

# El perímetro de la objeción de conciencia médica

A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová

**José Antonio Seoane**

Facultad de Derecho  
Universidad de A Coruña

### **Abstract\***

*¿Puede un médico alegar objeción de conciencia ante la negativa de un paciente testigo de Jehová a ser sometido a una transfusión de sangre? A partir de un caso real se examina el significado y el alcance de la objeción de conciencia médica, de las obligaciones profesionales de los médicos y de la autonomía y los derechos de los pacientes. Se confirma el abuso del recurso a la objeción de conciencia médica y se concluye que en el caso examinado no existe objeción de conciencia, sino una interpretación equivocada de las obligaciones profesionales. Asimismo, se expone y analiza críticamente la justificación ética y jurídica de otras soluciones alternativas planteadas por los médicos ante el rechazo de la transfusión.*

*Could a physician raise her/his conscientious objection to the refusal of a blood transfusion by a Jehovah's Witness? Reviewing a clinical case, this paper deals with the meaning and scope of medical conscientious objection, health professional obligations, and patient's autonomy and rights. The paper states a kind of misuse of medical conscientious objection and concludes that there is not conscientious objection in the reviewed case, but a wrong understanding of professional obligations. Furthermore, the paper raises questions about the underlying ethical and legal foundation of other solutions for the refusal of blood considered by the physicians.*

*Title:* The boundaries of the medical conscientious objection. About the refusal of a blood transfusion by a Jehovah's Witness

*Palabras clave:* Bioética, Testigos de Jehová, Objeción de conciencia, Relación clínica, Obligaciones profesionales, Derechos fundamentales, Derechos de los pacientes.

*Keywords:* Bioethics, Jehovah's Witnesses, Conscientious Objection, Doctor-patient relationship, Professional obligations, Constitutional Rights, Patient's rights.

### **Sumario**

- 1. Planteamiento**
- 2. El trasfondo normativo de la medicina**
  - 2.1. La relación asistencial como práctica social institucionalizada**
  - 2.2. Los fines de la medicina**
  - 2.3. Del paternalismo a la autonomía**
- 3. Fundamentos éticos y jurídicos del rechazo de un tratamiento**
  - 3.1. La justificación constitucional e iusfundamental del rechazo de un tratamiento**
  - 3.2. Las obligaciones del médico y los principios de la Bioética**
- 4. La objeción de conciencia médica**
  - 4.1. Qué es objeción de conciencia**
  - 4.2. Qué no es objeción de conciencia: objeción y pseudo-objeción de conciencia**
- 5. Análisis de otras soluciones o cursos de acción alternativos**
  - 5.1 ¿Una solución administrativa?**
  - 5.2 ¿Se trata de una situación de urgencia?**

---

\* Agradezco a Azucena Couceiro, Nieves Molins, Pablo Rama y Pedro Rivas sus comentarios y sugerencias sobre versiones previas de este texto.

- 5.3 ¿Es una solución el alta forzada del paciente?
- 5.4 ¿Objeción de conciencia por razones de justicia?
- 6. Tabla de sentencias
- 7. Bibliografía

## 1. Planteamiento

Un paciente de 22 años llega a Urgencias con una fractura de fémur tras un accidente de tráfico. El paciente, testigo de Jehová, se niega a recibir sangre y se niega también a firmar un consentimiento informado que autorice, en última instancia, la transfusión de sangre. Transcurrido un tiempo, y a pesar de los argumentos de los profesionales, el paciente no cambia de parecer y persiste en su negativa a autorizar la transfusión. En tal circunstancia los médicos se preguntan qué pueden y deben hacer: evaluar si se trata de una situación de urgencia y si está justificado intervenir sin consentimiento del paciente; acudir al órgano judicial competente y solicitar una autorización judicial para la transfusión; proponer el alta forzosa; trasladar el paciente a otro centro asistencial que admita la intervención en estas circunstancias; consultar al Comité de ética asistencial del hospital. Y también, de modo transversal a varios de estos interrogantes, se plantean si es posible alegar su objeción de conciencia.

¿Puede un médico alegar objeción de conciencia ante la negativa del paciente a ser trasfundido? Se concitan aquí diversas cuestiones éticas y jurídicas en torno al alcance y el significado de las obligaciones de los profesionales asistenciales y de la autonomía de un paciente para tomar decisiones en relación con su vida y su salud, en particular el rechazo o negativa del paciente testigo de Jehová a recibir una transfusión de sangre. Entre ellas, a modo de gozne, comparece la objeción de conciencia del médico. Analizar la justificación ética y jurídica de esta pretensión y delimitar el perímetro de la objeción de conciencia médica, es decir, qué es y qué no es objeción de conciencia médica, es el propósito de estas páginas.

En consecuencia, sólo de forma parcial serán discutidos otros problemas relacionados, entre ellos el tratamiento general de la objeción de conciencia sanitaria, un panorama global de la asistencia sanitaria de los testigos de Jehová o la legitimidad ética y jurídica del rechazo de los tratamientos sanitarios. Además, quedarán excluidas cuestiones más específicas como la respuesta ante una paciente testigo de Jehová menor de edad o embarazada. Tampoco se expondrán los rasgos de la confesión religiosa de los testigos de Jehová ni su posición ante la transfusión de sangre<sup>1</sup>, en la medida en que los argumentos y las tesis defendidas son generalizables y pueden aplicarse a cualquier paciente que rechace un tratamiento en condiciones semejantes a las del paciente testigo de Jehová del caso<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> La doctrina de los testigos de Jehová acerca de la sangre se ha caracterizado por el rechazo y la prohibición de la transfusión. En cualquier caso, la oposición radical de los inicios (1945) se ha flexibilizado a lo largo de las décadas siguientes mediante un conjunto de excepciones. Un panorama bioético general en MURAMOTO, 2008 y en SMITH, 2004. Una visión crítica de la doctrina de los testigos de Jehová ante la transfusión de sangre desde la perspectiva médica en MURAMOTO, 1998a. Una exposición de dicha doctrina desde la perspectiva de los propios testigos de Jehová, en respuesta a la anterior, en MALYON, 1998 y en RIDLEY, 1999.

<sup>2</sup> Para el tratamiento de estas cuestiones resultan ilustrativas las declaraciones y normas éticas de las Asociaciones profesionales (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, 1997; INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD TRANSFUSION, 2000), los documentos de centros bioéticos (MARTORELL Y SÁNCHEZ-URRUTIA (coordinadoras), 2005; CASADO Y CORCOY (coordinadoras), 2007), los protocolos y guías de los Comités de ética asistencial y de los centros hospitalarios, y

## 2. El trasfondo normativo de la medicina

### 2.1. La relación asistencial como práctica social institucionalizada

La relación asistencial es una práctica social institucionalizada cuya finalidad es el cuidado sociosanitario de la salud de las personas. Se trata de una actividad humana cooperativa guiada por normas de muy diversa índole (éticas, jurídicas, deontológicas, técnicas, económicas, comunicativas, etc.), cuyo significado pleno sólo se obtiene en un trasfondo de instituciones y normas<sup>3</sup>.

Su carácter institucional destaca la importancia del trasfondo normativo común de la relación asistencial: conocer qué significa cuidado, médico, salud, autonomía, etc., depende del significado de todas las normas que regulan las relaciones asistenciales y el ejercicio de la profesión médica. Esta perspectiva explica por qué lo técnico no basta para dar cuenta del significado global de la relación asistencial y por qué las normas o los criterios técnicos no agotan la buena práctica clínica, que traza un *continuum* entre lo técnico y lo ético.

Nuestra legislación proporciona un notable ejemplo de este último rasgo en el artículo 2.6 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15.11.2002; en adelante, LBAP): “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

### 2.2. Los fines de la medicina

Como cualquier actividad teleológica, la relación asistencial apunta al logro de un fin: la protección y el cuidado de la salud. La salud es un componente esencial de cualquier vida humana. Es una capacidad humana básica, apreciada y valorada por individuos y comunidades porque nos capacita o habilita para perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar en el marco social. La protección de la salud no es sólo algo valioso sino también exigible; esto es, se convierte en una cuestión de justicia y se reconoce en la actualidad como un derecho<sup>4</sup>.

---

los estudios doctrinales (MALYON, 1998; MONÉS Y TERÉS, 2009; MURAMOTO, 1998a, 1998b, 1999, 2008; RIDLEY, 1999; SMITH, 2004).

<sup>3</sup> Sobre el significado del carácter institucional, SEARLE, 1995/1997. Sobre el carácter institucional de la relación asistencial, SEOANE, 2008.

<sup>4</sup> Argumentos éticos y jurídicos a favor de la noción de salud como capacidad básica, funcionamiento seguro y derecho en SEOANE, 2008. Sobre el enfoque de las capacidades, NUSSBAUM, 2006/2007; SEN, 1999/2000. Sobre el enfoque de los funcionamientos seguros, WOLFF, DE-SHALIT, 2007.

La protección y el cuidado de la salud es el fin de la medicina y de las profesiones asistenciales. Su significado actual está reflejado en *Los fines de la medicina*<sup>5</sup>, un informe elaborado por un grupo internacional de expertos bajo los auspicios del Hastings Center (Nueva York), uno de los centros bioéticos de referencia. Su relevancia se cifra no sólo en sus propuestas sino en el hecho de elegir como objeto de reflexión los fines de la medicina, frecuentemente dados por supuestos y considerados incuestionables. En el informe se sostiene que los cambios económicos, sociales, científicos y axiológicos exigen adoptar un punto de vista diferente y plantearse de nuevo los fines de la medicina. Para ello, sin olvidar la historia y la tradición propias de la medicina, es necesario identificar sus valores fundamentales y sus fines inherentes, y entablar un diálogo permanente con la sociedad para redefinirlos y darles una expresión acorde con cada tiempo y lugar. El diálogo abierto y continuo entre medicina y sociedad es una prudente vía intermedia que busca armonizar dos posturas contrapuestas: la perspectiva inherente y la perspectiva social. El informe concluye que los fines de la medicina son cuatro, sin que exista jerarquía o prioridad *prima facie* de ninguno de ellos: 1) la prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud; 2) el alivio del dolor y el sufrimiento causado por males; 3) la atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables; 4) la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila<sup>6</sup>.

### 2.3. Del paternalismo a la autonomía

La comparecencia de la autonomía de los pacientes y usuarios en el ámbito sociosanitario ha dado lugar a un nuevo modelo de relación asistencial, de toma de decisiones y de definición de la salud<sup>7</sup>, en el que el respeto de los derechos de los pacientes o usuarios, en particular la facultad de tomar y llevar a la práctica decisiones en relación con su vida y su salud y sobre los cuidados o tratamientos que desean recibir, ocupan un lugar preferente. Este nuevo modelo reemplaza al modelo predominante a lo largo de la historia, el paternalismo.

El paternalismo o actitud paternalista consiste en decidir por y sobre otro sin el otro, o sin tomar en consideración al otro. Es decir, que el médico decida unilateralmente qué es beneficioso para el paciente. En su proyección al ámbito asistencial, el paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficencia y la legítima autoridad. El profesional asistencial, superior en conocimientos (técnicos), experiencia y pericia, favorece los intereses del paciente o usuario tal y como son entendidos por el profesional. La esencia del paternalismo es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia.

---

<sup>5</sup> CALLAHAN (director), 1996/2004.

<sup>6</sup> Una reflexión más detallada sobre el significado de los fines de la medicina tomando como referencia el mencionado informe en HANSON, CALLAHAN (ed.), 1999. Sobre la influencia de la perspectiva adoptada para la definición de los fines y las obligaciones profesionales en el reconocimiento y el ámbito de la objeción de conciencia, WICCLAIR, 2008.

<sup>7</sup> GRACIA, 2004, p. 84.

El nuevo modelo articulado en torno al respeto de la autonomía goza de considerable respaldo teórico, ético y jurídico. Nuestra Constitución de 1978 (CE) brindó los cimientos para su introducción y fue desarrollado inicialmente mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29.4.1986). En una segunda etapa fue consolidado y profundizado a raíz del Convenio de derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa (BOE núm. 251, de 20.10.1999; corrección de erratas en BOE núm. 270, de 11.11.1999; en adelante, CDHB), una suerte de Constitución bioética vigente en nuestro país desde el 1 de enero de 2000, y la ya mencionada Ley básica de autonomía del paciente (LBAP), junto con numerosas normas autonómicas que siguen perfilando los rasgos de la nueva relación asistencial basada en la autonomía del paciente o usuario. La traducción jurídica del nuevo modelo en forma de derechos y deberes ratifica la conexión de las profesiones asistenciales con la sociedad en la identificación de sus fines, y configura un núcleo ético y jurídico de bienes y valores básicos en materia de salud. Simultáneamente, consolida su formulación ética convirtiéndolo en norma legal y garantiza su eficacia a través de la normatividad o fuerza obligatoria de la ley, exigiendo su cumplimiento a todos los ciudadanos y velando por su correcta aplicación.

En suma, el respeto de la autonomía del paciente o usuario no es una cuestión discrecional, que depende del criterio de cada médico o profesional asistencial. Nuestra sociedad ha decidido que la autonomía del paciente para tomar y realizar decisiones en relación con su vida, su cuerpo y su salud, y sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir, es un bien o valor básico, reconocido y garantizado en diferentes normas jurídicas. En concreto, la negativa de un paciente testigo de Jehová a recibir una transfusión de sangre forma parte del contenido esencial de su derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE; STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9) y de su derecho fundamental a la libertad religiosa (art. 16 CE). Como los restantes derechos, no se trata de un derecho absoluto, y la propia legislación contiene límites para su ejercicio. Con todo, conviene subrayar que el respeto de las decisiones autónomas de los pacientes no es opcional ni puede ser dejado al personal juicio de cada profesional asistencial, sino que constituye un núcleo ético, jurídico y deontológico común que todos los profesionales deben cumplir.

El deber de respeto de las decisiones autónomas está legislativamente establecido en nuestro país en el art. 5 CDHB y los arts. 2, 3 y 8 LBAP, entre los que destaca la expresa mención del derecho a negarse a un tratamiento en el art. 2.4 LBAP. También es posible corroborar esta obligación en el ámbito deontológico, con base en los arts. 8.1 y 9, en particular 9.2, del Código de ética y deontología médica (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, 1999). Finalmente, por su directa aplicación a este supuesto, resulta de interés mencionar el reconocimiento expreso del derecho de rechazo contemplado en el apartado 2 del Código de ética de la Sociedad internacional de transfusión de sangre (ISBT/SITS, 2000), adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

### 3. Fundamentos éticos y jurídicos del rechazo de un tratamiento

#### 3.1. La justificación constitucional e iusfundamental del rechazo de un tratamiento

La jurisprudencia constitucional contiene pronunciamientos que otorgan primacía a la protección de la vida del paciente testigo de Jehová, justificando la imposición de un tratamiento –la transfusión de sangre– en una situación de urgencia, incluso contra su voluntad, si con ello se salva su vida. Con base en el artículo 3 de la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de libertad religiosa (BOE núm. 177, de 24.7.1980), el ATC 369/1984, de 20 de junio, estima que el derecho a la libertad religiosa (art. 16.1. CE) tiene como límite la salud de las personas, y que para salvaguardar dicha salud se obtuvo autorización judicial para una transfusión sanguínea (FJ 3). Según esto, la protección de la vida y la salud de las personas prevalecería sobre la libertad religiosa y la facultad de autodeterminación en relación con dicha vida y dicha salud.

Con posterioridad, la STC 166/1996, de 28 de octubre, no emplea el criterio de la salud como límite de la libertad religiosa y como justificación de la imposición de la transfusión de sangre. Siguiendo el precedente de la STC 120/1990, de 27 de junio, entiende que, salvo causa justificada, la asistencia médica coactiva es una lesión de un derecho fundamental (FJ 2). Sin embargo, introduce otro criterio limitativo: la *lex artis*. La transfusión de sangre es “un remedio cuya utilización, por pertenecer a la *lex artis* del ejercicio de la profesión médica, sólo puede decidirse por quienes la ejercen y de acuerdo con las exigencias técnicas que en cada caso se presenten y se consideren necesarias para solventarlo. Las causas ajenas a la medicina, por respetables que sean –como lo son en este caso–, no pueden interferir o condicionar las exigencias técnicas de la actuación médica” (FJ 3)<sup>8</sup>.

Cabe, sin embargo, otra interpretación que dé cuenta de su sentido normativo actual. Se trata de una interpretación teleológico-sistemática y, asimismo, conforme a la Constitución, que atiende a los fines y a las conexiones de sentido entre las disposiciones jurídicas de todo el entramado constitucional e iusfundamental. Frente a la posición jurisprudencial que considera la vida como deber se propone una interpretación alternativa: la vida libremente querida y autodeterminada<sup>9</sup>. Varios argumentos sustentan esta interpretación a favor de la libertad religiosa y de conciencia, la facultad de autodeterminación y el derecho al rechazo del tratamiento del paciente testigo de Jehová en relación con su vida y su salud. 1) Su fundamento constitucional e iusfundamental, en el art. 15 CE (derecho a la integridad física y psíquica, a la integridad personal o a la inviolabilidad de la persona)<sup>10</sup> y el artículo 16 (libertad ideológica y religiosa), en relación con el

<sup>8</sup> El apartado 1.B del voto particular (formulado por el Magistrado Julio Diego González Campos) a dicha STC 166/1996, de 28 de octubre, pone nítidamente de manifiesto la debilidad de dicho argumento, que conduce a una diferencia injustificada de tratamiento de la asistencia sanitaria en los centros públicos y los centros privados.

<sup>9</sup> GASCÓN, 2007, pp. 12-17.

<sup>10</sup> Mediante el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE) “se protege la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Por ello, este derecho constitucional resultará afectado



art. 10.1 (dignidad y libre desarrollo de la personalidad) e incluso con el art. 1.1 CE (libertad como valor superior del ordenamiento jurídico). 2) La modificación del sistema jurídico-sanitario tras la introducción del CDHB, que revisa sus fundamentos en relación a la toma de decisiones en materia de salud, reforzando el valor nuclear de la autonomía del paciente o usuario. 3) El desarrollo y confirmación legal del derecho al rechazo de los tratamientos en la legislación estatal (por todos, art. 2.4 LBAP) y la legislación autonómica. 4) La evolución de la propia jurisprudencia constitucional, que refleja dichos cambios en la STC 154/2002, de 18 de julio, descartando la imposición irrestricta de la vida sobre la libertad religiosa y las decisiones libremente adoptadas en relación con la propia vida y la salud. 5) La superación de la interpretación exclusivamente técnica y médica de la *lex artis*, que sustenta la STC 166/1996, de 28 de octubre. Como corrobora en la actualidad el mencionado art. 2.6 LBAP, no se trata de una cuestión puramente técnica o clínica sino también axiológica, que ha de prestar especial atención a los valores del paciente o usuario. Considerar la dimensión moral de las relaciones, decisiones y actuaciones, en particular el respeto de las decisiones de los pacientes, no es “una causa ajena a la medicina” sino un atributo y una obligación esenciales de la actuación profesional.

### 3.2. Las obligaciones del médico y los principios de la Bioética

¿Qué debe hacer un médico ante un paciente adulto, capaz e informado que rehúsa libre y voluntariamente recibir una transfusión de sangre que el médico considera indicada, pero que el paciente testigo de Jehová rechaza en razón de sus creencias y en ejercicio de su libertad religiosa? 1) El médico está obligado a asistir y atender al paciente, velando por su vida y su salud, sin realizar tratamientos clínicamente contraindicados o técnicamente incorrectos, que puedan causar un daño físico, psíquico o moral en el paciente, así como a no actuar contra la voluntad de dicho paciente (principio de no maleficencia). 2) Tras confirmar la capacidad del paciente y la voluntariedad de la decisión, y después de haber proporcionado información suficiente, adecuada y verdadera, en especial del balance riesgo-beneficio de la transfusión de sangre y de la existencia y eficacia de terapias alternativas, así como de las consecuencias previsibles derivadas de no transfundir, el médico está también obligado a obtener la autorización o consentimiento del paciente para el tratamiento, y a respetar sus decisiones autónomas, libres y voluntarias, entre ellas el rechazo de un tratamiento clínicamente indicado, como la transfusión de sangre, incluso si tal rechazo produce un daño grave en la salud y hasta la pérdida de la vida. En este sentido, el respeto de la voluntad de rechazo de la transfusión de sangre manifestado con antelación en un documento de instrucciones previas merece el mismo respeto que el expresado a través del consentimiento informado, que en este caso ha de constar por escrito (art. 2.4 LBAP), pues su fundamento ético y jurídico es semejante (principio de respeto de la autonomía). 3) El médico no está obligado a hacer lo indicado cuando el paciente lo rechaza; más aún, está obligado a respetar y aceptar dicho rechazo autónomo y, por tanto, no comenzar

---

cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los demás variados móviles y no sólo por el de morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derechos fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional” (STC 120/1990, de 217 de junio, FJ 8). Sobre la naturaleza iusfundamental de la facultad de autodeterminación de los pacientes, por todos ARRUEGO, 2009; CHUECA, 2008; OLLERO, 2006 y TOMÁS-VALIENTE LANUZA, 1999.

dicho tratamiento de transfusión de sangre. Esto no significa la desaparición de su deber de beneficencia. La beneficencia subsiste, y el médico continúa obligado a procurar el bien para la vida y la salud del paciente. Lo que ha cambiado es la forma de definir dicho bien, pues ahora se trata de una beneficencia que incluye el respeto de la autonomía y que se define también conforme al proyecto de vida, valores, creencias religiosas y expectativas vitales del paciente (principio de beneficencia). Finalmente, 4) el médico debe asegurar que ningún paciente es objeto de tratamiento discriminatorio en el acceso a la protección y el cuidado de su salud, en este caso por razón de sus creencias religiosas, y que los recursos sociosanitarios son empleados de forma eficiente, garantizando un reparto justo y equitativo (principio de justicia)<sup>11</sup>.

Las personas no tienen obligación de vivir contra su voluntad ni deben verse obligadas a actuar lesionando sus valores, en particular los valores religiosos en el caso de un paciente testigo de Jehová<sup>12</sup>. Tampoco la medicina tiene como fin ni los médicos tienen la obligación de mantener la vida biológica de un paciente en cualquier circunstancia, y menos aún contradiciendo la voluntad del paciente, imponiéndole un tratamiento no deseado. Al contrario: respetar la voluntad de rechazo o negativa de un paciente a la transfusión de sangre es una obligación ética, jurídica y deontológica de los médicos. Respetar dicha voluntad no significa que el médico la comparta o que esté de acuerdo con ella. Significa, en cambio, reconocer al paciente como un interlocutor moral y como una persona autónoma que ejerce libre y voluntariamente su derecho y deber de tomar y/o realizar decisiones en relación con su vida y su salud, conforme a sus valores y sus creencias religiosas, y no actuar contra dicha voluntad<sup>13</sup>.

#### **4. La objeción de conciencia médica**

##### **4.1. Qué es objeción de conciencia**

La objeción de conciencia es la negativa o el rechazo al cumplimiento de un deber jurídico de naturaleza personal por razones de conciencia, en este caso de un médico que se niega a cumplir su deber jurídico de respetar la decisión del paciente de rechazar la transfusión de sangre, solicitando ser dispensado del cumplimiento de dicho deber.

La objeción de conciencia ha sido tratada como una colisión de derechos. También ha sido considerada como un conflicto de valores. Además, desde la perspectiva del médico objetor podría y debería ser considerada como un deber, a saber, evitar una actuación que lesiona su

---

<sup>11</sup> Se ha expuesto la cuestión siguiendo el modelo estándar de los principios de la Bioética propuesto por BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1979-2008<sup>6</sup>/1999.

<sup>12</sup> Entre los pronunciamientos de la jurisprudencia constitucional sobresalen la STC 120/1990, de 27 de junio y la STC 154/2002, de 18 de julio.

<sup>13</sup> En el ámbito constitucional véase los arts. 10.1, 15 y 16 CE. En el plano legislativo véase los arts. 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, en relación con los arts. 8.1 y 9.2.b) LBAP, y también, acerca del derecho a la información asistencial, arts. 4 y 5 LBAP. Asimismo, véase los arts. 5 y 8 CDHB.

libertad de conciencia y su integridad moral. Más aún, en el caso del médico cabría apreciar un conflicto entre dos deberes, un deber moral y un deber jurídico, y aun un conflicto entre un deber y un derecho. Aunando las diversas perspectivas se ha definido la objeción de conciencia como “la libertad de conciencia en caso de conflicto, más exactamente, como la situación en que se halla la libertad de conciencia cuando alguna de sus modalidades de ejercicio (*prima facie*) encuentra frente a sí razones opuestas derivadas de una norma imperativa o de la pretensión de un particular”<sup>14</sup>.

La objeción de conciencia, que protege y se asienta en la integridad moral individual<sup>15</sup>, busca garantizar el respeto de dicha integridad y de la libertad ideológica y de creencias del médico (art. 16 CE), si bien en demasiadas ocasiones se invoca de forma arbitraria e infundada. Para evitar la inflación y el abuso de la objeción de conciencia es preciso cumplir ciertas condiciones, entre ellas su carácter excepcional, su carácter individual y su fundamento en razones personales de naturaleza ética o religiosa veraces, auténticas y de cierta entidad<sup>16</sup>.

#### 4.2. Qué no es objeción de conciencia: objeción y pseudo-objeción de conciencia

¿Cabe la objeción de conciencia del médico ante el rechazo de una transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová? ¿A qué conciencia apela la objeción del médico: personal o profesional? ¿Resulta lesionado algún valor personal, ético o religioso, del médico o se trata más bien de una conciencia profesional erróneamente formada?

El médico que pretende oponer su objeción de conciencia debe cerciorarse de la necesidad de la transfusión de sangre; debe también explicar al paciente que la transfusión es un tratamiento indicado e informarle de sus beneficios, así como de las consecuencias previsibles para su salud y su vida derivadas de su negativa; debe también, en última instancia, respetar su decisión libre y autónoma de rechazar dicho tratamiento, cumpliendo así un imperativo moral, jurídico y deontológico. No resulta admisible que un médico imponga sus ideas y valores personales al paciente. Puede y debería manifestar su coincidencia o divergencia con la decisión de rechazo, pero determinar qué es o no beneficioso para la salud de un paciente no es un juicio exclusivamente técnico sino relacionado con los valores y proyectos de vida de éste, a quien corresponde en última instancia adoptar la decisión.

---

<sup>14</sup> PRIETO SANCHÍS, 2006, p. 264-265. Existe una oscilante jurisprudencia constitucional en torno a la objeción de conciencia, entre las que destacan las SSTC 15/1982, de 23 de abril, 53/1985, de 11 de abril, 160/1987, de 27 de octubre, 161/1987, de 27 de octubre, 321/1994, de 28 de noviembre, y 154/2002, de 18 de julio. Una sugerente interpretación de dicha jurisprudencia en PRIETO SANCHÍS, 2004.

<sup>15</sup> WICCLAIR, 2000.

<sup>16</sup> Sobre los rasgos de la objeción de conciencia, FLORES MENDOZA, 2001; GASCÓN ABELLÁN, 1989; PRIETO SANCHÍS, 2004; PRIETO SANCHÍS, 2006; ROMEO, 2001. Sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, BELTRÁN, 2004; BELTRÁN, 2008; BENJAMIN, 2004; CEBRIÁ 2005; GRACIA Y RODRÍGUEZ SENDÍN (directores), 2008; MARTÍNEZ, 2007; MAY, 2004; SÁNCHEZ-CARO Y ABELLÁN, 2006; SIEIRA MUCIENTES, 2000.

En la situación aquí analizada no existe auténtica objeción de conciencia sino una mala interpretación de los fines de la medicina, convirtiendo la obligación de proteger la vida y la salud de los pacientes en la obligación de salvar su vida a toda costa, incluso contra su expresa voluntad autónoma. Recuérdese que la beneficencia sigue siendo una obligación médica, pero que ya no se ejerce de modo paternalista, sin contar con o contra la voluntad del paciente, sino que se trata de una beneficencia que debe incluir el respeto de la autonomía.

El fin de la medicina es la salud y definir lo que es salud –y enfermedad- es definir los fines de la medicina. La medicina clásica definía lo que era salud y lo que era enfermedad; ahora, tras la introducción de la autonomía en el ámbito asistencial, este proceso exige también la participación de los ciudadanos y usuarios<sup>17</sup>. En consecuencia, la falsa objeción o seudo-objeción de conciencia podría originar la imposición de los valores y creencias personales del médico o de una interpretación personal y equivocada de los valores profesionales<sup>18</sup>. Ningún médico puede modelar a su antojo las obligaciones profesionales. Ésta es una conducta ilegítima, que pretende erigir como criterio común de actuación los propios valores y creencias, bien personales, bien profesionales, sin someterlos al escrutinio argumentativo de toda la sociedad, o incluso imponerlos como correctos al paciente, por encima de la obligación del médico de respetar la libertad religiosa y de conciencia, la autonomía y el derecho del paciente a adoptar decisiones en relación con su vida y su salud, incluido el rechazo de tratamientos<sup>19</sup>.

## 5. Análisis de otras soluciones o cursos de acción alternativos

### 5.1. ¿Una solución administrativa?

¿Existe alguna solución para evitar que un médico se vea abocado a aceptar la renuncia del paciente a recibir la transfusión de sangre? Imponerle una transfusión contra su voluntad o abandonar al paciente existiendo otras alternativas terapéuticas equivaldría a mala praxis y a infringir sus obligaciones éticas, deontológicas y jurídicas de respetar la voluntad autónoma del paciente y de no abandono y asistencia. Sí sería imaginable una solución de naturaleza administrativa u organizativa, aunque con relevantes implicaciones éticas. Los médicos tienen un deber general de intervenir y asistir al paciente, tanto de protección y cuidado de su salud como de respeto de sus decisiones, pero habitualmente dicho deber no tiene como destinatario un

---

<sup>17</sup> GRACIA, 2004, p. 83-91.

<sup>18</sup> Sobre la distinción conceptual entre la objeción de conciencia y la falsa objeción de conciencia o seudo-objeción, GRACIA Y RODRÍGUEZ SENDÍN (directores), 2008, 7-8. En esa misma obra se ofrecen ejemplos de casos o situaciones de la práctica asistencial que reflejan tal diferencia (*passim*).

<sup>19</sup> Sobre la inflación de la objeción de conciencia y los riesgos derivados de una noción muy laxa de las obligaciones profesionales de los médicos, incluyendo argumentos para garantizar la autenticidad de la objeción de conciencia médica, CHARO, 2005; SAVULESCU, 2006. Sobre los argumentos de la denominada “tesis de la incompatibilidad”, que niega la existencia de objeción de conciencia médica en razón de las obligaciones profesionales, y sus respectivos contraargumentos, WICCLAIR, 2008.

médico concreto (*intuitu personae*). En tal circunstancia, cabría un reajuste de la organización o una reasignación de tareas en el Servicio u hospital, siempre que se satisfaga la petición del paciente y se garanticen sus derechos mediante una atención con la misma diligencia, calidad y eficiencia. Correspondería a los órganos de dirección y gestión (responsable del Servicio, del centro hospitalario y de la Administración sanitaria) adoptar tales medidas con antelación, mediante guías o protocolos de actuación. El médico que aduce la presunta objeción de conciencia sería dispensado del cumplimiento de su deber y sería reemplazado por otro profesional igualmente cualificado y competente dispuesto a cumplir la voluntad del paciente, esto es, no ser transfundido aunque la ausencia de transfusión ocasionase la muerte.

No obstante, las anunciadas implicaciones éticas, y aun jurídicas, de esta hipotética solución exigen rechazarla. Además de deformar la institución de la objeción de conciencia, equiparando la falsa objeción o pseudo-objeción con la auténtica objeción de conciencia, significaría amparar el incumplimiento de los mínimos éticos, jurídicos y deontológicos comunes a todos los profesionales y perpetuar actitudes paternalistas en el ejercicio profesional<sup>20</sup>.

## 5.2. ¿Se trata de una situación de urgencia?

Toda vez que los médicos consideran que hay que transfundir al paciente testigo de Jehová y que su negativa representa un obstáculo para dicho tratamiento y para cumplir sus obligaciones profesionales –singularmente la de evitar una muerte prematura-, también se cuestionaban si se trataba o no de una situación de urgencia y si actuar sin la autorización del paciente sería éticamente correcto y estaría amparado por la ley. El art. 9.2.b) LBAP nos orienta al respecto: “Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: [...] b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”. En este precepto se establece una serie de condiciones necesarias para justificar la intervención de los facultativos sin el consentimiento del paciente. Intervenir a favor de la salud del paciente y apreciar –de modo muy cuestionable en este caso- “riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo” serían los argumentos para justificar la intervención y la transfusión de sangre desde la perspectiva médica.

Sin embargo, no se debería aceptar dicha pretensión médica, pues transfundir en tales circunstancias sería un comportamiento éticamente incorrecto y jurídicamente ilícito, al menos por dos razones. En primer lugar, desde la perspectiva del paciente no se puede compartir que

---

<sup>20</sup> En un sentido contrario, recomendando la apelación a la libertad de conciencia del médico, ZARZOSA *et al.*, 2008. Introduciendo matices a su ejercicio, se menciona la posibilidad del “derecho a la objeción de conciencia” de los profesionales en ACEA *et al.*, 2005, p. 48, y en MARTORELL Y SÁNCHEZ-URRUTIA (coordinadoras), 2005, p. 24. En caso de que la decisión del paciente se haya manifestado en un documento de instrucciones previas o por parte del representante legal del paciente testigo de Jehová se recuerda “que existe la opción a la objeción de conciencia” de los profesionales en PEIRÓ, 2008, p. 557. Por último, se considera que podría ser necesaria y estar éticamente justificada la derivación del paciente a otro profesional cualificado que garantice la continuidad de la asistencia del paciente si así se salvaguarda la integridad profesional del médico en SMITH, 2004, p. 1344.

dicha intervención sea indispensable y a favor de su salud, fin último de la medicina; más aún, el paciente afirma con su rechazo que dicha transfusión lesiona su noción de salud como capacidad, pues le impide desarrollar su personal proyecto de vida, informado por sus creencias religiosas, que otorgan primacía a la fidelidad a su fe. En segundo lugar, el art. 9.2.b) LBAP establece un conjunto de condiciones necesarias que han de cumplirse de forma simultánea, añadiendo a la ya indicada de apreciación de riesgo grave la imposibilidad de conseguir la autorización del paciente. En el caso analizado se conoce la voluntad del paciente, que confirma la denegación de la autorización o su negativa al tratamiento. Por tanto, transfundir en estas circunstancias –que además no parecen ser las de la situación de grave riesgo prevista en la LBAP– implicaría un tratamiento coactivo, contra la voluntad expresa del paciente; esto es, un comportamiento ético, jurídico y deontológicamente incorrecto.

### 5.3. ¿Es una solución el alta forzosa del paciente?

En el caso comentado no cabe apreciar el alta voluntaria, pero los médicos podrían haberse planteado como solución éticamente justificada y jurídicamente admisible el alta forzosa del paciente (art. 21 LBAP). El alta forzosa es una facultad de disposición de la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable del paciente, que se ejerce ante la negativa de un paciente a aceptar el tratamiento prescrito, pero no de forma radical y en cualquier circunstancia. El propio art. 21.1 LBAP establece que el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no da lugar sin más al alta forzosa. Cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos, el alta forzosa se considerará una medida desproporcionada.

Ésta parece ser la situación analizada, bien porque pueden proponerse tratamientos alternativos por el centro aceptados por el paciente, bien, simplemente, porque el paciente, ejerciendo su derecho a decidir libremente (arts. 2.3 y 2.4 LBAP), ya ha elegido entre las opciones clínicas disponibles la intervención sin transfusión, aun a riesgo de su vida. Reaparecen en este contexto los argumentos antes expuestos. Si el fin de la medicina es la salud, y su garantía consiste en prestar asistencia respetando la noción de salud de cada paciente, configurada a través de sus decisiones autónomas, libre y voluntariamente adoptadas, respetar dichas decisiones es ejemplo del cumplimiento de las obligaciones profesionales de los médicos (artículo 2.6 LBAP)<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> En sentido contrario, se admite que el médico, en razón de su libertad clínica y su libertad de conciencia, “podría postularse como titular de un derecho a la objeción de conciencia para iniciar los trámites del alta voluntaria y en su caso el alta forzosa tal y como prevé la Ley 41/2002 de autonomía del paciente”, y que “su ejercicio personalísimo no supone merma del derecho a la protección de la salud (como es en este caso) de la paciente [y] ha de ser respetado por los directivos sanitarios; y en este caso en concreto instar de oficio el alta de la paciente” (ANTEQUERA, 2008, p. 165). Estas afirmaciones proceden del comentario de un auto de la Audiencia Provincial de Cádiz (Sala de lo civil, sección 8.ª) de 25 de julio de 2007, que examina un caso semejante de negativa de una paciente adulta y capaz a un tratamiento de transfusión sanguínea por motivaciones religiosas (ANTEQUERA, 2008, pp. 164-167).

#### 5.4. ¿Objeción de conciencia por razones de justicia?

Los principios de no maleficencia, beneficencia y respeto de la autonomía determinan que ni ética ni jurídicamente resulte admisible la objeción de conciencia del médico al rechazo de una transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová. Resta interrogarse por la admisibilidad de la objeción de conciencia en relación con el principio de justicia, que el médico opondría a una mala gestión o una distribución injusta de recursos sociosanitarios. Dos conjuntos de argumentos contrapuestos sirven para exponer la cuestión<sup>22</sup>.

De una parte, se afirma que el respeto de las creencias religiosas y las decisiones de los pacientes testigos de Jehová rechazando la transfusión de sangre implicaría un aumento del gasto médico y el uso de un recurso escaso y valioso como la sangre. Asimismo, impediría a los profesionales asistenciales seguir el tratamiento estándar (la transfusión de sangre) y exigiría intervenciones asistenciales o tratamientos distintos de los habituales, para hacerlos compatibles con su decisión y creencias. La utilización de alternativas a la sangre, la mayor duración del proceso asistencial, tanto en la intervención como en la estancia hospitalaria, la necesaria participación de un mayor número de profesionales asistenciales y el mayor coste de la medicación ejemplifican esta situación.

Frente a tales argumentos, se señala que el respeto de la decisión de rechazo de los pacientes testigos de Jehová ha generado descubrimientos y desarrollos valiosos del uso de la sangre y hemoderivados. Ha estimulado, además, la reflexión sobre la indicación de la transfusión de sangre y la búsqueda de alternativas terapéuticas que reducen, eliminan o sustituyen su empleo. Finalmente, se recuerda que las terapias alternativas han reducido los riesgos aparejados a la utilización de la sangre y hemoderivados. Un relevante argumento adicional constata que estos descubrimientos o avances representan, en general, un beneficio para todos los pacientes y no únicamente para los testigos de Jehová.

Así las cosas, incluso admitiendo que la aplicación de tratamientos alternativos puede incrementar los costes y el uso de un mayor número de recursos sanitarios en la atención de un paciente testigo de Jehová en comparación con otros pacientes, parece excesivo calificarla de trato privilegiado al paciente testigo de Jehová o considerarla una discriminación por razones religiosas carente de justificación. Más aún, denegar un tratamiento alternativo a la transfusión de sangre al paciente testigo de Jehová que la rechaza implicaría una lesión del contenido esencial y una restricción desproporcionada del derecho a la libertad religiosa y del derecho fundamental a la integridad física, y aun del derecho a la protección de la salud, no prestando asistencia en unas condiciones adecuadas para el paciente, conforme a sus creencias religiosas

Recuérdese que todos los derechos, incluso la libertad religiosa, tienen un carácter prestacional o positivo, que exige la actuación de los poderes públicos para garantizar su ejercicio y su disfrute;

---

<sup>22</sup> SMITH, 2004, p. 1345.

en otras palabras, todos los derechos tienen un coste<sup>23</sup>. Recuérdese, asimismo, que otros muchos comportamientos, estilos de vida y decisiones individuales (e.g. fumar, hábitos alimenticios nocivos o no saludables, prácticas deportivas de riesgo, no empleo del cinturón de seguridad o del casco en la conducción de vehículos a motor, etc.) incrementan los gastos y el empleo de recursos sanitarios y asistenciales en igual o mayor medida que el rechazo de la transfusión del paciente testigo de Jehová, y no generan dudas semejantes sobre el derecho a recibir asistencia sanitaria<sup>24</sup>. En suma, la negativa médica de aplicar un tratamiento alternativo a la transfusión de sangre al paciente testigo de Jehová aquí examinada no puede calificarse como objeción de conciencia ni parece tanto una cuestión de justicia distributiva cuanto una medida paternalista injustificada<sup>25</sup>.

## 6. Tabla de sentencias

### *Jurisprudencia del Tribunal Constitucional*

<i>Resolución</i>	<i>Magistrado Ponente</i>
STC 15/1982, de 23 de abril	Gloria Begué Cantón
ATC 369/1984, de 20 de junio	-
STC 53/1985, de 11 de abril	Gloria Begué Cantón Rafael Gómez-Ferrer Morant
STC 160/1987, de 27 de octubre	Carlos de la Vega Benayas
STC 161/1987, de 27 de octubre	Ángel Latorre Segura
STC 120/1990, de 27 de junio	Fernando García-Mon y González-Regueral Eugenio Díaz Eimil José Vicente Gimeno Sendra
STC 321/1994, de 28 de noviembre	Fernando García-Mon y González-Regueral
STC 166/1996, de 28 de octubre	Fernando García-Mon y González-Regueral
STC 154/2002, de 18 de julio	Pablo Cachón Villar

<sup>23</sup> HOLMES & SUNSTEIN, 1999; PEÑA Y AUSÍN (eds.), 2006.

<sup>24</sup> SMITH, 2004, p. 1345. Sobre esta cuestión resulta de interés comparar los argumentos del fallo de la STC 166/1996, de 28 de octubre, FFJJ 4 y 5, y los contraargumentos del apartado 2 del voto particular a dicha sentencia.

<sup>25</sup> Una línea argumental complementaria y más compleja apelaría a la responsabilidad individual de cada paciente y a la obligación de hacerse cargo de sus decisiones y de los efectos o consecuencias de ellas; en concreto, su responsabilidad social de mantenimiento del sistema de atención y protección de la salud (GASCÓN 2007, 19-25). No es objeto de estas páginas ocuparse de ella, aunque parece que debería analizar cómo se articulan conjuntamente la justicia y la responsabilidad, y cuestionarse la preferencia de la decisión de rechazo de la transfusión del paciente testigo de Jehová. El abuso del derecho y el principio de proporcionalidad parecen las categorías metodológicas más prometedoras para tal propósito.



*Jurisprudencia ordinaria*

<i>Resolución, Tribunal, Sala y Fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Magistrado Ponente</i>
AAP Cádiz (Sala de lo civil, Sección 8.ª) 135/2007, 25.7.2007	AC 2007\2389	Blas Rafael Lope de Vega

**7. Bibliografía**

ACEA NEBRIL, B., RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, A., MOLINS GAUNA, N. y CAMBRÓN INFANTE, A. (2005), "Evaluación de una guía de recomendaciones para testigos de Jehová tras su aplicación en la práctica quirúrgica", *Medicina Clínica* 124(11), pp. 435-436.

ANTEQUERA VINAGRE, J.Mª (2008), "Libertad de conciencia, libertad clínica y tratamientos sanitarios", en ABELLÁN, F., ANTEQUERA VINAGRE, J.Mª, GARCÍA GARCÍA, R., LARIOS RISCO, D., MARTÍN SÁNCHEZ, I., SÁNCHEZ-CARO, J., *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, Comares, Granada, pp. 152-187.

ARRUEGO RODRÍGUEZ, G. (2009), "El rechazo y la interrupción del tratamiento de soporte vital en el derecho español", *InDret* 2, pp. 1-27, ([http://www.indret.com/pdf/620\\_es.pdf](http://www.indret.com/pdf/620_es.pdf); última visita 21 de mayo de 2009)

BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. (1979-2008<sup>6</sup>/1999), *Principios de ética biomédica*, traducción española de la cuarta edición inglesa (1994) de Teresa Gracia, Francisco Javier Júdez, Lydia Feito; revisión científica de Diego Gracia y F. Javier Júdez, Masson, Barcelona.

BELTRÁN AGUIRRE, J.L. (2005), "La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios", *Derecho y Salud* 13/1, pp. 63-72.

BELTRÁN AGUIRRE, J.L. (2008), "Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria", *Derecho y Salud* 16/1, pp. 135-146.

BENJAMIN, M. (2004), "Conscience", en *Encyclopedia of Bioethics*, 3<sup>rd</sup> edition, Stephen G. POST (ed.), volume 1. A-C, MacMillan, New York, pp. 513-516.

BROCK, D.W. (2008), "Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why?", *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29, pp. 187-200.

CALLAHAN, D. (director) (1996/2004), *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, accesible en <http://www.fundaciongrifols.org/docs/pub11%20esp.pdf> (última visita: 21 de mayo de 2009).

CASADO, M. y CORCOY, M. (coordinadoras) (2007), *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, Observatori de Bioètica i Dret, Barcelona.

([http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Objecion\\_de\\_conciencia.pdf](http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Objecion_de_conciencia.pdf); última visita 21 de mayo de 2009).

CEBRÍA GARCÍA, M. (2005), *Objeciones de conciencia a intervenciones médicas. Doctrina y jurisprudencia*, Aranzadi, Cizur Menor (Navarra).

R. Alta CHARO (2005), "The celestial fire of conscience-Refusing to deliver medical care", *New England Journal of Medicine* 352(24), pp. 2471-2473.

CHUECA RODRÍGUEZ, R. (2008), "Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia", *Derecho y Salud* 16, pp. 1-14.

FLORES MENDOZA, F. (2001), *La objeción de conciencia en el derecho penal*, Comares, Granada.

GASCÓN ABELLÁN, M. (1989), *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.

GASCÓN ABELLÁN, M. (2007), "¿Puede el Estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud?", *Humanitas* 20, pp. 11-25.

GRACIA, D. (2004), "Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI", en *Como arqueros al blanco*, Triacastela, Madrid, pp. 79-91.

GRACIA, D., RODRÍGUEZ SENDÍN, J.J. (directores) (2008), *Ética de la objeción de conciencia*, Fundación de Ciencias de la Salud. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, Madrid.

HANSON, M.J., CALLAHAN, D. (ed.) (1999), *The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform*, Georgetown University Press, Washington, D. C.

HOLMES, S. & SUNSTEIN, C.R. (1999), *The cost of rights: Why liberty depends on taxes*, Norton, New York.

INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD TRANSFUSION (ISBT/SITS) (2000), *Código de ética para la donación y transfusión de sangre*, Sociedad internacional de transfusión de sangre, ([http://www.isbt-web.org/files/documentation/codigo\\_de\\_etica.pdf](http://www.isbt-web.org/files/documentation/codigo_de_etica.pdf); última visita: 21 de mayo de 2009).

MALYON, D. (1998), "Transfusion-free treatment of Jehovah's Witnesses: respecting the autonomous patient's rights", *Journal of Medical Ethics* 24, pp. 302-307.

MARTÍNEZ, K. (2007), "Medicina y objeción de conciencia", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 30(2), pp. 215-223.

MARTORELL, V. y SÁNCHEZ-URRUTIA, A. (coordinadoras) (2005), *Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová*, Observatori de Bioètica i Dret, Barcelona. ([http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Testigos\\_de\\_Jehova.pdf](http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Testigos_de_Jehova.pdf); última visita: 21 de mayo de 2009).

MAY, T. (2004), "Conscience, Rights of", en *Encyclopedia of Bioethics*, 3<sup>rd</sup> edition, Stephen G. POST (ed.), volume 1. A-C, MacMillan, New York, pp. 517-520.

MONÉS, J. y TERÉS, J. (2009), "Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre", *Medicina Clínica* 132(16): pp. 627-632.

MURAMOTO, O. (1998a), "Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 1. Should bioethical deliberation consider dissident's views?", *Journal of Medical Ethics* 24, pp. 223-230.

MURAMOTO, O. (1998b), "Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 2. A novel approach based on rational non-interventional paternalism", *Journal of Medical Ethics* 24, pp. 295-301.

MURAMOTO, O. (1999), "Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 3. A proposal for a don't-ask-don't-tell policy", *Journal of Medical Ethics* 25, pp. 463-468.

MURAMOTO, O. (2008), "Jehovah's Witness bioethics", en SINGER, P.A. (Editor-in-Chief), VIENS, A.M. (Executive Editor), *The Cambridge Textbook of Bioethics*, Cambridge University Press, New York, pp. 416-423.

NUSSBAUM, M.C. (2006/2007), *Las fronteras de la justicia Consideraciones sobre la exclusión*, traducción de Ramón Vilà Vernis y Albino Santos Mosquera, Paidós, Barcelona.

OLLERO, A. (2006), *Bioderecho: entre la vida y la muerte*, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra).

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (1997), *Declaración de la Comisión central de Deontología sobre la objeción de conciencia del médico*, ([http://www.cgcom.org/sites/default/files/objecion\\_conciencia.pdf](http://www.cgcom.org/sites/default/files/objecion_conciencia.pdf); última visita 21 de mayo de 2009).

PEIRÓ, A.M. (2008), "Base ética y legal de actuación ante la negativa de un paciente testigo de Jehová a recibir una transfusión sanguínea", *Medicina Clínica* 130(14), pp. 557-559.

PEÑA, L. y AUSÍN, T. (eds.) (2006), *Los derechos positivos. Las demandas justas de acciones y prestaciones*, Plaza y Valdés. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid-México.

PRIETO SANCHÍS, L. (2004), "La libertad de conciencia", en BETEGÓN, J., DE PÁRAMO, J.R., LAPORTA, F.J., PRIETO SANCHÍS, L. (coordinadores), *Constitución y derechos fundamentales*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, pp. 623-637.

PRIETO SANCHÍS, L. (2006), "Libertad y objeción de conciencia", *Persona y Derecho* 54/1, pp. 259-273.

T. RIDLEY, D.T. (1999), "Jehovah's Witnesses' refusal of blood: obedience to scripture and religious conscience", *Journal of Medical Ethics* 25, pp. 469-472.

ROMEO CASABONA, C.M. (2001), "Delimitaciones conceptuales sobre la objeción de conciencia en el Derecho penal", en QUINTERO OLIVARES, G., MORALES PRATS, F., (coordinadores), *El nuevo Derecho penal español. Estudios penales en memoria del Profesor José Manuel Valle Muñiz*, Aranzadi, Pamplona, pp. 1769-1788.

SÁNCHEZ-CARO, J., ABELLÁN, F. (2006), *Derechos del médico en la relación clínica*, Comares, Granada.  
SAVULESCU, J. (2006), "Conscientious objection in medicine", *British Medical Journal* 332, pp. 294-297.

SEARLE, J.R. (1995/1997), *La construcción de la realidad social*, traducción de Antonio Doménech, Paidós, Barcelona.

SEN, A. (1999/2000), *Desarrollo como libertad*, traducción de Esther Robasco y Luis Toharia, Planeta, Barcelona.

SEOANE, J.A. (2008), "La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas", *Derecho y Salud*, 16/1, pp. 1-27.

SIEIRA MUCIENTES, S. (2000), *La objeción de conciencia sanitaria*, Dykinson. UPCO, Madrid.

SMITH, M.L. (2004), "Jehovah's Witness refusal of blood products", en *Encyclopedia of Bioethics*, 3<sup>rd</sup> edition, Stephen G. POST (ed.), volume 3. I-M, MacMillan, New York, pp. 1341-1346.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. (1999), *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid.

VILLAREJO, P., PADILLA, D., CUBO, T., MARCOTE, M.A, MOLINA, M., MENÉNDEZ, P., LÓPEZ, A., PÉREZ-SAUQUILLO, M., MARTÍN, J. (2007), "Cirugía y transfusión urgente en el paciente testigo de Jehová: revisión de las implicaciones médico-legales", *Cirugía española* 82(6), pp. 328-332.

WICCLAIR, M.R. (2000), "Conscientious objection in medicine", *Bioethics* 14(3), pp. 205-227.

WICCLAIR, M.R. (2008), "Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?", *Theoretical Medicine and Bioethics* 29, pp. 171-185.

WOLFF, J., DE-SHALIT, A. (2007), *Disadvantage*, Oxford University Press, Oxford.

ZARZOSA HERNÁNDEZ, G., GUADARRAMA, F.J., CAMACHO DAROCA, A., Benjamín TALLÓN IGLESIAS, B. (2008), "Cirugía y testigos de Jehová", *Cirugía española* 83(5), pp. 276-277.