rica, aborda la protección penal de la salud conforme a las resoluciones del TEDH y de la corte IDH, siguiendo el modelo de trabajo de la publicación precedente: el estudio de las resoluciones de los dos altos tribunales en materias de interés común en ambas regiones, lo cual permite identificar los puntos de encuentro y las diferencias que los ordenamientos jurídicos de ambas regiones plantean ante la protección de un interés idéntico de carácter universal.

Como en la primera colaboración entre las editoriales, *Principios y garantías penales y procesales en la doctrina de la CIDH y el TEDH* (2022), investigadores españoles y costarricenses afrontan el estudio de las crisis sanitarias, los problemas del consentimiento, las esterilizaciones no consentidas, la fecundación *in vitro* o los suicidios en prisión, incorporando en el lado del TEDH a nuevos investigadores de la Unión Europea, ampliando, de ese modo, las perspectivas que plantea un tema complejo del mayor interés, facilitando al investigador y al profesional del Derecho comprender mejor las reglas, principios y tendencias que, sobre el tratamiento de la salud de las personas, forma parte de la doctrina vigente de ambos tribunales de Derechos Humanos.



Editorial Jurídica Continental



**La protección penal de  
la salud conforme a las  
resoluciones del TEDH  
y de la Corte IDH**



JAVIER LLOBET RODRÍGUEZ  
LUIS RAMÓN RUIZ RODRÍGUEZ

COORDINADORES

# LA PROTECCIÓN PENAL DE LA SALUD CONFORME A LAS RESOLUCIONES DEL TEDH Y DE LA CORTE IDH

AUTORES

FCO. JAVIER ÁLVAREZ GARCÍA  
ARTURO VENTURA PÜSCHEL  
LUIS RAMÓN RUIZ RODRÍGUEZ  
HAIDEER MIRANDA BONILLA  
MARIE-AUDE BEERNAERT  
ANDREA ACOSTA GAMBOA  
MARÍA FERNANDA PALMA  
MARÍA AURELIA BLANDINO HERRERA  
FRANZ VEGA Z.  
NOEMI MARIA CARDINALE

2023

  
BOSCH EDITOR

  
Editorial Jurídica Continental

Esta obra ha sido examinada por los siguientes miembros del Comité Científico editorial:

**Dr. Alfredo Abadías Selma.** Profesor Contratado Doctor de Derecho Penal, Universidad Internacional de La Rioja

**Dr. Miguel Bustos Rubio.** Profesor Titular de Derecho Penal, Universidad Internacional de La Rioja

**Dr. Esteban Mestre Delgado.** Catedrático de Derecho Penal, Universidad Alcalá de Henares

© MAYO 2023 JAVIER LLOBET RODRÍGUEZ  
LUIS RAMÓN RUIZ RODRÍGUEZ  
COORDINADORES

© MAYO 2023

**JYB BOSCH**  
**EDITOR**

**Librería Bosch, S.L.**

<http://www.jmboscheditor.com>

<http://www.librieriabosch.com>

E-mail: [editorial@jmboscheditor.com](mailto:editorial@jmboscheditor.com)


Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

ISBN papel: 978-84-19580-48-1

ISBN digital: 978-84-19580-49-8

D.L: B 9247-2023

ISBN EJC, Costa Rica: 978-9968-06-011-0

**Diseño portada y maquetación:** CRISTINA PAYÁ  +34 672 661 611

*Printed in Spain – Impreso en España*

## **Colección «Penalcrim» J.M. Bosch Editor**

### **Coordinadores del Comité Científico**

---

**Dr. Alfredo Abadías Selma**

Profesor Contratado Doctor de Derecho Penal y Criminología  
Universidad Internacional de La Rioja

**Dr. Miguel Bustos Rubio**

Profesor Titular de Derecho Penal  
Universidad Internacional de La Rioja

### **Miembros del Comité Científico**

---

**Dra. María del Carmen Armendáriz León**

Profesora Contratada Doctora de Derecho Penal  
Universidad Complutense de Madrid

**Dr. Ignacio Berdugo Gómez De La Torre**

Catedrático de Derecho Penal  
Universidad de Salamanca

**Dr. Sergio Cámara Arroyo**

Profesor Contratado Doctor de Derecho Penal  
Universidad Nacional de Educación  
a Distancia UNED

**Dra. Beatriz Cruz Márquez**

Profesora Titular de Derecho Penal  
y Criminología  
Universidad de Cádiz

**Dr. Bernardo Feijoo Sánchez**

Catedrático de Derecho Penal  
Universidad Autónoma de Madrid

**Dr. Juan Carlos Ferré Olivé**

Catedrático de Derecho Penal  
Universidad de Huelva

**Dr. Octavio García Pérez**

Catedrático de Derecho Penal  
Universidad de Málaga

**Dra. Alicia Gil Gil**

Catedrática de Derecho Penal  
Universidad Nacional de Educación a Distancia

**Dra. María Concepción Gorjón Barranco**

Profesora Contratada Doctora de Derecho Penal  
Universidad de Salamanca

**Dr. José León Alapont**

Profesor Ayudante Doctor de Derecho Penal  
Universidad de Valencia

**Dra. Paz Lloria García**

Profesora Titular de Derecho Penal  
Universidad de Valencia

**Dr. Víctor Manuel Macías Caro**

Profesor Ayudante Doctor de Derecho Penal  
Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

**Dr. Esteban Mestre Delgado**

Catedrático Universidad de  
Alcalá de Henares

**Dr. Fernando Navarro Cardoso**

Profesor Titular de Derecho Penal  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**Dr. Félix María Pedreira González**

Profesor Titular de Derecho Penal  
Universidad Complutense de Madrid

**Dra. Ana María Peligero Molina**

Profesora Ayudante Doctora de Criminología  
Universidad Internacional de La Rioja

**Dra. Ana Isabel Pérez Cepeda**

Catedrática de Derecho Penal  
Universidad de Salamanca

**Dr. Francisco Rodríguez Almirón**

Profesor Derecho penal  
Universidad de Granada

**Dr. Enrique Sanz Delgado**

Profesor Titular de Derecho Penal  
Universidad de Alcalá de Henares

**Dr. Pere Simón Castellano**

Profesor Titular de Derecho Constitucional  
Universidad Internacional de La Rioja





---

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN. <b>Prof. Dr. Javier Llobet Rodríguez, Prof. Dr. Luis Ramón Ruiz Rodríguez</b> .....	15
<b>CAPÍTULO I</b>	
EMERGENCIA SANITARIA, COVID Y DERECHOS HUMANOS EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS Y EN LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. <b>Fco. Javier Álvarez García, Arturo Ventura Püschel</b> .....	21
1. La epidemia de COVID-19.....	22
2. La atención a los ancianos en las residencias de mayores y la conculcación de los derechos humanos .....	22
3. La falta de persecución por parte de las instancias judiciales y fiscales españolas .....	48
4. Un apéndice .....	56
5. Bibliografía .....	59

**CAPÍTULO II**

LA CRISIS SANITARIA COMO CUESTIÓN DE ORDEN PÚBLICO A LA LUZ DE LAS RECIENTES RESOLUCIONES DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE ESPAÑA Y LA DOCTRINA DEL TEDH. **Luis**

<b>Ramón Ruiz Rodríguez</b> .....	61
1. Introducción .....	61
2. Las crisis sanitarias como problema de orden público .....	68
3. La alteración del orden público con ocasión de las crisis sanitarias .....	78
4. Los límites legales y la doctrina del Consejo de Europa-TEDH .....	84
5. A modo de conclusión.....	94
6. Bibliografía.....	98

**CAPÍTULO III**

EL DIÁLOGO JUDICIAL ENTRE EL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS Y LA CORTE INTERAMERICANA EN TEMAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. **Haideer Miranda Bonilla** .....

.....	101
1. Introducción .....	102
2. El diálogo judicial en la tutela multinivel de los derechos fundamentales ...	103
3. Tipologías .....	107
3.1. Diálogo horizontal .....	107
3.2. Diálogo vertical .....	109
3.3. Diálogo institucional .....	110
3.4. Otros tipos .....	111
4. Características .....	112
4.1. Obligatorio o facultativo .....	112
4.2. Bi, tri o multidireccional.....	112
4.3. Influencia o <i>cross fertilizatio</i> .....	112
4.4. Explícito o implícito.....	113
4.5. Existencia de conflictos y desacuerdos.....	113
5. El consentimiento informado en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humano .....	114
6. El consentimiento informado en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos .....	119
7. Conclusiones: el diálogo judicial horizontal entre la Corte de San José y el Tribunal de Estrasburgo en temas de consentimiento informado .....	130
8. Bibliografía.....	132

**CAPÍTULO IV**

LA DETENCIÓN EN TIEMPOS DE COVID BAJO LA LUPA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS. **Marie-Aude Beernaert**..... 135

1. *Fenech c. Malta* o la legalidad del mantenimiento de la detención a pesar de la suspensión del proceso penal ..... 136
2. Las medidas tomadas para luchar contra la COVID-19 en prisión a prueba, de cara al Convenio Europeo de Derechos Humanos..... 138
  - 2.1. Normas sanitarias previstas en prisión..... 140
  - 2.2. Medidas de retención o excarcelación destinadas a reducir la (sobre) población reclusa ..... 142
  - 2.3. Medidas para reducir el contacto con el exterior ..... 144
    - 2.3.1. Restricciones de las visitas a los presos ..... 144
    - 2.3.2. Suspensión de permisos de salida y permisos penitenciarios. 147
    - 2.3.3. La imposibilidad de comparecer personalmente ante el juez. 148
3. Conclusión. .... 151

**CAPÍTULO V**

LA FECUNDACIÓN IN VITRO EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. SENTENCIA EN EL CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS («FECUNDACIÓN IN VITRO») VS. COSTA RICA. **Andrea Acosta Gamboa** ..... 153

1. Introducción ..... 154
2. La Biopolítica y el Bioderecho: orientación para los Tribunales Internacionales de Derechos Humanos ..... 157
3. Las normas convencionales creadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia en el caso Artavia Murillo y otros («Fecundación in vitro») Vs. Costa Rica..... 167
4. Margen de apreciación de los Estados y el voto disidente del Juez Vio Grossi. El Derecho a la Vida ..... 175
5. El Derecho a la Salud y la Supervisión de Cumplimiento de la Sentencia.. 184
6. Consideraciones finales ..... 189
7. Bibliografía ..... 190

**CAPÍTULO VI**

JUSTICIA PENAL Y DERECHO MÉDICO PERSPECTIVAS CONSTITUCIONALES DEL DERECHO A LA SALUD Y CRITERIOS DE JUSTICIA. **María Fernanda Palma** ..... 195

1. Desde el horizonte histórico-cultural de la interpretación constitucional.... 196
2. Concepciones de justicia en torno a la salud..... 202

3. Bibliografía..... 213

**CAPÍTULO VII**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA ESTERILIZACIÓN NO CONSENTIDA O INVOLUNTARIA. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, SENTENCIA DE 30 DE NOVIEMBRE DE 2016, CASO I.V. VS BOLIVIA. **María Aurelia Blandino Herrera** ..... 215

1. Los derechos reproductivos de las mujeres en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ..... 216

2. Resumen del caso I.V. vs Bolivia, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia 30 de noviembre de 2016 ..... 220

3. Consideraciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la falta de consentimiento informado en el caso I.V. vs Bolivia y las particularidades de este consentimiento informado en las esterilizaciones ..... 222

4. La esterilización involuntaria de la mujer, como un acto de violencia contra ella ..... 227

5. La esterilización no consentida o involuntaria como un trato cruel, inhumano y degradante ..... 228

6. Consecuencias psicológicas de la esterilización no consentida o involuntaria en el caso concreto..... 232

7. Conclusiones ..... 240

8. Bibliografía..... 241

**CAPÍTULO VIII**

LOS TRES PRINCIPIOS BIOÉTICOS BÁSICOS QUE SUBYACEN EN LA SENTENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS EN EL FALLO ARTAVIA MURILLO Y OTROS VS COSTA RICA: FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV). **Franz Vega Z.** ..... 245

1. Introducción..... 246

2. Argumentos jurídicos que sustentan los aspectos bioéticos de la sentencia de la CIDH..... 249

3. Principios bioéticos rectores de la sentencia de la CIDH..... 257

4. Principio de respeto de la autonomía de la voluntad (reproductiva) ..... 258

5. Principio bioético rector en la resolución de la CIDH ..... 261

5.1. El principio de Beneficencia..... 261

5.2. Perspectiva Utilitarista - Consecuencialista en el Principio de Beneficencia ..... 265

5.3. Principio de Beneficencia y toma de posición bioética consecuencialista de la CIDH: Utilitarismo Hedonista..... 268

6.	Principio de Justicia Distributiva basado en la Teoría Ética del Igualitarismo, aplicado en la sentencia de la CIDH.....	270
7.	Conclusión.....	276
8.	Bibliografía.....	278

**CAPÍTULO IX**

	SUICIDIOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: DE LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS A LA (GRAVE) SITUACIÓN EN ITALIA. <b>Noemi María Cardinale</b> .....	279
1.	Análisis de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre los suicidios en contextos de detención.....	280
1.1.	Art. 2 CEDH: protección de la vida.....	280
1.1.1.	La evaluación del «riesgo de suicidio».....	282
1.1.2.	La adecuación de las medidas preventivas adoptadas por las autoridades.....	285
1.2.	Art. 2 CEDH: obligación de llevar a cabo una investigación efectiva.....	287
1.3.	Art. 3 CEDH: prohibición de tratos inhumanos y degradantes.....	290
2.	De las indicaciones supranacionales a las políticas locales de prevención del suicidio: ¿una visión limitada del problema?.....	292
3.	Prevención del suicidio en Italia: ¿una derrota anunciada?.....	294
3.1.	Algunos datos sobre suicidios en Italia.....	296
4.	Observaciones finales.....	300
5.	Bibliografía.....	300



---

**Prof. Dr. Javier Llobet Rodríguez**

Profesor emérito de la Universidad de Costa Rica

**Prof. Dr. Luis Ramón Ruiz Rodríguez**

Catedrático de Derecho penal de la Universidad de Cádiz

---

## PRESENTACIÓN

El derecho a la salud ha tenido un amplio reconocimiento como derecho humano fundamental tras la segunda guerra mundial del siglo XX, siendo el hito más relevante, aunque no el primero, el reconocimiento y configuración del mismo realizado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946.

El Preámbulo de este texto internacional define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades», de modo que configura un derecho fundamental en positivo, un derecho a gozar de las condiciones que permiten el mantenimiento de la salud, y no como un derecho a ser asistido ante la pérdida o deterioro de la misma.

Esta concepción del derecho a la salud ha condicionado el desarrollo de las políticas públicas de salud a lo largo de la segunda mitad del Siglo XX, y en la parte ya transcurrida del siglo corriente, y, por consiguiente, de todas las demás políticas públicas con incidencia directa o indirecta en este interés de valor fundamental. Estas políticas han venido acompañadas de todo un desarrollo normativo que ha situado este derecho entre los que ocupan la

cúspide de los derechos humanos, formando parte de aquellos considerados como de segunda generación, o derechos económicos, sociales y culturales.

Pero, a pesar de su gran relevancia, no se puede ignorar que se trata de un derecho donde la desigualdad resulta muy evidente, debido a la alta dependencia que tiene de los recursos públicos disponibles, de modo que el factor regional es determinante para la materialización de las exigencias mínimas y máximas de este derecho. A nivel de la Unión Europea, resulta ilustrativo el documento *La equidad en Salud y desarrollo regional en la UE. La aplicación de los fondos estructurales de la UE*, elaborado en el marco de la «Equity Action: la Acción Conjunta en desigualdades en salud» por EuroHealthNet en 2013, en el que se afirma que «las desigualdades en salud son las distribuciones injustas de la salud que se producen en las sociedades. Son las diferencias sistemáticas en materia de salud que se dan entre grupos sociales y que reflejan el gran número de personas a las que se les niegan los recursos y las capacidades en materia de salud y que por lo tanto disminuyen las posibilidades para alcanzar su máximo potencial en salud. Si bien existe cierto grado de desigualdad en salud en todas las sociedades, se pueden observar diferencias en la pendiente del gradiente de la salud entre regiones y entre Estados miembros. Estas diferencias son el resultado directo de políticas y programas financieros, económicos, sociales o de otro tipo que se están implementando en los países. Las variaciones en las desigualdades en salud dentro y entre los países ponen en evidencia que estas están construidas socialmente, que pueden reducirse mediante los medios pertinentes y que son, por tanto, evitables e injustas».

A mayor desigualdad social le corresponde mayor desigualdad en salud, y las políticas públicas en esta materia no sólo pasan por ir cumpliendo con los mínimos requisitos en los estándares que requieren el reconocimiento de este derecho humano esencial, sino que dicho cumplimiento se debe llevar a cabo de forma combinada con la disminución de las desigualdades en el acceso a la salud de los países, de las regiones y de los diferentes grupos humanos.

La constatación de que estas desigualdades tienen una influencia directa en el disfrute del derecho a la salud, tanto en el enfoque del mismo, como en el ejercicio de las libertades (aquí se incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo –por ejemplo, derechos sexuales y reproduc-



tivos— sin injerencias —por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados—, y la exigencia de los derechos (incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar), ha llevado a los organismos internacionales a delimitar su contenido desde la perspectiva de los derechos humanos, de modo que la Organización Mundial de la Salud asocia este derecho con intervenciones —con políticas públicas—, que respondan a normas y principios rigurosos. En concreto, a los siguientes (ver en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>):

- No discriminación: el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social
- Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Bajo estas reglas y principios, todas las políticas públicas en materia de salud deben responder a estos objetivos comunes, desplegando en cada sector, en cada área de desarrollo, las medidas especializadas que les sean propias a partir del reconocimiento de la trascendencia que tiene la salud en todas ellas. Por ello, el sistema penal se ve igualmente compelido a desarrollar políticas criminales acordes con la protección de un bien jurídico esencial, tanto a nivel individual como colectivo.

La protección penal de la salud es un reto y una realidad asentada a nivel internacional, pero también lo es la protección de la misma a través de los mecanismos legales y jurisdiccionales internacionales de reconocimiento y defensa de los derechos humanos, por lo que la salud obtiene una salvaguarda múltiple e interdependiente, donde la protección penal se debe interpretar de manera acorde a los textos legales y a las resoluciones internacionales en materia de derechos humanos, y, estos y estas, a su vez, acuden de manera directa a los principios y límites propios del Derecho penal y del Derecho procesal penal para regular y fundamentar dicha defensa del derecho humano a la salud.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) han tenido la oportunidad de manifestarse sobre aspectos relativos a la salud, algunos de indudable alcance penal. Si bien algunas de las resoluciones más recientes responden a los novedosos cuestionamientos derivados de la crisis sanitaria de la COVID19, no son estas las que mayor trascendencia han tenido en la materia, y ello, a pesar de que el derecho a la salud no se reconoce de forma expresa como derecho fundamental, por ejemplo, en la normativa constitucional de muchos países de Europa ni en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, si bien los intereses asociados a la salud, por su importancia –la vida, la integridad corporal o la intimidad–, son objeto de atención directa por el TEDH. Otro tanto ocurre con la regulación regional americana, donde la Convención Americana sobre Derechos Humanos no regula el derecho a la

salud de manera expresa, más allá de la referencia a la misma del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, más conocido como «Protocolo de San Salvador».

Estas ausencias no han sido óbice para que ambos tribunales regionales hayan emitido relevantes pronunciamientos sobre el derecho a la salud, algunas de indudable interés jurídico penal. En concreto, del *Informe temático sobre cuestiones relacionadas con la salud en la jurisprudencia del TEDH*, elaborado por el propio TEDH en 2015, se extraen importantes conclusiones relativas a la protección de la salud, para la protección de los bienes jurídicos personales más relevantes frente a lesiones directas de los mismos –agresiones de las autoridades en intervenciones policiales o en manifestaciones (Ilhan c. Turquía, de 27 de junio de 2000)–, o frente a la falta de atención sanitaria o ante una atención negligente de la misma –Chipre c. Turquía § 219, de 12 de mayo de 2014, o Šilih c. Eslovenia, de 9 de abril de 2009–. Pero también en asuntos controvertidos como la retirada de soporte vital en personas en estado vegetativo –Lambert y otros contra Francia, de 5 de junio de 2015–.

De igual forma, la Corte IDH ha podido pronunciarse sobre asuntos similares en los casos Rosendo Cantú y otra vs. México, Sentencia nº 36/09 de 15 de mayo de 2011, caso Xákmok Kásek vs. Paraguay, de 24 de agosto de 2010, caso de los «Niños de la Calle» (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala, de 19 de noviembre de 1999, o el caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay, de 17 de junio de 2005.

Esta producción jurisprudencial de ambas Cortes pone de manifiesto una voluntad integradora de la salud como continente esencial de los bienes jurídicos más esenciales de la personalidad, sorteando la ausencia de regulación directa en las convenciones sobre derechos humanos, lo que permite, a su vez, afrontar la salud en consonancia con modernas exigencias vinculadas a este derecho humano, por ejemplo, las que derivan de la bioética, que se resumen en los conocidos cuatro principios que la rigen:

- Respeto por la autonomía: la persona es dueña de tomar sus propias decisiones sin coacciones, restricciones, presiones o interrupciones re-

lacionadas con sus creencias o valores antes de ser sometido a cualquier intervención.

- La justicia: los recursos de salud se deben distribuir de manera equitativa y justa siguiendo el principio básico de que todos los seres humanos son iguales en dignidad y derechos.
- La beneficencia: busca el bienestar de los demás protegiendo a terceros de posibles daños. Vela por brindar un beneficio ante un problema de salud entre aquellos que solicitan asistencia sanitaria.
- La no maleficencia: principio básico que previene de acciones malintencionadas cuyo objetivo sea el hacer daño a otros. Cuenta con un mayor nivel de exigencia que el de la obligación de proporcionar un bien.

La obra que ahora se presenta aborda algunas de las cuestiones fundamentales relativas a la protección de la salud desde la consideración de la misma como derecho humano fundamental, necesitado del mayor nivel de protección en los tribunales nacionales y en los tribunales regionales de Derechos Humanos. Si bien su impulso puede asociarse al impacto de la pandemia de COVID 19, el texto no se limita a tratar los problemas derivados de las emergencias sanitarias, sino que suman a los mismos otras cuestiones tan relevantes como el consentimiento informado, la fecundación in vitro, la esterilización no consentida, o el suicidio en los centros penitenciarios.

Sin ánimo de agotar la temática, las contribuciones de este segundo volumen de la colección, iniciada con la obra editada de forma gemela por EDITORIAL JURÍDICA CONTINENTAL y por J.M. BOSCH EDITOR, *Principios y garantías penales y procesales en la doctrina de la Corte IDH y el TEDH*, en 2022, facilitan al investigador y al profesional del Derecho comprender mejor las reglas, principios y tendencias que, sobre el tratamiento de la salud de las personas, forma parte de la doctrina vigente de ambos tribunales.

Alajuela y Jerez de la Frontera, 6 de marzo de 2023

---

**Fco. Javier Álvarez García**

Catedrático de Derecho Penal  
Universidad Carlos III

**Arturo Ventura Püschel**

Profesor Colaborador  
Universidad Complutense de Madrid

---

**CAPÍTULO I**

**EMERGENCIA SANITARIA, COVID  
Y DERECHOS HUMANOS EN LA  
JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL  
EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS  
Y EN LA CORTE INTERAMERICANA  
DE DERECHOS HUMANOS**

**SUMARIO:** **1.** La epidemia de COVID-19. **2.** La atención a los ancianos en las residencias de mayores y la conculcación de los derechos humanos. **3.** La falta de persecución por parte de las instancias judiciales y fiscales españolas. **4.** Un apéndice. **5.** Bibliografía.

## 1. LA EPIDEMIA DE COVID-19

No cabe duda: en el año 2020 el mundo entero ha vivido, y lo continúa viviendo<sup>1</sup>, la emergencia sanitaria más importante desde la llamada «gripe del 17» o «gripe española». Obviamente no ha habido, todavía, tiempo material para que los tribunales de derechos humanos (Corte de San José y Tribunal de Estrasburgo) hayan emitido pronunciamientos sobre conculcación de derechos humanos como consecuencia de tan trascendental cuestión, mas es evidente que antes o después lo harán. Así y todo, el «problema» humanitario ha sido tan importante, tan monstruoso, que todos los sistemas de poder político, sanitario, de control de la población, policiales, etc., han estado implicados en la lucha contra la pandemia, lo que, como veremos a continuación, ha supuesto, en algunos casos, lesión de los derechos de los ciudadanos.

## 2. LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES Y LA CONCULCACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

1. Debe señalarse, en primer término, que la pandemia ha azotado en países que, en algún caso, padecían un deterioro importante de su sanidad pública, que era, precisamente, ante la entidad de la enfermedad la que debía

---

1 La prensa, desde finales de 2022 no hace más que informar de que el contagio en China se encuentra, de nuevo, «disparado»; distintas fuentes ilustran sobre el contagio de, nada menos, 1.100 millones de los habitantes de aquél país, más, pues, de un 80% de los ciudadanos; además, informan de que se han producido setenta mil muertos en los últimos meses (<https://elpais.com/sociedad/crisis-del-coronavirus/2023-01-27/pekin-deja-atras-el-pico-de-contagios-y-se-zambulle-en-la-normalidad-con-las-fiestas-del-ano-nuevo-chino.html>). En todo caso, y por encima de lo anterior, se sospecha que los datos proporcionados por las fuentes oficiales chinas no son en absoluto fiables (<https://elpais.com/sociedad/2023-01-05/por-que-la-oms-no-se-cree-los-datos-de-covid-que-reporta-china.html#:rel=mas>)

ponerse en tensión para enfrentar los millones de casos que se planteaban. En Europa, esa situación ha afectado, especialmente, entre los países grandes, a Italia, Reino Unido y a España, pero también y pese al inicial optimismo durante la primera ola, a Alemania. Veamos el caso español.

2. El deterioro de la sanidad pública española se inició con la aprobación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuyo artículo Único.2 tiene el siguiente tenor:

*«La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad».*

A partir de ese momento, y con distintos ritmos dependiendo de cada Comunidad Autónoma y las correspondientes transferencias en materia sanitaria efectuadas por el Gobierno central, comenzó la financiación de la sanidad privada a cargo de la pública a medida que, con el mismo ritmo, ésta se descapitalizaba. Ello se llevó a cabo con diferentes mecanismos, pero fundamentalmente con la derivación a los centros privados de actos médicos de la sanidad pública, así como con «encomiendas de gestión» hospitalarias. De esta forma comenzó el desmantelamiento de la sanidad pública española que, en los siguientes años, pasó de ser uno de los mejores servicios de salud del mundo a uno mediocre en el propio continente europeo.

El referido proceso adquirió ritmos distintos en las diferentes comunidades autónomas dependiendo del compromiso de los partidos gobernantes con las empresas sanitarias privadas. Ello provocó que en aquellos territorios donde los planteamientos neoliberales estaban exacerbados, el deterioro del sistema se aceleró. De semejante proceso constituyó un ejemplo la Comunidad Autónoma de Madrid, que, a partir de 2004, inició ambiciosos planes de infraestructuras sanitarias que se plasmaron en los siguientes años en la construcción y encomienda de gestión a empresas privadas (inmobiliarias, constructoras, bancos y fondos de inversión) de más de una decena de hospitales; cierre e intento de cierre de hospitales públicos y «remodelación» de

otros, así como cesión a privados de instalaciones sanitarias públicas. A lo anterior debe unirse el cierre de los laboratorios y del servicio de citas públicos, cediendo esa labor a empresas privadas, y como colofón, despido o no renovación de sanitarios y cierre de camas. Todo ello, mientras la población de Madrid aumentaba en casi un millón de habitantes en quince años<sup>2</sup>.

El resultado de toda esta estrategia fue, además de lo evidente (ralentización en la atención y tratamiento de las enfermedades de los ciudadanos que dependían de la sanidad pública), la descapitalización de la sanidad pública que transfirió buena parte de su financiación a empresas privadas; cierre de hasta tres mil camas públicas y disminución del personal sanitario hasta en dos mil personas, y entrega de dos millones de ciudadanos madrileños (clientes) a la atención de los hospitales privados.

Médicos insuficientes, mal pagados, enfermeras y auxiliares de todo tipo abrumados por un trabajo que excedía con mucho las plantillas existentes, que no se renovaban, y menos incrementaban, desde hacía años; emigración de médicos y enfermeras; previsiones de material sanitario insuficiente sino inexistente, e instalaciones cada vez más inadecuadas que vivían de pasados años de gloria<sup>3</sup>.

---

2 De cinco millones setecientos mil personas en 2004, a seis millones seiscientos cuarenta y dos mil habitantes en 2019.

3 Conculcando frontalmente, de esa forma, lo exigido en el documento, sobre el que volveremos más abajo, del Consejo Económico y Social de NNUU: «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud»: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSERVACION GENERAL 14. (General Comments) disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>: «Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de



Es en este contexto en el que llega la pandemia del COVID-19 y el colapso hospitalario en toda España, con especial incidencia en la Comunidad de Madrid, en la primera oleada de la enfermedad. La situación, se recordará, fue la de decenas de miles de personas reclamando atención médica frente a una enfermedad que los sanitarios no sabían cómo atacar con los medicamentos y técnicas disponibles. Se trataba de una situación en la que el compromiso ya no para la salud sino directamente para la vida, era evidente.

Hasta aquí se puede identificar un primer momento en el que, conscientemente, la protección de un derecho fundamental constitucional (derecho a la salud) y convencional (derecho a la vida) se va poniendo en peligro por la adopción de ciertas estrategias políticas que llevan a un desmantelamiento importante de la sanidad pública<sup>4</sup>. En todo caso, debemos ser conscientes de que la virulencia de la pandemia fue lo suficientemente importante como para poner de rodillas a la mejor sanidad pública existente, y tanto más cuando ésta se hallaba ya seriamente debilitada. Además de las proporciones de la enfermedad, esta pandemia ha traído consigo una afectación de derechos y libertades fundamentales, necesaria sin duda para controlar la contagiosidad, sin parangón en la historia moderna; y asimismo un declive económico que ha precisado muy importantes esfuerzos para la recuperación<sup>5</sup>.

---

Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS». En el mismo documento, y más adelante: «...las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población».

- 4 La Corte Interamericana de Derechos Humanos realizó una declaración («COVID-19 y derechos humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales», 1/20, de 9 de abril de 2020) en la que se decía: «En estos momentos, especial énfasis adquiere garantizar de manera oportuna y apropiada los derechos a la vida y a la salud de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado sin discriminación alguna, incluyendo a los adultos mayores, las personas migrantes, refugiadas y apátridas, y los miembros de las comunidades indígenas».
- 5 Un agudísimo análisis de las consecuencias, de todo orden, de la pandemia, puede encontrarse en BERNARDI, A «Il Diritto Penale alla prova della CO-

3. Los derechos aludidos encuentran reconocimiento en el artículo 43 de la Constitución española:

«1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud<sup>6</sup>.

VID-19», en *Diritto Penale e Processo*, núm. 4, 2020, págs. 441 y ss.

- 6 No debe olvidarse que el artículo 10.2 de la CE establece que: «Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España». En este sentido debe recordarse que el artículo 25.1 de la Declaración Universal enuncia: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez...». En este mismo sentido, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales declara en su artículo 12.1: «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», y en este artículo en su núm. 2, apartado c): «Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas».

Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos (en su resolución 1989/11), así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 (Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119),

2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto»,*

el artículo 2.1, primer inciso, del Convenio de Roma:

*«El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley»*

y el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos:

*«Derecho a la Vida 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente»<sup>7</sup>.*

---

y la observación general Nº 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer) y en otros instrumentos internacionales (3) En todo caso, y entre tantos documentos internacionales, hay que destacar el ya citado del Consejo Económico y Social: «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud»: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments).

Según este documento: «1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente». Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas».

7 Véase también el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, según el cual: «*Toda persona tiene derecho a que su salud sea*

Desde luego que estos preceptos han experimentado una evolución considerable, y en el caso del 2.1 del Convenio Europeo ha pasado de, en sus orígenes, servir de legitimación a la aplicación de la pena de muerte por los numerosos Estados que la aplicaban en el momento de elaboración de la Convención (y en este sentido véanse los Protocolos núms. 6 y 13) a ser garantía frente a excesos estatales primero en la lucha antiterrorista<sup>8</sup>, y posteriormente se ha ampliado su ámbito para proteger a los ciudadanos frente a determinadas omisiones estatales.

Este último camino ha sido transitado con mayor energía por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que en una resolución pionera (Villagrán Morales y otros c. Guatemala, caso «niños de la calle», de 19 de noviembre de 1999) ha dejado dicho:

«En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él»<sup>9</sup>.

---

*preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad». Asimismo, el artículo 10.1, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador, de 17 de noviembre de 1988: «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social».*

- 8 Véase al respecto, por ejemplo, ROIG TORRES, M «Condiciones específicas para acceder a la libertad condicional en los casos de terrorismo y delincuencia organizada. La STEDH del Caso Marcello Viola c. Italia», en *Revista General de Derecho Penal*, núm. 37, 2022, págs. 1 y ss.
- 9 Véanse, del mismo Tribunal, los casos Vera y otra c. Ecuador, de 19 de mayo de 2011, y Chinchilla Sandoval y otros c. Guatemala, de 29 de febrero de 2016. En

Esta declaración debe verse en el contexto de que el «derecho a la vida» pertenece al «núcleo duro» de las convenciones, y en este sentido el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) dejó declarado (McCann y otros c. Reino Unido, de 27 de septiembre de 1995), que:

«El art. 2... se constituye en una de las más fundamentales

Disposiciones de la Convención, que no puede ser derogada en ningún caso en tiempo de paz...constituyendo uno de los valores básicos de las sociedades democráticas...».

Mas ese «derecho a la vida» integra estadios previos a la agresión a la misma. En este sentido, la Corte IDH (Chinchilla Sandoval c. Guatemala, de 29 de febrero de 2016) ha dejado dicho:

«La Corte ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación<sup>10</sup>».

Así pues, la vida, la pérdida de esta, es sólo un estadio final que corona el deterioro de la salud, y por ello a los Estados les está encomendado el cuidado de los mecanismos de salud; es decir: están obligados a evitar su deterioro para que puedan garantizar que se encuentran en condiciones idóneas para asistir a los ciudadanos y evitar el atentado a la vida (para la conexión entre vida y salud, véase TEDH caso Asiye Genc c. Turquía, de 27 de enero

---

esta última resolución se afirma: «los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio del derecho a la vida».

10 Véanse también, Caso Albán Cornejo y otros c. Ecuador, de 22 de noviembre de 2007, y Caso Gonzales Lluy y otros c. Ecuador, de 1 de septiembre de 2015.

de 2015<sup>11</sup>). En este mismo sentido, MURILLO DE LA CUEVA afirma: «Los Estados también tienen obligaciones positivas en virtud del artículo 2 para proteger la salud de las personas. Por ello, puede darse una violación del mismo cuando se demuestra que las autoridades han puesto en riesgo la vida de determinada clase de personas al negarles o dificultar que se les preste atención sanitaria que sí está disponible para la población en general, como ocurrió en el norte de Chipre con la minoría de origen griego por parte de las autoridades pro-turcas (Chipre c. Turquía 219, de 12 de mayo de 2014. Otros casos en los que se ha apreciado la violación de este derecho son Nitecki c. Polonia, de 21 de marzo de 2002; Oyal c. Turquía, de 23 de marzo de 2010»<sup>12</sup>.

Desde luego que lo anterior no significa que ese derecho a la salud deba ser garantido con una particular estructura sanitaria. Obviamente los tribunales no pueden determinar las legítimas opciones políticas entre, verbigracia, modelos neoliberales y socialdemócratas. Pero lo que sí se impone es la existencia de esas infraestructuras, en cualquier modelo político estatal, capaces de proteger el derecho fundamental.

4. Pero ya no sólo se trató de la inexistencia de concretos medios sanitarios de todo tipo, sino de la adopción de una serie de decisiones que claramente caminaban en la línea de la eugenesia, y en este sentido han sido los ancianos las víctimas de la política sanitaria llevada a cabo<sup>13</sup>.

11 Afirma el Tribunal en la resolución citada: «En este ámbito, las obligaciones positivas impuestas al Estado por el artículo 2 implican, ante todo, la creación de una estructura reguladora que exija que los hospitales, ya sean privados o públicos, adopten las medidas adecuadas para garantizar la protección de la vida de los pacientes»; y más adelante: «» la ausencia de unos servicios de urgencias indispensables y la insuficiencia de las investigaciones realizadas conduce al Tribunal a considerar, por unanimidad, que el Estado no ha cumplido con sus obligaciones en base al artículo [2] del Convenio». Véase también, MURILLO DE LA CUEVA, EL «Derechos Humanos y atención sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos», *Extraordinario XXVIII Congreso 2019, Ponencias (vol.29. 2019)*, (disponible en), págs. 7 y 13 y s.

12 Ob. cit. pág. 13.

13 No resulta inconveniente en este punto recordar que los ancianos no son objeto de ningún importante instrumento regional en Europa (que conozcamos, sólo