

# Autonomía de la voluntad. Derecho a la vida

TEDH, *Case of Lindholm and the estate after Leif Lindholm v. Denmark*, 5 de noviembre de 2024

*Por María Eugenia Rodríguez Pería\**

---

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene por objeto analizar el fallo del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso “Lindholm y la sucesión de Leif Lindholm”. El caso se refiere a un miembro de la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová al que se le administró una transfusión de sangre tras haber sido hospitalizado de urgencia, a pesar de que había manifestado previamente su rechazo a este procedimiento basado en sus creencias religiosas. Los demandantes se quejaron en virtud de los artículos 8, 9 y 14 del CEDH.

## 2. Antecedentes del caso

El 19 de septiembre de 2014 Leif Ingolf Lindholm ingresó en la unidad de urgencias del Hospital Universitario de Odense, en Dinamarca, tras sufrir una caída de unos dos metros desde un techo. Según la historia clínica, al arribar al hospital podía decir su nombre pero estaba desorientado y no recordaba la caída. Asimismo, llevaba consigo un documento de directivas anticipadas que había fir-

---

\* Abogada (UBA). Magíster en Derechos Humanos y Democratización (Universidad Externado de Colombia). Docente de Contratos Civiles y Comerciales (UBA). Prosecretaria letrada de la Procuración General de la Nación.

mado el 11 de febrero de 2012. Las directivas indicaban que era miembro de la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová y que no quería que se le administrara sangre bajo ninguna circunstancia, aunque fuera necesario para preservar su vida. Había otorgado también un poder notarial para la asistencia sanitaria.

El 22 de septiembre de 2014 recibió una transfusión de sangre mientras estaba inconsciente pese a las indicaciones del referido documento y las manifestaciones de su familia. Para actuar de ese modo, el médico jefe consultó con el responsable médico sanitario, quien, luego de recordar los artículos pertinentes de la Ley de Sanidad de Dinamarca,<sup>1</sup> habilitó la transfusión debido a que el paciente no era competente y no había expresado sus deseos en la situación actual. A pesar de ello, indicó que, de existir la posibilidad de evitarla, debía intentarse en virtud del conocimiento que el hospital tiene de las manifestaciones del paciente (TEDH, 2024: párr. 19).

El Sr. Lindholm falleció el 21 de octubre de 2014 por razones distintas a la transfusión de sangre, sin haber recuperado la consciencia. El 7 de diciembre de 2014, su viuda, Lilian Elisabeth Lindholm, también Testigo de Jehová, presentó un reclamo ante el Defensor del Paciente (actualmente Autoridad para la Seguridad del Paciente) alegando que la transfusión de sangre se había administrado en contra de la voluntad de su esposo.

El 17 de diciembre de 2015 la Autoridad concluyó que el tratamiento dispensado al Sr. Lindholm había cumplido las normas profesionales generalmente aceptadas y se había ajustado a la Ley de Sanidad, por lo que no había motivos para cuestionar el accionar del hospital.

El 16 de diciembre de 2016 la Sra. Lindholm y la sucesión de su difunto esposo interpusieron un recurso contra dicha resolución. Cuatro años después el Tribunal Superior de Dinamarca Oriental hizo lugar parcialmente al planteo de los demandantes y consideró que se habían violado los artículos 8 y 9 del CEDH. Explicó que, al momento de la transfusión, no existía ninguna duda razonablemente justificada del rechazo absoluto del Sr. Lindholm a recibir sangre. Entendió que no había pruebas de que concurrieran circunstancias especiales para que el médico jefe tuviera motivos para no tener en cuenta sus deseos. Agregó que imponer el requisito incondicional y formal del rechazo informado “en el curso actual de la enfermedad” como condición para no administrar sangre significaría que una persona hospitalizada en estado inconsciente no podría oponerse al tratamiento, por muy inequívoca y bien documentada que fuera su negativa anterior a recibirla.

<sup>1</sup> El artículo 19 de la Ley de Sanidad de Dinamarca establece que “Si un paciente que carece temporal o permanentemente de la capacidad de dar su consentimiento informado, o que es menor de 15 años, se encuentra en una situación en la que se requiere un tratamiento inmediato para la supervivencia del paciente o para mejorar las posibilidades de supervivencia del paciente a largo plazo o para un resultado significativamente mejor del tratamiento, un profesional sanitario puede iniciar o continuar el tratamiento sin obtener el consentimiento del paciente o de la persona que tenga la custodia del paciente, del familiar más cercano del paciente o del tutor del paciente”, y el artículo 24 indica que “(1) No podrá iniciarse ni continuarse un tratamiento que implique la transfusión de sangre o productos sanguíneos sin el consentimiento informado del paciente. (2) La negativa de un paciente a recibir transfusiones de sangre o hemoderivados debe darse en el contexto de la evolución actual de su enfermedad y debe basarse en la información proporcionada por el profesional sanitario sobre las consecuencias para la salud del paciente de no administrar una transfusión de sangre o hemoderivados en relación con el tratamiento...”.

Apelada dicha resolución, el Tribunal Supremo falló en contra de los demandantes el 1° de febrero de 2022. Consideró que los médicos habían evitado administrar sangre al Sr. Lindholm hasta que fue necesario para salvarle la vida y que existía un fundamento jurídico para esa decisión en la legislación nacional que establecía que la negativa de un paciente a una transfusión de sangre debía otorgarse de manera informada y en el curso actual de la enfermedad para ser vinculante. Agotadas las instancias internas, los demandantes se presentaron una solicitud ante el TEDH el 18 de mayo de 2022.

### 3. La sentencia del TEDH

#### 3.1. Admisibilidad

El TEDH, determinó, en primer lugar, que solo la Sra. Lindholm tenía la condición de víctima en el sentido del artículo 34 del CEDH y no así la sucesión. Detalló que el caso se refiere a cuestiones fundamentales relativas al derecho de un paciente a la autodeterminación y al deber del Estado de proteger la vida que son de interés general y trascienden la persona y el interés de los involucrados. Señaló, además, que la Sra. Lindholm estuvo casada con el difunto durante cuarenta y cuatro años, compartía sus creencias religiosas, estuvo con él en el hospital y se opuso a la transfusión de sangre en su nombre. Agregó que su compromiso personal se evidencia también por el hecho de que, tras el fallecimiento de su marido, siguió adelante con el procedimiento interno en su propio nombre. En estas circunstancias excepcionales, el Tribunal entendió que la demandante se vio tan personalmente afectada por la injerencia en cuestión que puede ser considerada una víctima en el sentido del artículo 34 del Convenio.

Por el contrario, respecto de la sucesión del Sr. Lindholm no encontró ninguna circunstancia excepcional que justificara su condición de víctima, por lo que declaró inadmisibles las solicitudes a su respecto. Para adoptar esa postura, siguió la doctrina que considera que, en los casos en los que la violación alegada no está estrechamente vinculada con el fallecimiento,<sup>2</sup> los derechos estrictamente personales son intransferibles –arts. 3, 5, 8, 9, 10, 11, 14 y art. 3 del Protocolo N° 1–. En cambio, para la viuda valoró circunstancias excepcionales, tales como el interés general de la cuestión y la implicancia personal que el caso tenía para ella.

<sup>2</sup> Cuando las presuntas violaciones del Convenio están estrechamente relacionadas con una muerte o desaparición en circunstancias que presuntamente implican la responsabilidad del Estado, el Tribunal ha reconocido la legitimación de los familiares más cercanos de la víctima para presentar una demanda (TEDH, 2009: párr. 112; 2015: párr. 115). En tales casos, el Tribunal ha aceptado que los familiares cercanos puedan considerarse “víctimas indirectas” de la presunta violación de los artículos 2, 3 o 5. En los casos en que la presunta violación del Convenio no estaba estrechamente relacionada con la muerte o la desaparición de la víctima directa, el enfoque del Tribunal ha sido más restrictivo. Sin embargo, ha hecho, a lo largo de su jurisprudencia, excepciones a este enfoque general y ha concedido la condición de víctima a familiares que denunciaban violaciones no relacionadas con la muerte o la desaparición de la víctima directa. Para profundizar ver: TEDH (31 de agosto de 2023). *The locus standi of relatives (indirect victims) to bring a case to the Court when the direct victim has died*. Recuperado de <https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/the-locus-standi-of-relatives-indirect-victims-to-bring-a-case-to-the-court-when-the-direct-victim-has-died>

### 3.2. Fondo

Respecto del fondo de la cuestión, el TEDH entendió que el caso se refiere a la autonomía y la integridad personal del paciente en relación con el tratamiento médico y que podía examinarse adecuadamente en virtud del artículo 8 por encuadrar en el ámbito del “respeto a la vida privada”.<sup>3</sup> En cuanto al aspecto religioso de la cuestión consideró que podía resolverse interpretando y aplicando el artículo 8 a la luz del artículo 9 (TEDH, noviembre de 2024: párr. 62) en tanto los deseos del Sr. Lindholm de no recibir sangre se encontraban arraigados en la fidelidad a las enseñanzas de su comunidad religiosa.

En ese contexto, concluyó que no se había producido una violación del artículo 8 leído a la luz del artículo 9. Para así decidir, afirmó que la administración de la transfusión de sangre había sido conforme al derecho interno, en tanto estaba claramente definida en la Ley de Sanidad (arts. 19, 20 y 24) y sus notas preparatorias y cumplía con los requisitos de accesibilidad y previsibilidad, a la vez que no había elementos que indiquen que la interpretación y aplicación del derecho por parte del Tribunal Supremo fue arbitraria o manifiestamente irrazonable (*Idem*, párr. 34).

Afirmó, a diferencia de lo sostenido por la demandante que entendía que no se perseguía ninguno de los fines del inciso 2 del artículo 8, que el objetivo de la injerencia era la protección de vida y la salud. Observó que la excepción prevista en el derecho interno, que permite el tratamiento médico con el fin de salvar la vida en situaciones de emergencia cuando los deseos del paciente no pueden establecerse de manera suficiente, se corresponde con lo previsto en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo), leído a la luz de su informe explicativo. Adicionó que debe tenerse en cuenta a este respecto el deber del Estado de garantizar la protección de los pacientes hospitalizados –arts. 2 y 8 del Convenio– (*Idem* párr. 84).

En cuanto a la necesidad de la interferencia, explicó que la norma interna establece como requisito para que la negativa a recibir hemoderivados sea vinculante, que se produzca durante el curso de la enfermedad actual y se base en la información proporcionada por los médicos sobre las consecuencias de dicha negativa. El objetivo de esta norma es garantizar la disposición de información actualizada y suficiente, y evitar que a un paciente inconsciente –que podría querer seguir viviendo– se le niegue un tratamiento que podría salvarle la vida. Este requisito, se enmarca dentro del margen de apreciación del Estado al momento de sopesar la protección de la vida con el respeto al derecho del paciente a la autonomía (*Idem*, párr. 89). Esto significa que el Estado no está obligado en virtud del artículo 8 del Convenio a dar efecto vinculante a las directivas anticipadas (*Idem* párr. 86).

Consideró, particularmente, que los profesionales tomaron en cuenta la directiva anticipada en las decisiones de tratamiento y retrasaron la transfusión tomando otras medidas, como la utilización de medicamentos hematopoyéticos, hasta que el riesgo de vida determinó que le realizaran la transfusión.

<sup>3</sup> En “Pindo Mulla v. Spain”, el Tribunal sostuvo que reconoce desde hace tiempo que el derecho al respeto de la vida privada abarca la autonomía personal como un principio importante que subyace a la interpretación de las garantías del artículo 8. Asimismo, se refiere a la autonomía personal como el derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo (TEDH, septiembre de 2024: párr. 137).

Se le dio, por lo tanto, un valor importante al proceso que se siguió para llevar a cabo la transfusión a pesar de la negativa anterior del paciente.

A la luz de esas consideraciones, afirmó que las razones invocadas por el Tribunal Supremo eran pertinentes y suficientes para establecer que la injerencia denunciada puede considerarse “necesaria en una sociedad democrática” y proporcionada a los fines perseguidos de protección de la salud, y que las autoridades del Estado demandado actuaron dentro de su margen de apreciación (*Idem*, párr. 100).

Por último, en cuanto a la pretensión de la demandante vinculada con la violación del artículo 14 del CEDH, concluyó que la demanda era manifiestamente infundada y la declaró inadmisibile. Tuvo en cuenta que los Testigos de Jehová que no podían cumplir los criterios establecidos en el artículo 24, apartado 2, de la Ley de Sanidad para rechazar la transfusión de sangre en el contexto de la actual evolución de la enfermedad, podrían haberse visto más afectados que otros grupos por las transfusiones de sangre autorizadas en virtud del artículo 19 de la ley. Sin embargo, consideró que esa posible discriminación indirecta tenía una justificación objetiva y razonable, ya que perseguía un fin legítimo, a saber, la protección de la salud, y existía una relación razonable de proporcionalidad entre los medios empleados y el fin que se pretendía alcanzar.

#### 4. Directivas anticipadas

La solución en comentario refiere al alcance de la autonomía personal y a qué posibilidades de injerencia tienen los Estados frente a la situación de un paciente que, antes de estar en estado de inconsciencia o en una situación de imposibilidad de darse a entender o comunicar sus decisiones, especificó sus deseos con relación a los tratamientos médicos en una directiva anticipada. Con esa denominación –y con otras tales como “disposiciones para la propia incapacidad”, “derecho de autoprotección”, “documento de instrucciones previas”, “testamento de vida”, entre otros (Kemelmajer De Carlucci, 2024: 314-315)– se identifica a los documentos o expresiones claras e inequívocas de voluntad de una persona respecto de situaciones futuras, previsibles o hipotéticas, relacionadas con su propia salud (Hooft y Hooft, 2010: 225).

El desarrollo de las directivas anticipadas tiene que ver con el avance en el campo bioético y en el jurídico del reconocimiento de la doctrina del consentimiento informado. A diferencia de este,<sup>4</sup> que refiere a decisiones tomadas por una persona competente sobre su salud cuando surge la necesidad de un tratamiento médico –situaciones actuales–, las directivas anticipadas se trasladan a situaciones futuras en las que el sujeto no pueda manifestarse, y no están ligadas, necesariamente, a una enfermedad en curso (*Idem*, 226-228).

Tanto las directivas anticipadas como el consentimiento informado aseguran el reconocimiento de la autonomía personal en el ámbito sanitario. La posibilidad de todo ser humano de autodeterminarse

4 Se recomienda ver Kina y Rodríguez Pería, 2023: 63-76.

y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones, es un aspecto central de la dignidad.<sup>5</sup> En este marco, juega un papel fundamental el principio de la autonomía de la persona, el cual veda toda actuación estatal que procure su instrumentalización, es decir, que convierta en un medio para fines ajenos a las elecciones sobre su propia vida, su cuerpo y el desarrollo pleno de su personalidad (Corte IDH, 2016: párr. 150; Kina y Rodríguez Pería, 2023: 65).

El origen de las directivas anticipadas se dio en Estados Unidos. En 1967, la *Euthanasia Society of America* propuso la creación del “testamento vital” o *living will* referido a la manifestación de voluntad de retiro o no aplicación de tratamientos de soporte vital. Su finalidad inicial era, por tanto, evitar los procedimientos médicos encaminados a mantener y prolongar la vida. En sentido similar, Kutner, un abogado de Chicago, elaboró en 1969 un documento para que una persona pudiera expresar anticipadamente su deseo de que se le dejase de aplicar un tratamiento en caso de una enfermedad terminal (Gallego Riestra, 2011: 494; Kemelmajer De Carlucci, 2024: 316).

La figura fue incorporada a nivel legislativo en 1976 en la *Natural Death Act del Estado de California*, reconociendo el derecho a dar instrucciones previas por escrito para situaciones terminales, es decir, cuando se sabe que de acuerdo con el razonable juicio del médico, la muerte va a producirse, y tales procedimientos solo van a lograr posponerla (Romeo Casabona, 1994, como se citó en Kemelmajer de Carlucci, 2024: 316).<sup>6</sup>

Con el pasar del tiempo, la validez de las directivas anticipadas se fue ampliando, dando la posibilidad de reconocer esas manifestaciones previas a los momentos de incapacidad para decidir a otro tipo de situaciones clínicas, distintas a las de enfermedades terminales (Gallego Riestra, 2011: 495).

A pesar de lo expuesto, las directivas anticipadas no siempre están legisladas y, cuando lo están, su regulación no es uniforme. Como se verá en el apartado siguiente, en Europa no existen estipulaciones uniformes en los casos que las directivas anticipadas están normativizadas, lo cual fue analizado por el TEDH.<sup>7</sup>

#### 4.1. El antecedente Pindo Mulla c. España. Margen de apreciación

La cuestión de las directivas anticipadas en situaciones de emergencia había sido resuelta por la Gran Sala pocos meses antes de la solución del presente en “Pindo Mulla”.

5 La persona humana posee dos rasgos ontológicamente relevantes: la dignidad y los derechos humanos (Juri, 2021: 1-12).

6 La culminación definitiva del proceso legislativo no se llevó a cabo hasta 1991, fecha en la que entró en vigor la Ley Federal de Autodeterminación del Paciente, que obliga a todos los hospitales que reciben fondos federales a preguntar a los pacientes, en el momento de ingresar, si disponen de directivas anticipadas para adjuntarlas a la historia clínica, y, en caso negativo, a informarles sobre su derecho a formularlas (Gallego Riestra, 2011: 495).

7 La diversidad legislativa no es solo un fenómeno europeo, en un reciente trabajo de investigación (Buedo et al, 2023) en el que se analizaron las legislaciones de los veintinueve países latinoamericanos, se observó que solo siete regulan las directivas anticipadas, aunque no de manera idéntica.

En los meses previos al evento que generó la solicitud ante el TEDH, Rosa Edelmira Pindo Mulla, quien pertenecía al culto de los Testigos de Jehová, decidió registrar una directiva anticipada –conforme la legislación española– ya que existía la posibilidad de que fuera intervenida quirúrgicamente porque tenía un fibroma uterino y no quería que le transfundieran sangre si eso sucedía. El fibroma causaba pérdidas de sangre importantes por lo que debió ir a urgencias del hospital de Soria. Allí se le diagnosticó anemia grave y se le recomendó una transfusión de sangre, que ella rechazó, firmando un formulario de consentimiento informado a tal efecto. Por ese motivo fue trasladada del hospital de Soria al hospital de La Paz, conocido por ofrecer tratamientos que no implican transfusiones de sangre. A pesar de su grave estado por la pérdida de sangre, pudo informar a los médicos mediante un llamado desde la ambulancia que no quería ser transfundida. Sin embargo, los médicos enviaron un fax al juez de turno de un Juzgado de Instrucción de Madrid, que autorizó a los médicos a utilizar “las medidas médicas o quirúrgicas necesarias para salvaguardar su vida e integridad física” (TEDH, septiembre de 2024: párr. 28). El juez justificó su decisión basándose en el deber del Estado de proteger la vida, especificando que el derecho a la vida no incluye el derecho a la propia muerte y que esto limita el derecho a la libertad de religión.

A su llegada a La Paz, los médicos, considerando que existía un riesgo inminente para la vida de la demandante debido a la pérdida de sangre, determinaron que necesitaba una intervención quirúrgica inmediata. Aunque, según se informa, la demandante estaba lúcida en ese momento, debido a la urgencia, los médicos no siguieron el procedimiento habitual de consentimiento informado. Solo después de la intervención se le informó que la habían transfundido.

En aquel caso el TEDH examinó por primera vez cómo deben conciliarse el derecho a la autonomía personal en el ámbito de la asistencia sanitaria y el deber del Estado de proteger la vida y la salud del paciente en situaciones de emergencia. Por ello, al analizar la necesidad y proporcionalidad de la injerencia en la vida privada en “Lindhholm”, el TEDH refiere a los criterios fijados en “Pindo Mulla”, que reproduce.<sup>8</sup>

Afirmó que se desprende del artículo 8 del CEDH que, en el contexto de la asistencia sanitaria ordinaria, el paciente adulto competente tiene derecho a rechazar, libre y conscientemente, un tratamiento a pesar de las consecuencias mortales que pueda aparejar (*Idem*, párr. 146). Ello no es más que el reconocimiento del consentimiento previo, libre e informado como salvaguarda de la autonomía personal en el ámbito de las prácticas médicas.

Recordó, sin embargo, que el derecho al respeto a la vida privada que engloba a la autonomía del paciente no es absoluto y puede ser limitado legítimamente cuando “la injerencia esté prevista por la ley

8 Allí realizó unas observaciones preliminares que son plenamente aplicables aquí. Aclaró que el asunto no se refería a la voluntad de una persona a poner fin a su vida, ya que la paciente pretendía recibir un tratamiento adecuado sin perjuicio de su negativa a la transfusión de sangre. Distinguió estos casos de los que se refieren a la voluntad de una persona de poner fin a su vida, ya sea mediante el retiro de un tratamiento de mantenimiento de la vida (TEDH, 2015), la eutanasia (TEDH, 2022) o el suicidio asistido (TEDH, 2002) (TEDH, septiembre de 2024: párr. 125). Tampoco se refería al tratamiento suministrado a un niño o la retirada de soporte vital a un niño (párr. 126). Por último, indicó que no se refería a personas privadas de la libertad bajo responsabilidad y control del Estado (párr. 127).

y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de terceros”, tal como establece el segundo párrafo del artículo 8.

Destacó, además, que cuando la situación implique un peligro real e inminente para la existencia de una persona, también estará en juego el derecho a la vida y se verán, entonces, comprometidas las obligaciones del Estado de garantizar el respeto de ambos derechos, es decir, sus obligaciones derivadas del artículo 8 y del artículo 2 del CEDH. Con respecto a esta última disposición, el Tribunal reiteró que el derecho a la vida es una de las disposiciones más importantes del tratado y exige que el Estado no solo se abstenga de quitar la vida intencionadamente, sino que también adopte las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción (*Idem*, párr. 147; TEDH, noviembre de 2024: párr. 72).

Refiriendo específicamente a una situación de emergencia, entendió que lo que debe garantizarse es que la decisión de rechazar un tratamiento para salvar la vida haya sido adoptada de forma libre y autónoma por una persona con la capacidad jurídica necesaria y consciente de las implicancias de su decisión. Esa decisión debe ser conocida por el personal médico, debe ser aplicable a las circunstancias de la emergencia –en el sentido de que sea clara, específica e inequívoca en rechazar el tratamiento–, y representar la posición actual del paciente al respecto (*Idem*, párr. 148; *Idem*, párr. 72).

De ello dedujo que, si en una situación de emergencia existen motivos razonables para dudar de la decisión del individuo en cualquiera de estos aspectos esenciales (libre, informada, actual, etc.), el tratamiento urgente que le salve la vida no puede considerarse una violación a su autonomía personal.

Observó la concordancia de lo expuesto con el artículo 8 del Convenio de Oviedo que permite la intervención médica necesaria en una situación de urgencia en la que no pueda obtenerse el consentimiento. Sin perjuicio de ello, aclaró que el respeto a la autonomía del paciente requiere la realización de esfuerzos razonables<sup>9</sup> para disipar la duda o incertidumbre que rodea el rechazo del tratamiento, en tanto los deseos del paciente deben considerarse de importancia primordial.

La determinación de qué constituye un “esfuerzo razonable” dependerá de las circunstancias del caso y podrá verse influida por el contenido del marco jurídico nacional. Cuando a pesar de esos esfuerzos no se pueda establecer que la voluntad del paciente es efectivamente rechazar el tratamiento médico que puede salvarle la vida, el deber de proteger la vida debe prevalecer (*Idem*, párrs. 149-150; *Idem*, párr. 72).

<sup>9</sup> El informe explicativo del Convenio de Oviedo indica con relación a ello que “esta posibilidad se limita a los casos de urgencia que impiden al profesional obtener el consentimiento adecuado. El artículo se aplica tanto a las personas capaces como a las incapaces de hecho o de derecho de dar su consentimiento. Un ejemplo que podría presentarse es el de un paciente en coma que, por tanto, no puede dar su consentimiento, o el de un médico que no puede ponerse en contacto con el representante legal de una persona incapacitada, que normalmente tendría que autorizar una intervención urgente. Sin embargo, incluso en situaciones de urgencia, los profesionales sanitarios deben hacer todos los esfuerzos razonables para determinar qué desearía el paciente”.

En cuanto a los deseos expresados previamente por los pacientes, afirmó que ni el Convenio de Oviedo ni el artículo 8 del CEDH profundizan en las disposiciones que los Estados deben o pueden adoptar con respecto a esas manifestaciones frente a una situación de emergencia en la que el paciente no esté en condiciones de exteriorizar su voluntad respecto de un tratamiento.

Señaló que, si bien las principales instituciones del Consejo de Europa están a favor de las voluntades anticipadas en el ámbito médico, el carácter de sus pronunciamientos no es vinculante, por lo que los Estados conservan una discrecionalidad considerable en cuanto al estatuto y las modalidades en relación con dichos instrumentos (*Idem*, párrs. 151-152).

En este punto analizó también la normativa europea<sup>10</sup> e identificó una diversidad de prácticas sobre cómo conciliar el derecho a la vida con el respeto a la autonomía del paciente teniendo en cuenta los deseos expresados previamente. Aunque un número considerable de Estados miembros del Consejo de Europa cuentan con disposiciones y mecanismos específicos para las voluntades médicas anticipadas o para tener en cuenta los deseos expresados previamente por los pacientes en relación con el tratamiento médico, no lo han hecho de manera uniforme. En otros Estados la legislación nacional no incluye disposiciones que los traten específicamente. Por lo tanto, el Tribunal recordó que tanto el principio de atribución de efectos jurídicos vinculantes a las voluntades anticipadas, como las modalidades formales y prácticas conexas, entran dentro del margen de apreciación de los Estados Parte (TEDH, noviembre de 2024: párr. 72).

El margen de apreciación estatal es una doctrina desarrollada por el TEDH según la cual las autoridades nacionales están, en principio, en mejor posición que el Tribunal para realizar la evaluación de la necesidad y proporcionalidad de la medida estatal que limita un derecho. Luego de que las autoridades nacionales efectúan el análisis de necesidad y proporcionalidad, el TEDH controla si la restricción al derecho está justificada en forma adecuada y suficiente de acuerdo con las particularidades de protección de cada uno de los derechos. Finalmente indica el alcance del margen de apreciación (Clérico, 2018: 298-299).

10 En relación con la normativa europea, el Tribunal destaca tres grupos de Estados según el tratamiento que le dan a los deseos expresados previamente por los Testigos de Jehová respecto del rechazo de transfusiones de sangre en situaciones de emergencia vital. Se constató que en diecisiete Estados existe un reconocimiento formal de las voluntades anticipadas del paciente. Estos Estados han adoptado disposiciones específicas que determinan la forma, la accesibilidad y los efectos de las voluntades anticipadas. Entre ellos se encuentra Dinamarca. El segundo grupo de Estados está formado por aquellos que, en la ley o en la práctica, exigen que se respete la voluntad previamente expresada por el paciente, pero sin establecer un marco normativo específico para ello. En estos Estados, una instrucción clara dada de antemano por el paciente rechazando un tratamiento médico debe ser respetada. Esto incluiría el rechazo de un Testigo de Jehová a una transfusión de sangre. No obstante, se hizo hincapié en que dicho rechazo debe manifestarse en términos suficientemente específicos para que se considere vinculante para el personal médico. Los Estados del tercer grupo no han adoptado ninguna disposición específica relativa a los deseos expresados previamente por los pacientes. Sus leyes y normativas en este ámbito se enmarcan en la prestación del consentimiento a un tratamiento médico inminente. En muchos de estos Estados se establece que si el paciente no puede dar su consentimiento a un tratamiento vital en una situación de urgencia, si es posible, debe recabarse de su representante o de sus familiares. Cuando las circunstancias no lo permitan, se administrará al paciente el tratamiento médico necesario (TEDH, septiembre de 2024: párr. 81; TEDH, noviembre de 2024: párr. 51).

La amplitud de este margen varía y depende de una serie de factores, como la naturaleza del derecho reconocido en el CEDH, su importancia para el individuo, la naturaleza de la injerencia y el objetivo perseguido por esta. El margen tenderá a ser más estrecho cuando el derecho involucrado sea crucial para el disfrute efectivo por parte del individuo de derechos íntimos o fundamentales o cuando esté en juego un aspecto particularmente importante de la existencia o la identidad de una persona. En estos casos el TEDH examina escrupulosamente la proporcionalidad de la restricción. El margen se amplía cuando no hay consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa sobre la importancia relativa del interés o sobre la mejor manera de protegerlo (TEDH, 2013: 102-103).

Hay quienes sostienen que cuando el TEDH concede un margen más amplio examina si las autoridades nacionales analizaron el caso con detenimiento. Por el contrario, en los casos que el margen es más estrecho y realiza un escrutinio estricto, suele exigir que el Estado haya hecho un examen de proporcionalidad<sup>11</sup> para comprobar si la violación de derechos podría haberse evitado con políticas distintas. Las evaluaciones de proporcionalidad son más complejas cuando entran en conflicto dos derechos reconocidos en el CEDH –por ejemplo, libertad de expresión e intimidad– (Follesdal, 2017: 363-365).

La doctrina del margen de apreciación solo es utilizada por el TEDH en relación con los derechos que pueden ser limitados, siempre y cuando esas limitaciones estén establecidas por ley y sean “necesarias en una sociedad democrática”. Es decir, cuando los Estados pueden tomar decisiones políticas, las autoridades nacionales tienen margen, y el Tribunal las respetará, hasta cierto punto. Este es el sistema que se aplica a las restricciones de los derechos fundamentales que permiten injerencias por parte del Estado, por ejemplo, los derechos a la vida privada y familiar, el derecho a la libertad de expresión, a la libertad de religión, a la libertad de reunión y de asociación, al derecho a casarse, entre otros. Es también el sistema que rige las obligaciones positivas, ya que el Convenio no impone a los Estados ninguna obligación precisa de actuar.

Por el contrario, no existe margen de apreciación respecto de los derechos que están protegidos en forma absoluta, tales como la prohibición de desaparición forzada de personas, la prohibición de tortura y otros tratos inhumanos crueles y degradantes, y la prohibición de esclavitud, servidumbre, trata de personas, trabajo forzado. En estos casos no hay posibilidad de ponderación alguna (Clérico, 2018: 299-300; TEDH, 2015: párr. 36).

Esta doctrina tiene adeptos y críticos. Por un lado, se sostiene que evita confrontaciones o discrepancias excesivas con los Estados, posibilitando una flexibilidad argumentativa que evidencia la pluralidad europea, y tener que comprometerse de modo expreso con una interpretación restrictiva del derecho. Por el otro, sus detractores aducen que no es una doctrina consistente ni precisa y que en ocasiones deviene en arbitrariedades, a la vez que un consenso europeo no necesariamente redundaría en la pro-

11 Follesdal advierte que no siempre la prueba de proporcionalidad es coherente, sin embargo identifica cinco cuestiones que debe evaluar: 1) la legitimidad del objetivo social perseguido; 2) la importancia del derecho restringido como fundamento de una sociedad democrática; 3) el grado de invasión de la injerencia propuesta; 4) si la restricción del derecho es necesaria; y 5) si las razones aducidas por las autoridades nacionales son pertinentes y suficientes (2017: 365).

tección de derechos (Aldao, 2019: 37; Clérico, 2018: 311-312). El propio TEDH reconoce que ha sido criticada por su vaguedad e incoherencia, por ser “una peculiaridad lingüística”, “un galicismo desafortunado”, “el producto más controvertido del TEDH” (TEDH, 2015: párr. 11).

En el presente caso, el TEDH aplicó la doctrina del margen de apreciación y le otorgó una amplia posibilidad al Estado de decidir si las directivas anticipadas son obligatorias, meramente orientativas o nulas en caso de urgencias.

En el caso de Dinamarca, la Ley de Sanidad establece que no podrá iniciarse ni continuarse ningún tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, salvo las excepciones dispuestas por la ley (art. 15, inc. 1). Se entiende por consentimiento informado el que se brinda sobre la base de una información adecuada facilitada por un profesional sanitario (art. 15, inc. 3). Si bien el paciente tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento, también puede rechazar cualquier información (art. 16, incs. 1 y 2).

En cuanto a las excepciones, el artículo 19 prevé, en lo que interesa, que si un paciente que carece temporal o permanentemente de la capacidad de dar su consentimiento informado, requiere un tratamiento inmediato<sup>12</sup> para su supervivencia a largo plazo o para un resultado significativamente mejor del tratamiento, un profesional sanitario puede iniciar o continuar el tratamiento sin obtener el consentimiento del paciente o de la persona que tenga su custodia, del familiar más cercano o del tutor.

El artículo 24, que regula la situación específica de las transfusiones de sangre, establece que no podrá iniciarse ni continuarse un tratamiento que implique la transfusión de sangre o productos sanguíneos sin el consentimiento informado del paciente. Agrega que la negativa de un paciente a recibir transfusiones de sangre o hemoderivados debe darse en el contexto de la evolución actual de su enfermedad y debe basarse en la información proporcionada por el profesional sanitario sobre las consecuencias para la salud del paciente de no administrar una transfusión de sangre o hemoderivados en relación con el tratamiento.

En el curso del análisis normativo el TDH explicó que los artículos 15, 19 y 24 de la Ley de Sanidad establecen cómo equilibrar la salvación de la vida de un paciente o la posibilidad de un resultado significativamente mejor del tratamiento con su autonomía y el derecho a formular una directiva anticipada vinculante –como la que rechaza las transfusiones de sangre–. Añadió que el legislador optó por proteger la vida y la salud de los ciudadanos y la seguridad de los pacientes, de modo que las voluntades médicas anticipadas no son jurídicamente vinculantes para el personal sanitario, salvo en el caso de las directivas sobre el tratamiento médico de, entre otros, los enfermos terminales. Cuando

12 Las notas preparatorias de la ley anterior, referidas por el TEDH, aclaraban lo siguiente con relación a este artículo: “el punto principal de la disposición reside en la necesidad inmediata de tratamiento. Dicha necesidad existe cuando ‘se requiere un tratamiento inmediato para la supervivencia del paciente’, es decir, un tratamiento inmediato para salvar la vida, o cuando se necesita urgentemente un tratamiento para mejorar las posibilidades de supervivencia del paciente a largo plazo o para que el resultado del tratamiento sea significativamente mejor”.

el paciente no tiene una enfermedad terminal la directiva anticipada sirve de orientación al médico y debe tenerse en cuenta en sus decisiones terapéuticas (TEDH, noviembre de 2024: párrs. 48-49).

## 5. Palabras finales

Puede observarse que, en el presente caso, al igual que en “Pindo Mulla”, el TEDH da un amplio margen de apreciación a los Estados con relación a cómo regular y dar solución a las directivas anticipadas. Asimismo, pone en tensión el derecho a la autodeterminación en materia de atención médica del paciente y el derecho a la salud y a la vida del propio paciente. Resuelve ese conflicto sosteniendo que, en el caso de que existan dudas razonables sobre el carácter actual, libre, informado y consciente de la decisión de rechazar un tratamiento, el hecho de que los médicos brinden un tratamiento urgente para salvar la vida del paciente no puede considerarse una afectación de su autonomía personal.

La solución que adopta el Tribunal en ambos casos se refiere a las medidas procesales adoptadas a nivel interno sin ahondar específicamente en el alcance de la autodeterminación y sus efectos, dando un alcance muy amplio –por lo menos para casos de emergencia en los que esté en riesgo la vida de una persona que no puede manifestar su opinión– a la protección del derecho a la vida.

En efecto, en “Pindo Mulla” determinó que existieron fallas procesales graves a nivel nacional –como que el juez de turno no contaba con la información completa, el hospital ignoró las directivas y no se evaluó su capacidad para reiterar o revocar la negativa que ya había brindado desde la ambulancia– que llevaron a vulnerar el artículo 8 del CEDH en relación con el artículo 9 (TEDH, septiembre de 2024: párrs. 172-184).

En el mismo sentido, pero con una solución diferente, en “Lindholm” concluyó que la injerencia estaba prevista por la ley y era necesaria para salvar la vida ante dudas razonables sobre la vigencia del rechazo. Subrayó que la ley danesa exigía una negativa informada y actual y que el documento de directivas anticipadas no cumplía con ese requisito. El TEDH consideró que el procedimiento interno cumplió con los requisitos para determinar la existencia de dudas razonables sobre la existencia de la negativa y proceder a llevar adelante la transfusión.

Estas decisiones priorizan la protección de la vida, dando a los Estados una gran posibilidad de injerencia sobre la autonomía personal en caso de que existan dudas sobre la manifestación de la voluntad de los pacientes.

Esta visión ha sido criticada por el juez Ktistakis, quien al emitir su voto disidente en “Pindo Mulla” sostuvo que se perdió la oportunidad de “afirmar con claridad los principios de autodeterminación y autonomía personal” (*Idem*, párr. 1). Indicó que se trata de principios que el Tribunal articuló ampliamente cuando resolvió los casos “Testigos de Jehová de Moscú y otros” (2010: párrs. 135-136) y Ta-

ganrog LRO y otros (2022: párr. 162), en los que trató la disolución y prohibición de organizaciones de Testigos de Jehová en Rusia.<sup>13</sup> Allí se valoró que

[l]a libertad de aceptar o rechazar un tratamiento médico específico o de elegir una forma alternativa de tratamiento es vital para los principios de autodeterminación y autonomía personal. Un paciente adulto competente es libre de decidir, por ejemplo, si se somete o no a una intervención quirúrgica o a un tratamiento o, por la misma razón, si se somete a una transfusión de sangre. Sin embargo, para que esta libertad tenga sentido, los pacientes deben tener derecho a tomar decisiones que estén de acuerdo con sus propias opiniones y valores, independientemente de lo irracionales, imprudentes o insensatas que puedan parecer a los demás (TEDH, 2010: párr. 136).

En esos caso, además, se tuvo en cuenta que diferentes jurisdicciones habían examinado los casos de Testigos de Jehová que se habían negado a recibir una transfusión de sangre y concluyeron que, “aunque el interés público en preservar la vida o la salud de un paciente era sin duda legítimo y muy fuerte, tenía que ceder ante el interés más fuerte del paciente en dirigir el curso de su propia vida” (*Ibidem*).

El juez también consideró que los principios se reflejan en el Convenio de Oviedo (arts. 5 y 9), en el PIDESC (OG 14) y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (OG 1, párr. 42), que son reconocidos por 24 (de 39) Estados Parte en el CEDH y que fueron recomendados por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa del siguiente modo:

Existe un consenso general basado en el artículo 8 del CEDH sobre el derecho a la intimidad, según el cual no puede haber ninguna intervención que afecte a una persona sin su consentimiento. De este derecho humano se derivan los principios de autonomía personal y de consentimiento. Estos principios sostienen que un paciente adulto capaz no debe ser manipulado y que su voluntad, cuando está claramente expresada, debe prevalecer aunque signifique el rechazo de un tratamiento: nadie puede ser obligado a someterse a un tratamiento médico contra su voluntad (Resolución N° 1859, 2012: ap. 1).

La valoración que hace el TEDH en “Pindo Mulla” y en “Lindholm” del deber del Estado de proteger la vida del propio paciente (art. 2, CEDH), aun en casos donde existe una manifestación expresa de aquel de no recibir transfusiones en casos de emergencia aunque exista un riesgo vital, deja muy limitado el reconocimiento a la autodeterminación y a la autonomía personal. Esto es más evidente en “Lindholm”, puesto que allí consideró que no había violación del artículo 8 con relación al artículo 9 del tratado.

<sup>13</sup> La mayoría sostiene que el contexto de aquellos casos era muy diferente, por “consiguiente, los derechos del Convenio en cuestión eran diferentes, en particular los de libertad de asociación y libertad religiosa. El derecho del paciente a rechazar un tratamiento médico no se abordó directamente como tal” (TEDH, septiembre de 2024: párr. 140).

Además, desconoce sus propias afirmaciones en cuanto a que

la libertad de elección y la autodeterminación son elementos fundamentales de la vida y [...], en ausencia de indicios de la necesidad de proteger la salud pública, el Estado debe abstenerse de interferir en la libertad individual de elección en el ámbito de la asistencia sanitaria, ya que tal interferencia sólo puede disminuir, y no aumentar, el valor de la vida (TEDH, 2022: párr. 162).

La solución adoptada por el TEDH no es la única posible para el caso de directivas anticipadas como instrumento del ejercicio de la autodeterminación y la autonomía de la persona. Justamente la CSJN tuvo oportunidad de expedirse sobre la cuestión en 2012 en el caso “Albarracini Nieves”.

Pablo Albarracini Otonelli, mayor de edad y perteneciente al culto Testigos de Jehová, sufrió una lesión proveniente de un arma de fuego por lo que fue internado en la Clínica Bazterrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su estado era crítico y sus médicos destacaron la necesidad de efectuarle una transfusión. Dos años antes del incidente había firmado una directiva anticipada ante un escribano en donde constaba que no aceptaba transfusiones de sangre.

El padre de Pablo interpuso una medida precautoria a los efectos de que se autorizase a los médicos tratantes de su hijo a efectuarle la transfusión. Frente a la imposibilidad de Pablo de expresarse, su cónyuge se opuso al planteo efectuado por el progenitor, invocando la existencia de la mencionada expresión de voluntad y solicitando se respete dicha decisión.

La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil revocó el pronunciamiento de primera instancia y denegó la medida precautoria solicitada. A su turno, la CSJN atinadamente postuló que no había dudas respecto de la validez formal del documento señalado y que no existían pruebas claras y convincentes de que el paciente al momento de expresar dicha voluntad no hubiera considerado la trascendencia y las consecuencias de su decisión o que su voluntad estuviera viciada.

Recordó que una de las premisas fundamentales de la libertad individual en la Constitución Nacional se encuentra en el artículo 19, que otorga al individuo un ámbito de libertad en el cual puede adoptar libremente las decisiones fundamentales acerca de su persona, sin interferencia alguna por parte del Estado o de los particulares, en tanto dichas decisiones no violen derechos de terceros.

Consideró que la posibilidad de aceptar o rechazar un tratamiento hace a la autodeterminación y autonomía personal, que los pacientes tienen derecho a hacer opciones de acuerdo con sus propios valores o puntos de vista, aun cuando parezcan irracionales o imprudentes, y que esa libre elección debe ser respetada (CSJN, 2012: consid. 16).

En ese contexto, afirmó que no resultaría constitucionalmente justificada una resolución judicial que autorizara a someter a una persona adulta a un tratamiento sanitario en contra de su voluntad cuando la decisión del individuo hubiera sido dada con pleno discernimiento, ya que mientras una

persona no ofenda el orden, la moral pública o los derechos ajenos, sus comportamientos, incluso públicos, pertenecen a su privacidad y hay que respetarlos aunque resulten molestos para terceros o desentonen con pautas del obrar colectivo. Una conclusión contraria significaría convertir al artículo 19 de la Carga Magna en una mera fórmula vacía, que solo protegería el fuero íntimo de la conciencia o aquellas conductas de tan escasa importancia que no tuvieran repercusión alguna en el mundo exterior (*Idem*, cons. 19).

La tensión entre la autodeterminación personal a través de las medidas anticipadas y la protección del derecho a la vida y a la salud es un tema complejo y exige tener presente, como se dijo, que un aspecto central del reconocimiento de la dignidad lo constituye la posibilidad de autodeterminación.

Frente a las recientes decisiones del TEDH, los Estados europeos que quieran ser respetuosos con los principios de autodeterminación y autonomía personal deberán tener una regulación robusta que haga efectivos los derechos de los pacientes a decidir sobre su propio cuerpo y salud. Así se evitará que el reconocimiento de esos principios sea una enunciación sin contenido y que, por el contrario, garantice los derechos humanos y la dignidad de las personas.

## Referencias bibliográficas

- Aldao, M. (2019). Entre la deferencia y la indiferencia: margen de apreciación, democracia y situaciones de vulnerabilidad en la jurisprudencia del Tribunal de Derechos Humanos. *Revista Derecho del Estado*, (44), 31-55. DOI: <https://doi.org/10.18601/01229893.n44.03>
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución N° 1859 (2012). Proteger los derechos y la dignidad humana en consideración a los deseos previamente expresados por los pacientes. Recuperado de <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>
- Buedo, P. et al (2023). Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, (58), pp. 25-44. DOI: 10.1344/rbd2023.58.41678
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.*
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). *Observación General N° 1 (2014). Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley.*
- Corte IDH. *Caso I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.
- CSJN. *Albarracini Nieves, Jorge Washington s/medidas precautorias*. 1 de junio de 2012. *Fallos* 335:799.
- Clérico, L. (2018). La enunciación del margen de apreciación: Fontevécchia 2017 desde los márgenes. *Derechos en Acción*, 7(7), 295-317. DOI:10.24215/25251678e153
- Follesdal, A. (2017). Exporting the margin of appreciation: Lessons for the Inter-American Court of Human Rights, *International Journal of Constitutional Law*. 15(2), 359-371.

- Gallego Riestra, S. (2011), Las instrucciones previas y su regulación jurídica. En M. Gascón Abellan, M. C. González Carrasco y J. Cantero Martínez (coords.), *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales* (pp. 493-521). Tirant lo Blanch.
- Hooft, P. F. y Hooft, I. (2010). Directivas anticipadas o testamentos de salud: hacia una mayor protección de la dignidad humana y la autonomía personal. *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, 225-259.
- Juri, Y. E. (2021). Inteligencia artificial y dignidad humana: los desafíos para el derecho. *Justicia & Derecho*, 4(2), 1-12.
- Kemelmajer de Carlucci, A. (2024). Las directivas anticipadas en el derecho argentino. *Revista Cubana de Derecho*, 4(1), 311-380.
- Kina, J. y Rodríguez Pería, M. E. (septiembre de 2023). La autonomía personal y la incidencia de la violencia de género durante el embarazo, parto y posparto. *RDF*, (111), 63-76.
- TEDH (2015). Proceedings of the Seminar. *Subsidiarity: a two-sided coin?* Recuperado de [https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/dialogue\\_2015\\_eng](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/dialogue_2015_eng)
- TEDH (31 de agosto de 2023). *The locus standi of relatives (indirect victims) to bring a case to the Court when the direct victim has died*. Recuperado de <https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/the-locus-standi-of-relatives-indirect-victims-to-bring-a-case-to-the-court-when-the-direct-victim-has-died>
- TEDH. *Case of Sanles Sanles v. Spain*, Court (Fourth Section), 26 de octubre de 2000.
- TEDH. *Case of Pretty v. The United Kingdom*, Court (Fourth Section), 29 de abril de 2002.
- TEDH. *Case of Animal Defenders International v. The United Kingdom*, Court (Grand Chamber), 4 de diciembre de 2008.
- TEDH. *Case of Varnava and others v. Turkey*, Court (Grand Chamber), 18 de septiembre de 2009.
- TEDH. *Case of Jehovah's Witnesses of Moscow and others v. Russia*, Court (First Section), 10 de junio de 2010.
- TEDH. *Case of S. and Marper v. The United Kingdom*, Court (Grand Chamber), 22 de abril de 2013.
- TEDH. *Case of Lambert and others v. France*, Court (Grand Chamber), 5 de junio de 2015.
- TEDH. *Case of Mortier v. Belgium*, Court (Third Section), 4 de octubre de 2022.
- TEDH. *Case of Pindo Mulla v. Spain*, Court (Grand Chamber), 17 de septiembre de 2024.
- TEDH. *Case of Lindholm and the estate after Leif Lindholm v. Denmark*, Court (Fourth Section), 5 de noviembre de 2024.