

AUTONOMÍA MORAL Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ¹

MORAL AUTONOMY AND CONSCIENTIOUS OBJECTION IN THE SURGICAL MANAGEMENT OF JEHOVA'S WITNESSES

Rafael Ojeda Rivero

Anestesiología y Reanimación.

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Vocal del Comité de Ética Asistencial Sevilla

Resumen

El derecho de los pacientes a decidir sobre su tratamiento está reconocido por la legislación española actual. No obstante, el ejercicio de la autonomía moral en el ámbito de la asistencia sanitaria da lugar a conflictos éticos difíciles de resolver. El deber de beneficencia de los profesionales y el principio de justicia pueden prescribir acciones contrarias a los deseos del paciente. Además, en el caso de los testigos de Jehová pueden existir razones de conciencia que impidan al profesional aceptar las restricciones al tratamiento que la religión del paciente exige. El mismo derecho a la autonomía moral que ampara al paciente parece garantizar el derecho del profesional a la objeción de conciencia. Por otra parte, los derechos a la asistencia sanitaria y a la libertad religiosa solo serán efectivos si instituciones sanitarias y profesionales tratan al paciente de un modo acorde a sus creencias. El presente texto ofrece un análisis ético y jurídico de esta cuestión en el marco de la legislación actual de nuestro país,

Correspondencia: Rafael Ojeda Rivero. Avda. Manuel Siurot s/n. Sevilla. Tel.: 955012592. E-mail: rafael.ojeda.sspa@juntadeandalucia.es

¹ Este texto está basado en el *Protocolo para la asistencia de los pacientes testigos de Jehová* de la Unidad de Gestión Clínica Bloque Quirúrgico-HRT del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, que es obra del mismo autor y ha sido aprobado por el Comité de Ética Asistencial Sevilla.

así como una propuesta sobre cómo deberían afrontarse este tipo de problemas en la práctica.

Palabras clave: autonomía, objeción de conciencia, testigo de Jehová.

Abstract

According to current Spanish law, patients are guaranteed the right to make decisions on the medical treatment they receive. However, this exercise of autonomy in health care causes ethical conflicts which are hard to resolve. Health workers' duty to assist patients and the concept of personal rights may lead health professionals to prescribe actions which are contrary to the patient's wishes. For example, in the case of Jehovah's Witnesses, the conscience of health professionals may prevent them from accepting the restrictions on treatments demanded by the patient's religious principles. The same right to moral autonomy which is guaranteed to the patient would also seem to guarantee the health professional's right to exercise conscientious objection. On the other hand, the right to medical assistance and to religious freedom will be observed only if both medical institutions and health professionals treat patients in a way which respects their beliefs. This text offers an ethical and legal analysis of the issue based on Spanish law, as well as a proposal on how these problems should be dealt with in everyday practice.

Key words: autonomy, conscientious objection, Jehovah's witnesses.

1. Introducción

El respeto a la autonomía de las personas es un objetivo prioritario de los sistemas sanitarios modernos. Esto significa que el paciente debe tener la oportunidad no solo de rechazar el tratamiento que se le propone, sino también de elegir el que considere más adecuado a sus creencias, valores e intereses. El médico queda así obligado a proporcionar información sobre las opciones terapéuticas disponibles y, una vez que el paciente ha elegido, a respetar sus deseos y obtener su consentimiento antes de llevar a cabo cualquier técnica o tratamiento que entrañe cierto riesgo.

Durante siglos, los médicos adoptaron hacia los enfermos una actitud paternalista. Fieles a la tradición hipocrática, se sentían obligados a curar a sus pacientes aun en contra de la voluntad de estos. La acción benevolente se justificaba a sí misma. Sin embargo, en las últimas décadas el respeto a la autonomía individual ha acabado por imponerse al anterior ethos médico. Aunque el deber de beneficencia no ha perdido importancia, ya no prevalece sobre la opinión del paciente. Este cambio obedece en gran medida a la importancia que ha adquirido en el mundo desarrollado el derecho de los individuos a la libertad ideológica y de conciencia, un derecho fundamental reconocido por

la Constitución española actualmente vigente. No obstante, el derecho a la libertad ideológica del paciente no es, como ningún otro, absoluto o ilimitado, y en ocasiones colisiona con otros bienes o derechos también protegidos por nuestra Constitución². En el presente trabajo analizaremos algunos de estos conflictos y sus posibles soluciones.

2. Nuevos conflictos éticos

En comparación con el modelo paternalista, el nuevo modelo de asistencia centrado en la autonomía individual hace más probables los conflictos éticos. Dado que ahora es el paciente quien decide, sus demandas pueden ser contrarias al punto de vista de los profesionales o a los criterios de equidad por los que se rige la Administración sanitaria. Expresado en términos de principios bioéticos, diríamos que la autonomía del paciente puede entrar en conflicto, por una parte, con los deberes de beneficencia y no maleficencia del profesional y, por otra, con los criterios de justicia que deben imperar en una organización sanitaria de carácter público.

El conflicto entre la autonomía del paciente y el deber de beneficencia del profesional se da típicamente cuando el enfermo rechaza un tratamiento que el médico considera indicado. Sin em-

2 Como sostiene el Tribunal Supremo, «la libertad de conciencia y de religión no se garantiza de forma absoluta e incondicionada y, en caso de conflicto o colisión, puede estar limitada por otros derechos constitucionalmente protegidos, especialmente cuando los que resulten afectados son los derechos de otras personas» (STS 950/1997).

bargo, hay en estos casos más de simple desacuerdo que de verdadero conflicto ético. En efecto, según el principio de autonomía cada persona tiene derecho a decidir cómo quiere ser tratada. Aunque el médico está obligado a buscar el bien del paciente, no está autorizado a decidir por él, de modo que el principio de autonomía y el de beneficencia no pueden, en realidad, entrar en conflicto. O el primero prevalece sobre el segundo o simplemente desaparece.

Si un paciente sostiene que para él recibir una transfusión de sangre es peor que morir, mientras que su médico opina lo contrario, resulta engañoso plantear la disputa en términos de beneficio para el enfermo. Lo que es bueno para el enfermo solo él puede decidirlo ¿O aceptaría este médico, si se viese en el papel de enfermo, que un colega suyo testigo de Jehová se negase a transfundirlo alegando que actúa en su beneficio?³ El principio de autonomía nos autoriza a vivir de acuerdo con nuestras creencias y valores siempre que con ello no perjudiquemos a los demás, como sucede en este caso. Desde este punto de vista,

3 Aunque el médico del ejemplo podría argumentar que el deseo de ser transfundido es «racional», acorde con la *lex artis*, mientras que el rechazo de la transfusión es «irracional», exigir este tipo de «racionalidad» como condición para ejercer el derecho a rechazar un tratamiento equivaldría en la práctica a negar ese derecho. Véase, al respecto, Savulescu J.. «Should informed consent be based on rational beliefs?» *Journal of Medical Ethics*, 23, (1997), 282-8. Ahora bien, algo muy distinto sucede con el derecho a obtener prestaciones acordes con las propias creencias. Como veremos, este último sí se ve restringido por consideraciones que son, en cierto sentido, «racionales».

imponer a una persona un tratamiento que va en contra de sus creencias resultaría, en realidad, contrario al principio de beneficencia.

Por su parte, el conflicto entre los principios de autonomía y de justicia refleja la dificultad que entraña, en toda sociedad, la conciliación de los intereses individuales y los colectivos. El tipo de asistencia que un paciente demanda a causa de sus creencias puede resultar incompatible con los criterios de equidad y justicia distributiva en los que se basa nuestro sistema sanitario. La autonomía moral no da derecho a recibir un trato privilegiado. En el caso de los testigos de Jehová esto implica, por ejemplo, que los tratamientos alternativos a la transfusión de hemoderivados con una relación riesgo/beneficio mejor que esta no pueden ser aplicados preferentemente a su colectivo, pues con ello se causaría un perjuicio al resto de la población.

Sin embargo, en sentido contrario, el principio de justicia tampoco debería ser interpretado de un modo tan restrictivo que impidiese el ejercicio del derecho a la libertad ideológica. Si la equidad del sistema nos obligase a aceptar en cualquier circunstancia el tratamiento con la mejor relación coste-efectividad, el principio de autonomía quedaría invalidado en la práctica. La asistencia sanitaria debe basarse en criterios de justicia social, pero también debe ser respetuosa con los valores y creencias de los individuos, permitiéndoles en la medida de lo posible que vivan de acuerdo con ellos. Por tanto, será preciso encontrar un equilibrio razonable entre el derecho del paciente

a elegir con autonomía y el deber de la Administración de tratar a todos los ciudadanos con equidad.

3. El marco legal⁴

Como expresión del derecho de las personas a la libertad ideológica y de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria, la *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, establece que «el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles»(art. 2.3), y que «todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley»(art. 2.4), en especial cuando exista «riesgo para la salud pública» (art. 9.2.a). El médico también podrá actuar sin el consentimiento del enfermo cuando exista «riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización» (art. 9.2.b). En cualquier otra circunstancia, el paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento incluso si está destinado a impedir su

4 El lector interesado en los aspectos legales del tratamiento de los testigos de Jehová, puede consultar el extenso y riguroso trabajo de Labaca Zabala, M.L., Arieta-Araunabeña Alzaga, J., Gamboa Urribarren, B. [Publicación en línea] «Transfusiones de sangre y testigos de Jehova: posición de los tribunales en relación con el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados en centros sanitarios privados. SABERES Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales» 6 (2008), <http://www.uax.es/publicaciones/archivos/SABDER08_002.pdf > [Consulta: 04/06/2012]

muerte, como dejan claro las leyes más recientes sobre esta materia. Así, la *Ley 2/2010 de Andalucía* y la *Ley 10/2011 de la Comunidad de Aragón*, ambas sobre *derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*, establecen que «toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida» (art. 8.1). También la *Ley Foral 17/2010, de derechos y deberes de las personas en materia de salud* reconoce en su artículo 26.1 el derecho de los pacientes «al rechazo de la intervención propuesta, aunque pueda poner en peligro su vida».

Por lo que respecta a la jurisprudencia constitucional, ya en 1990 el Tribunal Constitucional (en adelante TC) sostenía que ante «la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que solo a él afecta, [...] podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria» (STC 120/1990). No obstante, en esta misma sentencia el TC aclaraba que, si bien cada persona puede «fácticamente disponer sobre su propia muerte», esa disposición constituye una manifestación del *agere licere* y no «un derecho subjetivo». No existe, por tanto, un «derecho a la propia muerte» que pudiera esgrimirse como una exigencia frente a terceros o frente al Estado. De hecho, en esta sentencia el TC negaba el derecho de unos presos del GRAPO a hacer una huelga de hambre con la que pretendían presionar a la Administración, y basaba su negativa en la existencia de una «relación especial penitenciaria» entre los reclusos

y el Estado. Como veremos, algunos autores sostienen que este elemento de la sentencia es de aplicación en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Años después, el TC volvía a pronunciarse a favor del derecho de las personas a rechazar un tratamiento. En su sentencia 154/2002 reconocía el derecho de un niño de 13 años testigo de Jehová y de sus padres a oponerse a la transfusión de hemoderivados, como manifestación de un «derecho de autodeterminación» de todos ellos. En este caso, sin embargo, concurría el hecho excepcional de que el menor rechazó la transfusión «*con auténtico terror, reaccionando agitada y violentamente en un estado de gran excitación, que los médicos estimaron muy contraproducente*». Por tanto, de esta sentencia no puede deducirse que los menores en general tengan derecho a rechazar el tratamiento ni que los adultos tengan derecho a impedir que sus hijos sean tratados (véase apartado 6).

Más próxima al tema que nos ocupa, la reciente STC 37/2011 afirma que el derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento es «la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica», y debe ser respetado «aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal». El paciente posee así una «facultad de autodeterminación» que lo legitima para escoger entre las distintas posibilidades que se le ofrezcan, «consintiendo su práctica o rechazándolas». Por tanto, si un paciente testigo de Jehová adulto y capaz rechaza una transfusión, el médico tiene la obligación de respetar su decisión

aunque implique su muerte. Ahora bien, el derecho del paciente a que no se le administre ningún tratamiento en contra de su voluntad, no lleva en ningún caso aparejado un derecho equivalente a recibir tratamientos alternativos concretos. Mientras el primero de estos derechos crea en los profesionales un deber casi absoluto, cuyas escasas excepciones están previstas en la ley, el segundo está sujeto a dos importantes restricciones.

En primer lugar, los tratamientos médicos deben ajustarse a criterios de buena práctica clínica según el conocimiento científico del momento, o «*lex artis*». Los médicos deben basar sus juicios clínicos y sus indicaciones «en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada»(art. 18.1 de las citadas leyes 2/2010 de Andalucía y 10/2011 de Aragón⁵). La *lex artis* no solo establece el deber del profesional de actuar de manera técnica y científicamente correcta, sino que también limita el tipo de asistencia que el paciente puede demandar del sistema sanitario. Sin embargo, no justifica la imposición de un tratamiento concreto al paciente. Al contrario, tal y como se entiende hoy, la *lex artis* incluye el deber de obtener

5 En parecidos términos se expresa la Ley Foral 8/2011 de Navarra en su artículo 7.3: «En todo caso, las autoridades sanitarias, la administración sanitaria y los profesionales médicos velarán porque todo paciente, independientemente de sus circunstancias, reciba los cuidados mínimos acordados con su dignidad según la *lex artis*».

el consentimiento del paciente antes de someterlo a cualquier tratamiento, y así lo establece el mismo artículo 18.1 que acabamos de citar⁶.

El derecho de las personas a demandar un tratamiento concreto también está limitado, en segundo lugar, por la obligación de la Administración sanitaria de tratar a todos los ciudadanos con equidad. Ninguna persona puede recibir un trato preferente del sistema a causa de sus creencias o valores particulares, pues en ese caso el resto de la población estaría siendo discriminada. El Tribunal Supremo (en adelante TS) ha dejado claro este punto en diversas sentencias (STS RJ 1994/5353, STS RJ 1990/8598, STS RJ 1993/3338). La última de ellas es particularmente explícita: «El Estado debe respetar las creencias religiosas, pero no tiene el deber de financiar aquellos aspectos de las mismas que no sean acreedores de protección o fomento desde el punto de vista general». El TC también se ha pronunciado en el mismo sentido: «El art. 14 de la Constitución reconoce el derecho a no sufrir discriminaciones, pero no el hipotético derecho a imponer o exigir diferencias de trato» (STC 114/1995). Por último, la sentencia 166/1996 del TC es taxativa: «Las causas ajenas a la medicina, por respetables que sean [...], no pueden interferir o condicionar las exigencias técnicas de la actuación médica» (STC 166/1996). Para el TC, la solución de los conflictos concretos consistirá en estable-

6 «En caso de que este juicio profesional concluya con la indicación de una intervención sanitaria, [el médico] someterá la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona».

cer en cada caso «*si la negativa del médico de la Seguridad Social a realizar la intervención quirúrgica del recurrente en las condiciones por éste exigidas, está justificada o no lo está*». Y esta apreciación que, en sí misma considerada, no vulnera el derecho a la libertad religiosa del recurrente[...], habrá de resolverse como cuestión de legalidad ordinaria por los órganos jurisdiccionales a quienes el art. 117.3 C.E. atribuye esta potestad». Dicho con otras palabras, aunque el médico no tiene la obligación de atender incondicionalmente las demandas concretas del paciente testigo de Jehová, su negativa, en caso de producirse, debe estar justificada.

En cualquier caso, este planteamiento no puede hacernos olvidar que el derecho a la libertad religiosa solo será efectivo si las exigencias que se deriven de este tipo de creencias son atendidas. De lo contrario, incurriríamos en «un injustificado olvido del mandato constitucional a los poderes públicos de promover las condiciones para hacer real y efectiva la libertad del individuo y de los grupos en que se integra (art. 9.2 CE) [...] Máxime, [...] si el recurrente *no ha solicitado una prestación de asistencia médica a la que no tenga derecho, sino sólo que se le preste en condiciones que no vulneren sus creencias religiosas*»⁷. En efecto, en algunas ocasiones el testigo de Jehová no demanda un tratamiento especialmente complejo o costoso, sino uno convencional, someti-

do simplemente a ciertas restricciones técnicas que podría ser fácil asumir. En tales casos, proporcionarle el tratamiento no supondría un trato de favor y le permitiría hacer efectivo su derecho a la libertad religiosa.

Lamentablemente, los Tribunales Superiores de Justicia (en adelante TSJ) han interpretado la jurisprudencia del TC sobre este asunto de forma dispar. En algunos casos han fallado a favor de pacientes que fueron rechazados para la cirugía por los médicos de hospitales públicos. En estas sentencias los tribunales consideraron que el riesgo de sangrado era tan bajo que la oposición de los profesionales a la intervención no estaba justificada (sentencia AS 1991/2896 del TSJ de Castilla-La Mancha, sentencia RJ 1993/3290 del TSJ de Navarra). Sin embargo, en otros casos han fallado en contra de los testigos de Jehová. Recientemente, el TSJ de Castilla-León (sentencia RJ 2577/2007) ha sostenido que los médicos no están en ningún caso obligados a asumir las restricciones al tratamiento que plantean estos pacientes, ni siquiera cuando el riesgo de sangrado es muy bajo. La razón que esgrime procede de la sentencia 120/1990 del TC que vimos arriba. En esta sentencia se dictaba orden de alimentar a los presos del GRAPO en contra de su voluntad en razón de la relación de sujeción especial que existía entre la Administración y los reclusos, una relación que obligaba a aquella a velar por la vida y la salud de estos. Pues bien, según la sentencia del TSJ de Castilla-León, los profesionales sanitarios que asumen la asistencia de un paciente

* Las cursivas en los textos citados han sido añadidas en el presente documento. No estaban en el original.

⁷ Voto particular del magistrado JD González Campos a la STC 166/1996.

están igualmente obligados a velar por su integridad física, de modo que no pueden garantizar que no usarán la transfusión de sangre «en caso de necesidad». Aunque esta forma de entender la relación entre los reclusos y el Estado, y más aún entre médicos y enfermos, es controvertida, algunos autores siguen concediéndole validez como doctrina jurídica⁸.

Dos ideas básicas parecen desprenderse de todo lo expuesto. Podemos concluir, en primer lugar, que una vez que surge la necesidad de la transfusión, si el paciente la rechaza, el médico está obligado a respetar su voluntad. En estas circunstancias el rechazo del tratamiento constituye un «ejercicio de autodeterminación en relación con una intervención sobre el propio cuerpo amparado por la ley, no resultando justificada la imposición obligatoria de la intervención médica en contra de la clara e inequívoca voluntad expresada por el paciente» (Sentencia 32/2011 de la Audiencia Provincial de Lleida⁹).

La segunda idea que se deriva de lo expuesto es que, si bien los profesionales sanitarios están obligados a prestar

asistencia a todos los pacientes con independencia de su religión, no lo están a atender sus demandas en ausencia de una indicación médica. Toda persona tiene derecho a la libertad religiosa, a la autonomía en la elección del tratamiento y a la asistencia sanitaria. Por tanto, la oposición de los profesionales a prestar asistencia a un paciente por ser testigo de Jehová sería ética y jurídicamente inadmisibles. Cuando el paciente requiera un tratamiento quirúrgico incluido en la cartera de servicios del centro y el riesgo de sangrado sea inferior a los beneficios que se esperan obtener de él, ni la *lex artis* ni el principio de justicia parecen constituir obstáculos para llevarlo a cabo. Ahora bien, cuando el riesgo de sangrado es alto, el profesional podría tener razones tanto técnicas como de conciencia para no llevar a cabo la intervención. Establecer quién debe tener en estos casos la última palabra no es fácil, aunque diremos algo al respecto más adelante. En cualquier caso, es notoria la conflictividad que generan este tipo de exigencias en las democracias actuales, en las que conviven multitud de creencias y religiones dispares. En opinión de TSJ de Castilla-León, en estos conflictos debe prevalecer «el principio general de que los derechos a obtener prestaciones acordadas con las propias creencias han de ser establecidos y regulados por acuerdos de cooperación y/o leyes estatales, sin que puedan reconocerse los mismos en virtud directamente del derecho constitucional a la libertad religiosa. Es al legislador, es decir, el conjunto de los ciudadanos a través de sus representantes, al que le corresponde

8 Pérez Triviño J.L. [Publicación en línea] «Testigos de Jehová: entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado» *InDret. Revista para el análisis del derecho*, 2 (2010), <http://www.indret.com/pdf/740_es.pdf> [Consulta: 04/06/2012]

9 Esta sentencia revoca el auto que autorizó la transfusión a un testigo de Jehová en contra de su voluntad. En términos equivalentes se expresa la Audiencia Provincial del País Vasco en las sentencias 2053/2005 y 2133/2004. Al respecto, véase: Abellán-García F. «Estudio jurídico sobre el marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y Comunidades autónomas» p. 146-150. En: *Instrucciones previas en España: Aspectos éticos, jurídicos y prácticos*. Sánchez-Caro J, Abellán F., Editorial Comares, Granada, 2008.

adoptar las decisiones relativas a esta materia en función de las concretas circunstancias históricas y de los valores compartidos mayoritariamente por la sociedad» (sentencia RJ 2577/2007).

4. Objeción de conciencia

En España, hasta hace poco, la mayoría de los médicos de la sanidad pública se negaban a operar a los testigos de Jehová. Esta actitud se debía en buena medida a que la ley no amparaba a estos pacientes en sus demandas. Los tribunales anteponian el derecho a la vida al derecho a la libertad religiosa y a menudo ordenaban transfundir a los enfermos en contra de su voluntad. El TS llegó a afirmar: «Cuando el consentimiento afecta a la vida, bien indisponible, es absolutamente ineficaz» (STS 17802/1990). Por su parte, los pacientes demandaban respeto a sus creencias e insistían en su negativa a ser transfundidos. Ante este dilema, muchos médicos recurrían a la objeción de conciencia para evitar problemas legales.

Los cambios legales que hemos descrito hacen que esta posición carezca hoy de sentido. El derecho del paciente a oponerse al tratamiento prevalece en cualquier circunstancia sobre el derecho a la vida y ningún profesional podrá ser acusado, como sucedía antes, de omisión del deber de socorro en caso de muerte de aquel. Ahora bien, esto no significa que el tratamiento de estos pacientes haya dejado de plantear conflictos morales a los profesionales sanitarios.

La objeción de conciencia (en adelante OC) es la negativa a cumplir un deber

jurídico por ir en contra de las creencias, ideología o religión del objetor. Carece de intención subversiva, es decir, el objetor no cuestiona la validez de la norma ni pretende su derogación. Únicamente solicita la exención de su cumplimiento. Es opinión extendida en ámbitos jurídicos que en algunas áreas particularmente controvertidas de la vida social, las personas deben tener libertad para actuar de acuerdo con sus propias convicciones morales¹⁰. No obstante, el desafío que la OC plantea al Estado y al Derecho la convierte en una fuente potencial de conflictividad y la ha hecho objeto de un profundo y complejo análisis ético y jurídico¹¹.

En cualquier caso, el derecho a la OC cuenta con un importante respaldo normativo. Así, la Unión Europea, en su Carta de Derechos Fundamentales, ha reconocido «el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio» (art. 10.2). En el mismo sentido se ha manifestado el Consejo de Europa en su reciente

10 Beltrán Aguirre J.L. «Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria». *Derecho y Salud* 16(1), (2008), 135-46.

11 La bibliografía sobre la OC es copiosa. Véase, por todos: Escobar Roca G. *La objeción de conciencia en la Constitución Española*. Centro de estudios constitucionales, Madrid, 1993. Navarro-Valls R, Martínez-Torrón J. *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. Mc Graw Hill, Madrid, 1997; Sieira Mucientes S. *La objeción de conciencia sanitaria*. Dykinson, Madrid, 2000; Gascón Abellán M. *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*. Centro de estudios constitucionales, Madrid, 1990.; VVAA. *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil*. Fundación Ciudadanía y Valores, Madrid, 2008.

resolución 1763/2010, relativa al derecho a la OC en la práctica médica: «La Asamblea Parlamentaria enfatiza la necesidad de afirmar el derecho a la objeción de conciencia junto con la responsabilidad del Estado de asegurar que los pacientes puedan acceder a la asistencia médica legal en el momento oportuno»¹².

En España, aunque la Constitución solo reconoce el derecho a la OC de manera explícita en relación con el servicio militar obligatorio (art. 32.1) y en el ejercicio del periodismo (art. 20.1.d), este derecho parece contenido de forma implícita en los artículos 10.1 y 16.1. El primero hace mención a «la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes» como «fundamento del orden político y la paz social»; el segundo garantiza «la libertad ideológica, religiosa y de culto». Sin embargo, la doctrina del TC en relación con la OC ha cambiado a lo largo del tiempo, creando cierta confusión entre los juristas y los ciudadanos. Inicialmente el TC sostuvo que, «puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica, que nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en la ordenación constitucional española» (STC 15/1982). Y, en relación con la ausencia de regulación del derecho a la OC de los profesionales sanitarios en el caso del aborto, afirmó que

dicho derecho «existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. [...] La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y [...] la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales» (STC 53/1985). Sin embargo, posteriormente sostuvo que «la objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea del Estado» (STC 161/1987). Incluso llegó a afirmar que el derecho a la OC debe ser considerado un «derecho constitucional autónomo, pero no fundamental»¹³ (STC 160/1987).

Como era previsible, tales contradicciones han alimentado un interesante debate jurídico. Dado que la OC debe entenderse como una excepción al cumplimiento de un deber jurídico, la evaluación de su legitimidad no podrá ser nunca general, sino que dependerá en cada caso de «la naturaleza y alcance de los deberes objetados»¹⁴. Sin embargo, dicha legitimidad deberá ser establecida por órganos distintos en función del es-

12 Council of Europe, «The right to conscientious objection in lawful medical care». Resolution 1763/2010 (§2), <<http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950>>[Consulta: 04/06/2012]

13 A pesar de hallarse protegido mediante el recurso de amparo constitucional.

14 Prieto Sanchis L. «las objeciones de conciencia». En: *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil* op. cit. 3-4.

tatus jurídico que asignemos al derecho a la OC. Si negamos que la OC encuentre cobertura en el derecho fundamental a la libertad ideológica y de conciencia reconocido en el art. 16.1 de la Constitución, entonces correspondería al legislador determinar en qué supuestos concretos podrá ejercerse. Pero en tal caso no se podría entender por qué razón la OC sería en ocasiones manifestación un derecho autónomo, que requiere una ley específica para su ejercicio, mientras que en otras, como en el caso del aborto, tendría la consideración de derecho fundamental y resultaría directamente alegable¹⁵. Si, por el contrario, consideramos que el derecho a la OC tiene un carácter fundamental, como sostenía la STC 53/1985, entonces podría ejercerse aun en ausencia de una regulación específica y serían los tribunales de justicia los responsables de decidir en cada caso si la limitación del derecho que comporta el deber jurídico objetado resulta o no justificada¹⁶. En cualquier caso, mientras persista la actual ausencia de regulación de la OC¹⁷, parece

inevitable que los conflictos relacionados con ella terminen en el ámbito judicial.

Al margen del análisis jurídico y centrándonos en el tema que nos ocupa, veamos en qué circunstancias podría alegar el médico motivos de conciencia para no asistir a un paciente testigo de Jehová y qué argumentos existirían a favor y en contra de su postura. Para nuestro análisis resultará fundamental diferenciar el rechazo actual de una transfusión que está indicada ahora, del rechazo actual de una transfusión cuya necesidad podría surgir en el futuro en el curso de una intervención quirúrgica. Imaginemos, como ejemplo del primer caso, que un paciente con una anemia severa por una hemorragia digestiva se opone a ser transfundido. En estas circunstancias, médico y paciente se ven obligados a afrontar una situación que no han previsto ni desean. La negativa del paciente a recibir una transfusión que podría salvarle la vida se opone a los criterios técnicos, y acaso también éticos, en los que se apoya habitualmente el profesional, pero esa no es razón suficiente para imponer al paciente el tratamiento. Por descontado, tampoco lo es para negarse a tratarlo, una actitud que resultaría tan coactiva como la imposición del tratamiento.

Ahora bien, en el caso de la cirugía programada, a diferencia del anterior, la necesidad de la transfusión puede prevenirse y evitarse. El paciente no debe ser transfundido ahora, sino que podría tener que ser transfundido en el futuro, lo que hace posible elegir aquel curso de acción que haría la transfusión innecesaria. Este

15 Véase al respecto: Romeo Casabona CM. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Tirant lo Blanch, Madrid, 1994; Martínez Otero JM. «La objeción de conciencia del personal sanitario en la nueva ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo» *Cuad Bioét.* XXI, (2010/3), 299-312.

16 Prieto Sanchís L. op.cit. 7; Martín Sánchez I. «Algunas razones en favor de la existencia de un derecho a la objeción de conciencia en el ordenamiento jurídico español» En: *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil* op. cit. 47.; Gascón Abellán M. op. cit. 300 y ss.

17 Sobre la necesidad de regulación de la OC en el ámbito de la asistencia sanitaria, véase Beltrán Aguirre JL, op. cit.

hecho es el que hace, como veremos a continuación, que el médico pueda objetar razones no solo técnicas sino también de conciencia para no llevar a cabo la intervención. Naturalmente, esta objeción debería estar justificada y no perjudicar al enfermo. Para lo primero es exigible que el riesgo de sangrado sea relativamente alto. Si el riesgo es muy bajo, como sucede por ejemplo en una intervención de *hallux valgus* («juanete»), la OC carecería de una justificación sólida¹⁸. Privar al enfermo del beneficio de la cirugía a causa de una posibilidad prácticamente inexistente resultaría desproporcionado.

En los casos en que el riesgo de sangrado quirúrgico sea alto pueden darse dos supuestos. Puede suceder que la cirugía ofrezca un balance riesgo/beneficio desfavorable, en cuyo caso simplemente no estaría indicada. Si operar a un enfermo para tratar su artrosis tiene una alta probabilidad de causarle la muerte, está claro que la cirugía debe descartarse. Pero en algunos casos el balance riesgo/beneficio podría ser favorable a la intervención a pesar del riesgo de sangrado alto. Imaginemos que un testigo de Jehová padece una grave lesión cardíaca. Si no se opera su calidad de vida y su supervivencia se verán reducidas. Con cirugía ambas probablemente mejorarán, pero existe un riesgo significativo de que el paciente muera a causa de una hemorragia quirúrgica. En un caso así, la *lex artis* puede utilizarse para apoyar los dos cursos de

acción posibles. Podemos operar al enfermo en busca de una probable mejoría clínica, o bien desestimar la intervención por temor a que el paciente muera durante su curso¹⁹. Esto es de hecho lo que sucede con los testigos de Jehová. Numerosos médicos en todo el mundo aceptan someterlos a intervenciones quirúrgicas con un riesgo de sangrado alto²⁰. En opinión de estos profesionales, la negativa de los enfermos a ser transfundidos no es contraria a la *lex artis*. Sin embargo, otros muchos médicos se oponen a la cirugía en estos pacientes alegando que sí lo es. Se diría que en pocas ocasiones la *lex artis* resulta tan difícil de interpretar. En realidad, lo que parece suceder es que algunos médicos entienden que las restricciones al tratamiento dictadas por razones religiosas, en especial si conllevan un riesgo vital elevado, contravienen las normas de buena práctica clínica, mientras que otros piensan que son compatibles con ellas. Las consideraciones técnicas parecen

19 Lógicamente, cuanto menor sea el riesgo de sangrado más se inclina la balanza a favor de la cirugía, pero siempre que exista un riesgo significativo de muerte, la *lex artis* podría avalar el rechazo de la cirugía.

20 Véase, por todos: Reyes G, Nuche JM, Sarraj A, Cobiella J, Orts M, Martín G, Celemín R, Montalvo E, Martínez-Elbal L y Duartea J. «Cirugía cardíaca sin sangre en 59 testigos de Jehová: resultados frente a grupo control» *Rev Esp Cardiol*. 60(7), (2007), 727-31; El Azab SR, Vrakking R, Verhage G y Rosseel PM. «Safety of cardiac surgery without blood transfusion: a retrospective study in Jehovah's Witness patients». *Anaesthesia*. 65(4), (2010), 348-52; Abbour N, Gagandeep S, Mateo R, Sher L, Genyk Y, Selby R. «Transfusion Free Surgery: Single Institution Experience of 27 Consecutive Liver Transplants in Jehovah's Witnesses». *J Am Coll Surg*. 201(3), (2005), 412-7.

18 Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. «La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)». *Rev Cal Asist*. 26(5), (2011), 320-4.

difíciles de separar, en estos pacientes, de las consideraciones morales.

A pesar de todo, numerosos expertos insisten que las decisiones sobre la cirugía en testigos de Jehová deberían analizarse «dentro del marco de las indicaciones y las contraindicaciones», y que «no se debería apelar a la objeción de conciencia, sino a la valoración colegiada y profesional de dichos riesgos»²¹. En esos casos, se dice, más que «objeción de conciencia» habría plantear una «objeción de ciencia»²². Sin embargo, ¿cómo conseguir que los juicios morales se queden al margen de estas decisiones? La renuncia a la transfusión como medio para impedir una muerte por sangrado quirúrgico constituye un acto solo comprensible desde una concepción particular del valor y el sentido de la vida. Dicha renuncia impone una restricción al tratamiento de carácter estrictamente moral ¿Puede un médico, en estas circunstancias, emitir juicios clínicos moralmente neutros?

Imaginemos que un paciente padece una neoplasia que resultará mortal sin cirugía. Es posible que un médico acepte que la mejor opción para el enfermo es la intervención, pero a la vez se sienta incapaz de dejarlo morir sin poder transfundirlo. Este profesional debería tener la oportunidad de rehusar participar en el procedimiento sin necesidad de recurrir a criterios de *lex artis*. Reducir la toma de decisiones sobre las indicaciones quirúr-

gicas en los testigos de Jehová a criterios técnicos, fuerza a médicos y pacientes a plantear la cuestión en términos absolutos. O la cirugía está indicada o no; o debe llevarse a cabo o no. Esta no parece la mejor vía para afrontar este tipo de conflictos. Cuando el médico reticente a operar a los testigos de Jehová por motivos de conciencia alega las verdaderas razones que justifican su postura, deja el camino libre a los médicos que carecen de conflictos morales en estos casos.

Pero habíamos dicho que el ejercicio de la OC no debía perjudicar al enfermo. Es evidente que, en caso de que se reconociese el derecho del profesional a la OC, si la cirugía puede beneficiar al paciente la Administración quedaría obligada a garantizar el tratamiento del enfermo por otros medios, pues de lo contrario el derecho del profesional a la OC se estaría ejerciendo a costa del derecho del paciente a ser tratado, algo a todas luces contrario a la ley y a la ética.

5. La toma de decisiones clínicas en el tratamiento quirúrgico de los testigos de Jehová²³

Veamos pues, en líneas generales, cómo deberían afrontar los profesionales y los centros sanitarios la asistencia quirúrgica programada a los testigos de Jehová. Aunque estos pacientes plantean

21 Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. op.cit. 321.

22 De Miguel Beriain, I. «La objeción de conciencia del farmacéutico: una mirada crítica». *Revista de Derecho UNED*. 6, (2010), 185.

23 Al margen de las recomendaciones que se hacen en este trabajo, la complejidad técnica y jurídica de la asistencia a estos pacientes hace aconsejable que, siempre que sea posible, el profesional consulte con la autoridad judicial competente antes de decidir la conducta a seguir.

a la Administración y a los profesionales sanitarios problemas de carácter ético, el procedimiento de toma de decisiones es en su caso similar al de cualquier otro paciente. Así, una vez establecida la indicación inicial de la intervención, será preciso estimar el riesgo anestésico-quirúrgico asociado a la misma. En esta fase, la oposición del paciente a la transfusión de hemoderivados actúa como una simple restricción técnica. Si el riesgo estimado compensa el beneficio que se espera obtener, la intervención estaría indicada. En caso contrario, los profesionales no están obligados a llevarla a cabo. Dado que la asistencia a los enfermos quirúrgicos es multidisciplinar y a menudo compleja, y que el riesgo vital de estos pacientes supone una fuente potencial de conflictividad moral para muchos profesionales, lo ideal es que la indicación quirúrgica en estos casos se base en criterios explícitos que dejen poco lugar a la duda.

Por supuesto, el balance riesgo/beneficio debe ser evaluado del modo correcto. El beneficio perseguido por la práctica médica tiene una dimensión subjetiva que, como indica el principio de autonomía, solo el propio paciente puede valorar. Los juicios profesionales de carácter técnico no deben incluir ideas preconcebidas sobre qué resultados son «buenos» en este sentido personal o subjetivo. No obstante, la Medicina es una actividad científica con una importante dimensión social. Estos rasgos, como hemos visto a lo largo del texto, delimitan las modalidades de asistencia que es legítimo demandar de los profesionales y de la Administración sanitaria. Así, la

concepción personal de «beneficio» que albergue el paciente solo habrá de ser respetada si no es contraria a la *lex artis*, a la ley, a la dignidad de la persona o al principio de justicia²⁴. Nadie podrá exigir respeto a una concepción del bien que implique, por ejemplo, una mutilación o una merma objetiva de la propia dignidad (así, una mujer no podrá demandar del sistema sanitario que se le practique una ablación del clítoris). Ningún usuario del sistema podrá tampoco exigir un trato de favor. Con estas excepciones, la comparación entre riesgo y beneficio se hará atendiendo a los valores e intereses que declare el paciente. Cada centro debería elaborar protocolos de asistencia a los testigos de Jehová teniendo en cuenta su propio perfil técnico-científico. Esta información será útil no solo para estos pacientes, sino, en general, siempre que sea preciso valorar de forma interdisciplinar la indicación de una intervención.

En ocasiones, el paciente podría insistir en ser intervenido incluso si la cirugía no está indicada. En estos casos, si existen en efecto razones objetivas de carácter científico y técnico que contraindican la intervención, los profesionales no están obligados a llevarla a cabo²⁵. De lo con-

24 A lo largo del texto hemos reiterado que el derecho a la libertad ideológica y de conciencia en ningún caso se traduce en un derecho subjetivo a demandar de los profesionales o la Administración un tipo concreto de asistencia. Los límites citados en el texto representan criterios científicos, legales y éticos básicos, esenciales en un Estado democrático de Derecho, que en ningún caso deberían ser sobrepasados.

25 «El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta

trario, cualquier paciente podría exigir la modalidad de asistencia que estimase oportuna al margen de la opinión de los profesionales, algo a todas luces injustificable en un sistema sanitario público. Cuando el tratamiento quirúrgico no proceda, los profesionales ofrecerán al paciente, siempre que sea posible, alternativas terapéuticas que sean aceptables para él.

En los casos en que la cirugía esté indicada desde el punto de vista técnico pero el riesgo de sangrado quirúrgico sea alto, los profesionales podrían objetar razones de conciencia para no participar en el procedimiento. En este caso, el profesional debería comunicar por escrito su decisión al responsable de su unidad asistencial, exponiendo las razones que la justifican, y correspondería a la Administración sanitaria determinar la conducta a seguir con el fin de garantizar la asistencia al paciente.

6. Límites al principio de autonomía. Menores de edad, pacientes incompetentes y urgencias

Nuestro análisis se ha centrado en los pacientes que tienen la posibilidad de ejercer su derecho a la autonomía moral, esto es, que pueden ser informados, reflexionar sobre la información recibida y comunicar a los profesionales su voluntad libre y consciente. Nada de ello es posible para los menores de edad

Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico» (Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, art. 4.7).

(cuya capacidad de decidir varía en función de su edad y madurez) ni para los pacientes incompetentes. Tampoco es posible en las urgencias y emergencias médicas. El estudio de estos supuestos, objeto de una compleja regulación legal y de un extenso análisis ético, no puede ser abordado en el presente trabajo, aunque debe quedar claro que en estas circunstancias, como norma general, la vida del paciente deberá prevalecer sobre otras consideraciones²⁶. Ante la duda, la *lex artis* constituirá la referencia fundamental de la actuación médica. Siempre que sea posible, el profesional deberá consultar a la autoridad judicial competente.

7. Conclusión

La legislación actual garantiza a las personas el derecho a recibir una asistencia sanitaria acorde con sus creencias y valores. Ello implica que en ningún caso se podrá imponer a un paciente un tratamiento en contra de su voluntad, pero no que los usuarios de la sanidad pública tengan derecho a recibir el tratamiento concreto que deseen. Los profesionales sanitarios, por su parte, tienen la obligación ética y legal de hacer posible en la práctica, en el ámbito de sus competencias, el ejercicio efectivo del derecho a la libertad religiosa y de conciencia. En los casos en que la cirugía esté indicada

26 Según TS, aunque «el adulto capaz puede enfrentar su objeción de conciencia al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, [...] el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres» (STS 950/1997).

desde el punto de vista técnico pero el riesgo de sangrado quirúrgico sea alto, los profesionales podrían objetar razones de conciencia para no participar en el procedimiento. En este caso, correspondería a la Administración sanitaria determinar la conducta a seguir con el fin de garantizar la asistencia al paciente.

La prestación de la asistencia sanitaria deberá atenerse en todos los casos a criterios científicos (*lex artis*) y a criterios públicos de eficiencia y justicia, que eviten tanto la discriminación de colectivos con convicciones morales específicas como el trato de favor a los mismos. Los profesionales sanitarios deberían contribuir a hacer posible que el debate público destinado a establecer qué constituye en cada caso un privilegio o una discriminación, se desarrollase en el marco de objetividad que proporciona el conocimiento científico.

8. Referencias

1. Abellán-García F. «Estudio jurídico sobre el marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y Comunidades autónomas» p. 146-150. En: *Instrucciones previas en España: Aspectos éticos, jurídicos y prácticos*. Sánchez- Caro J, Abellán F., Editorial Comares, Granada, 2008.
2. Abbour N, Gagandeep S, Mateo R, Sher L, Genyk Y, Selby R. «Transfusion Free Surgery: Single Institution Experience of 27 Consecutive Liver Transplants in Jehovah's Witnesses». *J Am Coll Surg*. 201(3), (2005), 412-7.
3. Beltrán Aguirre JL. «Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria». *Derecho y Salud* 16(1), (2008), 135-46.
4. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. «La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)». *Rev Cal Asist*. 26(5), (2011), 320-4.
5. Council of Europe. «The right to conscientious objection in lawful medical care» Resolution 1763/2010 (§2) <<http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950>> [Consulta:04/06/2012]
6. De Miguel Beriain, I. «La objeción de conciencia del farmacéutico: una mirada crítica». *Revista de Derecho UNED*. 6, (2010), 185.
7. El Azab SR, Vrakking R, Verhage G y Rosseel PM. «Safety of cardiac surgery without blood transfusion: a retrospective study in Jehovah's Witness patients». *Anaesthesia*. 65(4), (2010), 348-52
8. Escobar Roca G. *La objeción de conciencia en la Constitución Española*. Centro de estudios constitucionales, Madrid, 1993.
9. Gascón Abellán M. *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*. Centro de estudios constitucionales, Madrid, 1990.
10. Labaca Zabala, M.L., Arieta-Arauna-beña Alzaga, J., Gamboa Uribarren, B. [Publicación en línea] «Transfusiones de sangre y testigos de Jehova: posición de los tribunales en relación con el reintegro de los gastos sanita-

- rios ocasionados en centros sanitarios privados. SABERES Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales» 6 (2008), <http://www.uax.es/publicaciones/archivos/SABDER08_002.pdf> [Consulta: 04/06/2012]
11. Martín Sánchez I. «Algunas razones en favor de la existencia de un derecho a la objeción de conciencia en el ordenamiento jurídico español» En: *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil*. Fundación Ciudadanía y Valores, Madrid, 2008
 12. Matínez Otero JM. «La objeción de conciencia del personal sanitario en la nueva ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo» *Cuad Bioét.* XXI, (2010/3), 299-312.
 13. Navarro-Valls R, Martínez-Torrón J. *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. Mc Graw Hill, Madrid, 1997.
 14. Pérez Triviño J.L. [Publicación en línea] «Testigos de Jehová: entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado» *InDret. Revista para el análisis del derecho*, 2 (2010), <http://www.indret.com/pdf/740_es.pdf> [Consulta: 04/06/2012]
 15. Prieto Sanchís L. «las objeciones de conciencia». En: *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil*. Fundación Ciudadanía y Valores, Madrid, 2008.
 16. Reyes G, Nuche JM, Sarraj A, Cobiella J, Orts M, Martín G, Celemín R, Montalvo E, Martínez-Elbal L y Duarte J. «Cirugía cardiaca sin sangre en 59 testigos de Jehová: resultados frente a grupo control» *Rev Esp Cardiol.* 60(7), (2007), 727-31.
 17. Romeo Casabona CM. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Tirant lo Blanch, Madrid, 1994.
 18. Savulescu J. «Should informed consent be based on rational beliefs?» *Journal of Medical Ethics*, 23, (1997), 282-8.
 19. Sieira Mucientes S. *La objeción de conciencia sanitaria*. Dykinson, Madrid, 2000.
 20. VVAA. *Acta de los seminarios sobre objeción de conciencia y desobediencia civil*. Fundación Ciudadanía y Valores, Madrid, 2008.

Recibido: 05/11/2011
Aceptado: 01/07/2012

